



UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMAS DE AQUINO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

# BENEFICIOS DE LA TERAPIA GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

AUTOR : MARIA JOSEFINA SAL

DIRECTOR: SERGIO MEJAIL

2019

## INDICE

### 1) INTRODUCCION

### 2) MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes

#### 2.2. Trastornos alimentarios

##### 2.2.1. Anorexia Nerviosa

##### 2.2.2. Bulimia Nerviosa

##### 2.2.3 Ingesta Compulsiva

##### 2.2.4. Trastorno Alimentario No especificado

##### 2.2.5 Obesidad

###### 2.2.5.1. Grados

###### 2.2.5.2. Tipos de Obesidad

###### 2.2.5.3. Etiología

###### 2.2.5.4. Personalidad adictiva del paciente obeso

###### 2.2.5.5. Curso y Pronostico

###### 2.2.5.6. Tratamiento integral interdisciplinario

#### 2.3. Teorías sobre Grupos

##### 2.3.1. Grupo Sano

##### 2.3.2. Dos Tipos de Matrices: Competitiva y Solidaria

##### 2.3.3 Matriz Solidaria

##### 2.3.4. Composición del Grupo

###### 2.3.4.1. Personalidad de sus Miembros

###### 2.3.4.2. Configuración Grupal

###### 2.3.4.3. Objetivos

###### 2.3.4.4. La Autoridad

#### 2.3.4.5. Interjuego de Roles

#### 2.3.5 Aportes de Pichón Riviére

#### 2.3.6. Incidencia del Entorno

#### 2.3.7. Lo Manifiesto y lo Subyacente

#### 2.3.8 Formaciones Imaginarias Grupales

#### 2.4. Terapia de grupo en el tratamiento de la obesidad

2.5. Rol y Formación del psicólogo en el estudio y tratamiento de la atención a pacientes con obesidad

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Enfoque

#### 3.2. Método

#### 3.3 Características del Escenario (Cidesa)

#### 3.4 Técnicas de Recolección de Datos

### 4. EXPERIENCIA DE CAMPO

### 5. RESULTADOS

### 6. CONCLUSION

### 7. PROPUESTAS

### 8. BIBLIOGRAFIA

## 1. INTRODUCCION

La obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja en cuyo desarrollo intervienen factores genéticos, conductuales y ambientales. Es un problema biológico asociado con los aspectos psicológico, social y educativo del individuo que la presenta. De progreso lento y gradual, la obesidad es resultado del desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y el gasto de energía. Su expansión a nivel mundial en los últimos 25 años ha sido motivo de preocupación, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública y la enfermedad nutricional más frecuente del mundo, con casi 300 millones de obesos adultos, y ha sido definida desde 1997 como la epidemia del siglo XXI por la Organización Mundial de la Salud.

A partir de lo mencionado, resulta muy importante realizar investigaciones exhaustivas sobre el problema de la Obesidad. A través de la adquisición de un mayor conocimiento se pueden desarrollar planes de tratamiento y estrategias de prevención más eficaces, que posibiliten la disminución de la prevalencia de la obesidad.

Al ser una enfermedad multifactorial conlleva un tratamiento que pueda abarcar la alta gama de elementos que se ponen en juego, tanto lo nutricional lo biológico como lo psicológico que es lo que nos interesa en este trabajo.

Teniendo en cuenta el aporte específico en nuestra área se partirá de poder deslindarla del reduccionismo al cual a veces cae, el enmarcarla como una enfermedad que solo se expresa y se trata desde el plano físico o biológico como también el hacer un aporte específicamente desde el área de la Psicología Social, planteándola como una enfermedad que puede ser tratada y con múltiples beneficios desde un trabajo a nivel grupal, con un grupo terapéutico encabezado por un psicólogo formado en el área. Pero siempre planteando el rol del psicólogo como un rol interdisciplinario. Lo cual a veces nos es difícil ejecutarlo en el trabajo cotidiano pero si planteándolo como un gran aporte para quien necesita llevar a cabo un tratamiento lo más efectivo posible.

Como objetivos, los cuales encaminaran al trabajo de investigación como también al finalizar podrán ser respondidos son:

En cuanto al objetivo general se plantea :Resumir los beneficios de la psicoterapia de tipo grupal en pacientes con obesidad en el centro de atención para la obesidad.

Y en cuanto a los objetivos específicos se plantea:

- Describir factores más frecuentes que predisponen a una persona a padecer dicha enfermedad.

- Discernir aquellos elementos dentro de la psicoterapia grupal que sean relevantes para la atención de las personas con obesidad.

- Determinar los beneficios observados por los pacientes que acuden al centro a partir de su tratamiento.

En relación a la elección de este temática, al realizar mis prácticas profesionales en un centro que trabaja con este tipo de pacientes me permitió dar cuenta del gran beneficio que tenía la utilización de la terapia grupal en los pacientes, como ser el observar que estos se sentían contenidos y comprendidos por el grupo y es allí que comencé a interrogarme cuales eran verdaderamente los aportes brindados por este estilo de terapia.

Como principales beneficiarios de este trabajo podemos mencionar a aquellos que estén realizando un tratamiento para descenso de peso ya sea por sobrepeso u obesidad como también son los psicólogos, médicos y nutricionistas que acompañan a estos ya que permite tener en cuenta una herramienta más y no menos importante.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes

Haciendo una revisión bibliográfica acerca del tema se pudieron encontrar algunos antecedentes. Entre ellos encontramos un estudio divulgado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en el año 2007 (Bonnet Serra et al, 2007) llegó a la conclusión de que en niños y adolescentes obesos, la terapia de grupo resulta más eficaz para perder peso que la terapia individual.

Los resultados de este proyecto indicaron que con la terapia individual no se observaron cambios en el IMC a lo largo del tiempo de seguimiento, mientras que con la terapia de grupo se observó una disminución significativa. Durante el año de seguimiento con terapia individual un 60 % de los niños ganaron más de 5 Kg., mientras que este porcentaje llegó solo al 10 % entre los que realizaron la terapia de grupo.

La conclusión fundamental de esta investigación indica que la terapia de grupo resultó más eficaz para perder peso que la terapia individual. Debe considerarse, sin embargo, que si bien la terapia de grupo es un elemento eficaz para combatir la obesidad, este estudio sólo trabajó con pacientes pediátricos (no adultos como en el caso de este trabajo) que, a su vez, quisieron participar voluntariamente en la terapia de grupo.

En otro estudio realizado en España, Gauralet Aza (2006) evalúa los resultados que se obtienen utilizando la terapia de comportamiento alimentario en el tratamiento de la obesidad. Esta terapia se define como un conjunto de técnicas que se utilizan para ayudar a los individuos a desarrollar habilidades o destrezas que les permitan alcanzar un peso corporal más saludable.

Los pacientes que desarrollan esta terapia, reciben asistencia psicológica, la cual puede ser individual o grupal. Para analizar la eficacia de estas dos alternativas se comparó cuales eran los resultados que obtenían los pacientes de ambos grupos. Los participantes que se investigaron se seleccionaron en función de su

preferencia por la terapia de grupo o la terapia individual, y posteriormente se asignaron de manera aleatoria a cuatro grupos diferentes: los que preferían terapia de grupo y la recibieron, los que preferían terapia individual pero recibieron terapia de grupo, los que preferían terapia individual y la recibieron y, por último, los que preferían terapia de grupo y recibieron terapia individual.

Después de seis meses de seguimiento, llegaron a la conclusión de que el tratamiento en grupo genera una mayor pérdida de peso que la terapia individual. Los resultados observados sostuvieron que esta mayor efectividad se debe a que en el grupo se provee empatía, apoyo social, además de una dosis saludable de competitividad, consiguiendo en el paciente importantes modificaciones del estilo de vida (Gauralet Aza, 2006).

En la misma línea médica, otro de los exponentes, el Dr. Cormillot (2008) asegura: “Hasta hace muy poco tiempo, los tratamientos para adelgazar se centraban exclusivamente en modificar el estilo de vida haciendo hincapié en la alimentación y el ejercicio físico. Sin embargo, en los últimos años, se han desarrollado nuevas formas de complementar estos pilares indispensables gracias a nuevos descubrimientos.

De esta forma, fue posible construir la Pirámide Terapéutica de la Obesidad”. (Cormillot, 2008). La misma se compone de la siguiente forma: En la base de la pirámide, encontramos como plataforma de apoyo las redes compuestas por: Ayuda Profesional y Grupos de Autoayuda. Intervenciones que pueden ser individuales o grupales, de manera presencial o a distancia gracias al teléfono y a Internet y después tenemos 4 escalones: 1) Educación Terapéutica (reorganización del estilo de vida que incluye los cambios en la alimentación y el movimiento, es decir, nutrición y educación física), 2) Medicación (fármacos que facilitan el descenso clasificado en cuatro niveles), 3) Comunidad Educativa (que se da mediante la internación de la persona en determinados casos) y 4) Cirugías (procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para casos de obesidad severa)” (Cormillot, 2008). Después, ampliando la información agrega: “También es conveniente recordar que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere

tratamiento continuo para prevenir las recaídas y en ese sentido los grupos son una alternativa para tener muy en cuenta para el largo plazo.” (Cormillot, 2008)

## 2.2. Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son enfermedades crónicas y progresivas y dado que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, el DSM-IV los engloba dentro de lo que denomina Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero aparte de esta conducta, estos trastornos abarcan una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal. Desde el punto de vista de la Salud Mental, la obesidad no se encuentra clasificada como un trastorno psíquico en el DSM IV, a diferencia de lo que sucede en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS donde en el capítulo V que trata sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento, se describe el cuadro de «Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas», donde es incluida la Ingesta excesiva de alimentos como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a una Obesidad Reactiva» (Parysow, 2005) aunque debemos observar que también se excluye explícitamente la obesidad en sí. Desde este punto de vista, la obesidad no sería un desorden mental sino del cuerpo. Y, sin embargo, la mayoría de las obesidades, aun cuando haya una predisposición orgánica a la ganancia de peso, responden a causas psicológicas. Se considera que una persona sufre trastornos de la conducta alimentaria cuando tiene una excesiva preocupación por su peso y la comida. Los trastornos alimentarios no suceden por falta de voluntad o por mal comportamiento, son enfermedades reales que se pueden recuperar y prevenir dado que si no son tratados a tiempo pueden causar serios problemas de salud.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria más frecuentes son: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y la Ingesta Compulsiva (llamada también “trastorno por atracón”), las cuales detallaremos brevemente por no ser el tema principal de este trabajo pero que no podemos dejar de mencionar por su relación con el tema a tratar.



### 2.2.1 Anorexia Nerviosa

Las personas que padecen anorexia tienen alterada su imagen corporal (se ven “gordas”) lo que las lleva a tener conductas alteradas respecto a la alimentación, auto provocándose la disminución de peso. Esto repercute sobre sus funciones fisiológicas. Por ejemplo en las mujeres, se considera la presencia de Anorexia cuando dejan de menstruar al menos tres meses consecutivos (amenorrea) volviendo a hacerlo cuando recuperan peso. Tienen temor a la obesidad (miedo intenso a la ganancia de peso o de grasa), lo que las lleva a ayunos voluntarios, rechazando los alimentos necesarios para mantener el peso adecuado en función de su altura. Es decir, tienen apetito pero anulan la sensación de hambre a fuerza de controlar en forma muy rígida su alimentación, por el miedo obsesivo a aumentar de peso. Son perfeccionistas, con personalidad introvertida y pueden presentar rasgos depresivos. Se lo considera un trastorno crónico, por lo cual cuando hablamos del tratamiento decimos que las anoréxicas se recuperan, no que se curan.

Hay dos Subtipos: 1) Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no se da atracones o se purga frecuentemente. Son individuos que a pesar de no purgarse sí pueden hacer ejercicio. 2) Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona se da atracones o se purga frecuentemente (vómito, uso de laxantes, enemas, etc.)

### 2.2.2. Bulimia Nerviosa

Son pacientes que ingieren grandes cantidades de comida, que contienen muchas calorías y acostumbran a comer sin respetar horarios. Para evitar el aumento de peso se provocan el vómito y toman laxantes o diuréticos. Frecuentemente esta conducta pasa desapercibida ante las personas que conviven con ellos, ya que comen normalmente cuando están acompañados, y así el trastorno se mantiene oculto. Hay una preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal.

Se considera que la bulimia nerviosa ocurre en aquellas personas que tienen episodios recurrentes de “atracones” de comida (rápido consumo de una gran cantidad de comida en muy poco tiempo), una pérdida de control durante los atracones, que les imposibilita dejar de comer. Para entrar dentro de esta clasificación se requieren un promedio de dos atracones por semana al menos durante 3 meses.

Hay dos Subtipos: 1) Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. 2) Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

### 2.2.3 Ingesta Compulsiva (Trastorno por Atracón)

Consiste en la ingesta de comida en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en 2 horas) y en cantidades mayores, en que lo hacen la mayoría de las personas en un período de tiempo similar y en iguales circunstancias. Las pacientes que presentan este trastorno alimentario esconden sentimientos de baja autoestima, autorrechazo o depresión. Presentan sentimientos de culpa en forma exagerada y tienen una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. Pierden el control sobre la alimentación sintiendo satisfacción antes y después de cada “atracon”. Durante el mismo, no pueden controlar su necesidad de comer. Los “atracones” deben tener una frecuencia de dos veces por semana, y sucederse durante 6 meses como mínimo. Se diferencia de la bulimia en el hecho de que no se presentan las conductas compensatorias (laxantes, vómito autoprovocado, toma de diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo).

#### 2.2.4. Trastornos Alimentarios No Especificados

Según el DSM - IV (1994) los trastornos alimentarios no especificados se refieren a los casos que presentan síntomas de trastornos alimentarios que no se corresponden con los criterios diagnósticos tradicionales completos de anorexia nerviosa o de bulimia. Esta afección es más frecuente que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y, en algunos casos, se trata de enfermedades autolimitantes.

La “pica” (necesidad de comer sustancias no comestibles, como tiza, yeso) también está considerada como trastorno de alimentación, pero no condiciona una alteración en la vida como la de los trastornos anteriormente descritos. Otro trastorno no específico es el denominado Vigorexia más frecuente en varones que en mujeres, y aunque no está considerado como un trastorno de alimentación, sí puede dar paso a la aparición de los mismos en alguna ocasión.

Dicho trastorno es una obsesión patológica por un cuerpo perfecto y musculoso que hace que la persona pase el mayor tiempo de su vida en los gimnasios y que se acompaña de ingesta de múltiples productos energético-proteicos junto con dietas alimenticias como medio de conseguir la forma física deseada. La persona utiliza fármacos y hormonas y reduce la variedad alimentaria, normalmente empleando dietas ricas en proteínas.

Asimismo, existe otro trastorno denominado Ortorexia donde el problema gira en torno a la calidad de la comida. Es la obsesión patológica por la comida biológicamente pura. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer, lo cual hace que los afectados tengan “un menú en vez de una vida”.

También frecuente en pacientes obesos es el Síndrome de Comedor Nocturno, por el que las personas se levantan de noche con la necesidad de comer algo para poder volver a dormir.

Todos estos trastornos suelen venir acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades laborales, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, como con posibles parejas, incluso autolesiones o ideas suicidas, etc.

#### 2.2.5. Obesidad

La obesidad, es reconocida como una enfermedad a partir de 1985 y actualmente la Organización Mundial de la Salud la ha considerado un problema de salud pública y la “epidemia metabólica del siglo XXI”.

Ravenna (2006) plantea la siguiente definición de obesidad: “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud psicofísica del individuo. La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza”.

Durante años se consideró a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud y ha dejado de ser sólo un problema estético. Debido a su asociación con enfermedades como la diabetes, enfermedades cardíacas y cáncer, entre otras complicaciones, hoy es reconocida como el factor que más contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas, lo que se traduce en mayores índices de mortalidad.

La obesidad no distingue color de piel, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica. Esta afección es padecida tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo aunque los factores determinantes en cada uno de los casos son muy diferentes.

Es una amenaza para la vida, es una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas que afecta a todo el mundo y lo que más desconcierta es que la tendencia a la obesidad es una condición permanente: se mantiene aunque la persona que ha engordado haya podido luego bajar de peso y sostenerlo.

### 2.2.5.1 Grados de Obesidad

No siempre el peso determina la obesidad. La estructura ósea y la musculatura pueden generar un aumento de kilos sin que podamos clasificarlo como gordura. Los valores corporales del cuerpo obeso se indican a través de la masa corporal y para conocer este dato existe una herramienta sencilla que es el IMC o Índice de Quételec (en homenaje a Lambert Adolphe Jacques Quételec, matemático, fallecido en 1874) que nos permite determinar el grado de obesidad.

Ravenna (2006) en relación a esto va a plantear que el índice de masa corporal (IMC) es una indicación simple de la relación entre el peso y la altura que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional dado que no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta .

Según la OMS la lectura del resultado debe realizarse de la siguiente manera:

**Tabla 1.** Interpretación de la Estructura Corporal a partir del IMC según la OMS.

Peso Insuficiente	< 18,5
Peso Normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso Grado I	25 - 26,9
Sobrepeso Grado II	27 - 29,9
Obesidad I	30 - 34,9
Obesidad II	35 - 39,9
Obesidad III (mórbida)	40 - 49,9
Obesidad IV (extrema)	> 50,00

La modificación en los valores normales entre mujeres y hombres se realiza a raíz de la observación clínica de pacientes del Dr. Ravenna (2006) quien dice: "...En nuestra cultura, una mujer con 25 de IMC está en sobrepeso estético. Inversamente, el hombre con 18.5 o 19 de IMC está excesivamente delgado. El hombre estándar está en 24 - 25 y la mujer estándar, en 21 - 22."

La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades

crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21. (Ravenna, 2007).

#### 2.2.5.2 Tipos de Obesidad

Sólo a fines didácticos, dado que en el presente trabajo no las distinguiremos, describiré brevemente que existen distintos tipos de Obesidad que discrepan en función del criterio de clasificación planteados por Ravenna (2006) que consideremos: Según la etiología, morfología del tejido adiposo, movilidad y distribución de la grasa. Según la morfología del tejido adiposo:

Puede ser; Obesidad hiperplásica: Obesidad generalmente infantil en la que se produce un aumento del número de células adiposas (adipositos), así como un aumento en el tamaño de dichas células. Un niño obeso predispone a un adulto más obeso. Obesidad hipertrófica: Es propia de los adultos. Se produce un aumento del volumen de los adipositos y Obesidad mixta: Cuando es una asociación de obesidad hipertrófica a e hiperplásica.

Según su movilidad: Obesidad Dinámica: Obesidad formativa, reciente, en la que la respuesta del tejido adiposo a una dieta restrictiva produce una fácil movilización de grasa y disminución de peso. Se produce por un aumento de la ingesta o una disminución de la actividad física, u Obesidad Estática: Etapa más avanzada de la enfermedad. Resulta difícil movilizar la grasa del tejido adiposo al hacer dieta. Tiene un bajo metabolismo y un bajo requerimiento energético.

Según la distribución de la grasa: Obesidad Androide o central (“tipo manzana”): la grasa se acumula principalmente en el torso y el abdomen, y aumentan los riesgos médicos. Es más común en hombres y en mujeres posmenopáusicas. El riesgo se calcula tomando la medida de la cintura: el límite aconsejable para el hombre es de 95 cm, y para la mujer, de 85. Obesidad Ginoide o periférica (“tipo pera”): ubica la grasa principalmente en las caderas y en los muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla (genoartrosis). Es característica de la mujer y se considera algo menos peligrosa que la obesidad tipo manzana.

Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo.

#### 2.2.5.3 Etiología de la Obesidad

La obesidad se considera multifactorial: los factores genéticos, metabólicos y conductuales son los más determinantes. También contribuyen factores psicológicos, como la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y los trastornos de la alimentación, particularmente el trastorno por atracones.

La oferta excesiva y creciente de alimentos de alto contenido calórico, el aumento de grasas y de azúcares refinados en la dieta y la disminución de la actividad física contribuyen al aumento vertiginoso de este problema. Pero sin tener una postura reduccionista también se tiene en cuenta el entorno familiar, social y cultural en mayor o menor grado. Puede resultar difícil definir los que contribuyen a la obesidad en cada individuo, pero es evidente que este proceso no tiene una etiología única, sino que más bien constituye un grupo heterogéneo de trastornos. Pero más allá del gran abanico de causas que nombramos, podemos decir que los elementos de mayor peso son la sobrealimentación y el sedentarismo (que sería el desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías) debido a la naturaleza cada vez más estática de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte, a la creciente urbanización y la tendencia a la disminución de la actividad física, donde el cuerpo gordo emerge de un entorno que genera constantemente situaciones de estrés y malos hábitos de alimentación.

Asimismo, Ravenna (2006) en relación a esto va a plantear lo siguiente: "No podemos dejar de mencionar el alto impacto que tienen los medios de comunicación quienes brindan mensajes peligrosos dedicando largas horas a hablar con especialistas en el tema alimentación, proponiendo dietas que aseguran éxitos, estimulando la vida al aire libre y aconsejando continuamente sobre lo que nos conviene o no hacer; pero, a la hora de vender, no sienten la menor vergüenza en publicitar productos peligrosísimos para la salud, en invitarnos a comer, a probar, a tentarnos, a no perdernos nada, a consumir y a

comprar, tomar y tragar porque ese es el secreto de la vida exitosa. Como si la salud y el éxito no fueran de la mano.”

La obesidad entonces, a diferencia de lo que comúnmente se cree, no es el resultado de una decisión personal –el mero deseo de comer- o de la “falta de voluntad” para adelgazar solamente. No es que el gordo posee una personalidad autodestructiva o adicta, que se enfermó por su propia conducta o su elección equivocada y que su curación depende pura y exclusivamente de él, sino que nos enfrentamos con una verdadera epidemia y muchas veces, no queremos darnos cuenta.

#### 2.2.5.4 Personalidad adictiva de pacientes obesos

Etimológicamente, la palabra adicción proviene del verbo latino addicere, que significa “entregarse o rendirse” y, a su vez, adicto proviene del término addictus que significa “esclavo por deudas” y también “sin palabras” o “el que se queda sin palabras”.

Ravenna (2006) en relación a la etimología de la palabra plantea: ” es bastante elocuente al respecto: un adicto es quien se entrega o se rinde, quien se torna esclavo de sus propias tendencias compulsivas, quien se queda sin palabras para comunicarse con su entorno, se aísla”.

Va a agregar en uno de sus trabajos, que en los últimos tiempos se ha escuchado hablar mucho sobre la personalidad adictiva y, según él, es verdad que ésta existe, como también dice que es cierto que se incrementaron las posibilidades de padecer una adicción a algo y manifiesta: “Todos sabemos, porque lo vemos y lo hemos experimentado, que una conducta que produce bienestar despierta una fuerte tendencia a reproducirse (...) Hacemos todo lo posible para volver a experimentarlo pero, cuando el deseo y la exposición son constantes, estamos frente a conductas adictivas.” (Ravenna, 2006) y prosigue “La actitud en sí no es adictiva, pero sí lo es la conexión del individuo con ella. Y en el caso de la obesidad, ésta no es una enfermedad adictiva pero el comer sí lo es, y la obesidad es su consecuencia.



A pesar de que en sus comienzos fue producto de la genética, el medio familiar, la sociedad, la oferta o simplemente una costumbre cotidiana, el comer de más se transforma en algo imparable: el cuerpo exige.” (Ravenna, 2006) Esta circunstancia descrita genera la sensación que muchos pacientes describen de “querer parar y no poder” no siendo un problema meramente de voluntad o decisión.

Zukerfeld en su libro :” Psicoterapia de la Obesidad” se refiere a conductas adictivas en la obesidad para hablar de una serie de conductas características que expresan la existencia de un grado de conflicto y dependencia frente a la comida y a determinados tipos de alimentos, especialmente los carbohidratos. Este describe según lo observado en el tratamiento clínico, que las mismas pueden clasificarse en dos tipos de conducta:“1) Conductas Impulsivas: Constituyen generalmente una primera etapa. El paciente come y no le interesa dejar de hacerlo, los impulsos son irrefrenables, no existe ningún grado de lucha interna ni sensación de culpa, al menos durante el momento de la ingesta (...) y las variaciones también dependen de que el paciente esté o no en tratamiento, pero siempre pueden definirse utilizando dos términos: avidez y descontrol. Aquí no hay conciencia de enfermedad y poca conciencia de situación.

a) Conductas Compulsivas: Se producen generalmente en una segunda etapa. El paciente come, pero le interesa dejar de hacerlo aunque no pueda.

Los impulsos son también irrefrenables pero hay mucha lucha interna y sensación de culpa antes, durante y después de la ingesta. Aquí existe muy poco placer, se mantiene la sensación de vacío y dolor psíquico...” (Zukerfeld, 1979)

Después, con la evolución de un adecuado tratamiento, las conductas adictivas pueden transformarse en conductas reparatorias que se alternan y combinan entre sí donde habla de:“1) Conductas Abstinentes: Pueden constituir una tercera etapa. El paciente ha aprendido, a través del tratamiento, que tiene una enfermedad y empieza a buscar control y ayuda externa y, además, evita en lo posible el contacto con la comida sufriendo bastante la situación, pero logrando tener éxitos parciales que lo gratifican siempre que tenga adecuado apoyo.

b) Conductas Sobrias: En esta cuarta etapa es recién cuando se puede hablar de recuperación. El paciente es una persona tranquila que ha internalizado lo que antes estaba solamente fuera de él. Existe el autocontrol y conductas supletorias o sublimadas. La comida puede o no ser evitada pero, si lo es, es por convicción y no por imposición (...) La real incorporación de nuevos hábitos da cierto placer y orgullo que actúa como reaseguro frente a los impulsos que en nuestra conceptualización de incurabilidad de la obesidad siguen estando.” (Zukerfeld, 1979)

#### 2.2.5.5 Curso y Pronóstico

La obesidad como trastorno crónico, es uno de los más refractarios al tratamiento. La gran mayoría de las personas obesas poseen la tendencia a continuar ganando peso si no se tratan y a recuperar el peso perdido luego de un período de tratamiento. Los tratamientos no han mostrado ser muy eficaces y las recaídas son frecuentes. Controlar la obesidad parece ser un asunto difícil.

Asimismo el comienzo precoz de la obesidad durante la infancia y la adolescencia y los antecedentes familiares son indicativos de un peor pronóstico.

Otro factor pronóstico es la distribución de la grasa corporal que puede subdividirse en las categorías ya mencionadas donde la obesidad ginoide, presenta un pronóstico más favorable que la obesidad androide ya que en ésta hay un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y supone un mayor riesgo de mortalidad.

También se tendrá en cuenta desde el punto de vista pronóstico, la edad y el peso de la persona que presenta este trastorno. (Parysow, 2005)

Cabe agregar que la obesidad se asocia con un alto riesgo a padecer otros trastornos de la alimentación concomitantes como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

En el curso clínico de la obesidad, es muy importante acompañar psicológicamente al paciente obeso, ya que son muy frecuentes las

complicaciones psicológicas. Las personas obesas frecuentemente son objeto de prejuicios y discriminaciones, poseen una baja autoestima, ánimo deprimido, menosprecian su imagen corporal, pueden presentar ansiedad, labilidad emocional, frustración, sentimientos de culpa y una disminución en su calidad de vida.

La movilización para luchar contra la obesidad, no sólo debe implicar a los profesionales sanitarios, sino también a los gobiernos, a los servicios de salud pública, a la industria alimentaria, a la restauración colectiva, a los educadores, a los técnicos en urbanismo y espacios públicos para facilitar el deporte y la actividad física, y al público en general.

Un cambio beneficioso en el último tiempo ha sido la aprobación de la Ley 26.396 de Trastornos Alimentarios que incluye los trastornos de Obesidad, Anorexia y Bulimia que en su artículo 15 dice: “Quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.” Y en el artículo 16 agrega: “...incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades” .

Como podemos observar, desde todos los ámbitos se considera que la mejor manera de tratar la enfermedad es hacerlo de manera integral aunque, en los artículos recién mencionados incluyen los tratamientos psicológicos pero no aclaran si las terapias de grupo se incluyen o no en este concepto. Además, hay esperanza en los avances científicos, especialmente en genética para que en un futuro puedan contribuir a la indispensable lucha contra la obesidad y por otro lado, quizás más previsible, es que el mejor conocimiento de los mecanismos de regulación del peso corporal pueda contribuir al desarrollo de medicamentos más eficaces de los que hemos podido disponer hasta ahora para su tratamiento.

Sin embargo, posiblemente el reto más importante al que nos enfrentamos puede que sea la prevención. Teniendo en cuenta la modificación del ocio y de los hábitos dietéticos con el acceso a alimentos de alta densidad energética y al sedentarismo, es prioritario actuar antes de que se desarrolle la obesidad, sobretodo en la segunda infancia y la adolescencia.

Estamos ante un reto importante no sólo para las futuras generaciones sino para la sociedad actual.

#### 2.2.5.6 Tratamiento

La idea que venimos trabajando indica que un programa para perder peso puede incluir distintas variables: consulta con un médico clínico o un médico especialista, consultas nutricionales, evaluación psiquiátrica, evaluación farmacológica, talleres educativos, terapia psicológica, terapia grupal, un plan de educación física adaptado al paciente e intervenciones quirúrgicas indistintamente.

Desde este trabajo, proponemos que la mejor forma de tratar al paciente obeso es a través de un tratamiento interdisciplinario que incluya la mayor cantidad de especialidades posibles, y por esto trabajamos sobre la idea de un tratamiento integral.

Para poder iniciar un tratamiento exitoso, si es que se nos permite utilizar esta terminología, es necesario empezar considerando que se trata de un problema mucho más amplio que algo meramente médico o somático y que debe comprenderse la personalidad de los pacientes en los cuales se plantea la cuestión de reducir el peso. Se nos hace evidente que al negarles la satisfacción de la comida sólo por medio de un plan alimentario reducido, deberemos poder ofrecerles algo más que la mera satisfacción de reducir su peso.

El tratamiento de la obesidad es complicado y su porcentaje de éxito, el cual es definido como una pérdida de peso suficiente seguida de un período prolongado en que no se recupera dicho peso, es bajo. Por eso la necesidad de plantear que deben intervenir profesionales de diferentes especialidades para corregir la parte

orgánica y psicológica por lo que es recomendable realizar un abordaje multidisciplinario.

También hay que tener en cuenta que la recuperación se logra más fácilmente cuando el diagnóstico es temprano, debido a que son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones de la conducta: unos directamente relacionados con la comida y el peso (conducta alimentaria), y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás (aspectos psicológicos). Es decir, se trata de que los pacientes corrijan su comportamiento alimentario modificando los hábitos del estilo de vida e incorporar la actividad física y recuperen su autoestima.

A raíz de lo expuesto, queda claro que se debe trabajar con el hombre en un todo y considerar para el diagnóstico y la evaluación de las causas, los modelos biológicos, psicológicos y sociales de la obesidad y a la vez considerar una eficaz acción terapéutica que se centre en el vínculo problemático con la comida que puede a su vez ser extrapolado a cualquier otro exceso.

#### 2.2.6.1 Tratamiento integral interdisciplinario

Aquí se expondrá los distintos puntos de vistas a tener en cuenta para llevar a cabo un tipo de tratamiento de estas características

Desde un punto de vista médico: Cuando el paciente obeso se presenta en el consultorio por distintos temas médicos, el profesional de la salud, independientemente de su rama profesional, debe realizar un diagnóstico médico que comprometa al paciente obeso al inicio de un tratamiento para descender de peso y explicarle didácticamente qué consecuencias médicas, psicológicas y sociales, puede traerle el mantenimiento de ese sobrepeso, así como las enfermedades concomitantes que pueden llevarlo incluso a la muerte.

Si es necesario, deberá indicar un procedimiento quirúrgico.

Cabe mencionar que también encontramos limitaciones médicas, muchos obesos no pueden acceder a diagnósticos o tratamientos debido a que exceden el peso permitido por dispositivos como la tomografía computada o el resonador

magnético y en ocasiones, resulta imposible medir la presión arterial debido a que el tensiómetro -o medidor de presión- no está preparado para las dimensiones de un obeso mórbido y en casos más graves, no pueden acceder a tratamientos quirúrgicos simplemente porque la camilla no soporta su peso.

Desde el punto de vista nutricional:

El nutricionista debe realizar una dieta específica para cada persona. La composición nutricional según Cormillot (2008) debe tener en cuenta: las calorías, los hidratos de carbono, el índice glucémico, fibras, grasas (saturadas, trans, insaturadas, omega 3), las proteínas y el calcio. Cormillot también plantea: "Comer sano significa comer en forma moderada y variada aquellos alimentos que proporcionen todos los nutrientes que el cuerpo necesita, lo cual se logra incorporando los ocho grupos que se reúnen según sus aportes y propiedades. Ellos son: líquidos, hortalizas y frutas, cereales y derivados, legumbres y derivados, lácteos y derivados, carnes y huevo, aceites y grasas y azúcares".

Y desde el punto de vista psicológico / psiquiátrico:

Serán objetivos principales; ayudar a determinar que opción de tratamiento es la más adecuada desde el punto de vista psicológico para cada paciente, analizar si existe alguna contraindicación para quienes opten por una intervención quirúrgica y dar, a la vez, pautas respecto al tratamiento y seguimiento postquirúrgico.

Además, el psicólogo como profesional de la conducta humana, puede enseñar una serie de habilidades, técnicas y estrategias psicológicas para conseguir que las personas afronten los problemas de forma adecuada hasta superarlos. Se tratarán factores psicológicos asociados a la obesidad como ser: la ansiedad, la autoestima deteriorada, la falta de recursos para hacer frente a los problemas cotidianos de autocontrol, los pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, etc., todo lo cual permitirá que el paciente tenga una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su problema.

El psiquiatra puede trabajar con el paciente obeso sumando un tratamiento farmacológico a los planes de ayuda con un control continuo de los síntomas del paciente.

La relación psicólogo - psiquiatra - paciente debe ser de colaboración bajo un enfoque didáctico donde se comprometan a trabajar con un objetivo común.

Desde el punto de vista grupal:

Las técnicas grupales tienen una utilidad clara. Suponen una oportunidad para establecer numerosas relaciones que aumentan el desarrollo personal, y permiten aprender a manejar de forma más adecuada diversos problemas. En los procesos grupales, es imprescindible que los pacientes reciban información y discutan libremente sus dudas y temores sobre los diversos aspectos del tratamiento: adaptación a la situación actual, manejo de estados emocionales, efectos secundarios del tratamiento, estrategias de afrontamiento ante los cambios en la imagen corporal, etc.

Además, el trabajo de grupo, tiene un papel fundamental en la resolución de las dificultades que a lo largo del tiempo aparecen a la hora de mantener los nuevos hábitos, favoreciendo el mantenimiento de la motivación en los pacientes al recibir apoyo y refuerzos positivos por parte de los miembros del grupo.

Como conclusión de lo trabajado hasta ahora, podemos decir que la enfermedad de la obesidad avanza día a día en el mundo en general y más allá de lo que podamos trabajar en un futuro para su prevención, es importante en la actualidad encontrar la mejor forma de tratar a estos pacientes bajo un Tratamiento Integral que tenga en cuenta todos los aspectos mencionados. Más allá de esta consideración, el presente trabajo se centrará en describir y trabajar principalmente la modalidad grupal por considerarlo un factor fundamental en el tratamiento de la persona obesa

### 2.3 Teorías sobre Grupo

Ana Maria Del Cueto y Ana Maria Fernandez(1985) en “Dispositivo grupal” nos van a plantear lo siguiente en relación a la tematica:

“Durante los últimos años en la Argentina, hubo un apagamiento en el trabajo de elaboración teórica de lo grupal, como así también una disminución de los profesionales dedicados a esta actividad, especialmente en el área hospitalaria, aunque también en el ámbito del ejercicio privado de la profesión.

Por supuesto, no ha sido ajena a este estado de cosas la caracterización de "subversivas", que tales actividades obtuvieron por parte de las autoridades de la dictadura. No podemos obviar la pregunta: ¿qué fantasmas levantaron los grupos para obtener tal calificación? A su vez, esa pléyade de nuevas técnicas que surgieron en los '70, al ser "suprimidas" no pudieron perfeccionarse o abandonarse en su espontáneo devenir, con lo que quedó cortado un interesante proceso técnico-teórico- institucional que ahora, en mejores condiciones, debemos recuperar, revisar, re-pensar .”

Es en esta orientación que presento algunas reflexiones.

Ahora bien, lo planteado en estas primeras líneas se refiere a una coyuntura inmediata, pero en un sentido más general, quisiera señalar dos aspectos que me parecen relevantes; esto obviamente, sin excluir muchos otros que sin duda, confluyen en esta cuestión.

Por una parte, las psicoterapias grupales se realizaron siempre desde un lugar de marginalidad y sanción respecto de las instituciones psicoanalíticas. Esta marginalidad le ha marcado al movimiento grupalista en la Argentina muchos de sus mejores logros, pero también parte de sus limitaciones.

Por otro lado, creemos que el propio objeto real a estudiar, "el grupo", ofrece una serie de dificultades en tanto focalicemos su abordaje tanto desde los criterios epistemológicos con los que tradicionalmente nos hemos manejado en nuestro medio. Una eventual "Teoría en los Grupos" no ha podido constituir su objeto



teórico: No ha podido, ni podrá, dadas las características específicas: de los "acontecimientos" de los que deberá dar cuenta. Creemos que los grupos constituyen, a nivel de la teoría, más que un "objeto teórico" un campo de problemáticas, donde se producen múltiples atravesamientos imposibles de abordar desde una sola disciplina.

En los grupos reales se producen permanentemente efectos de atravesamiento de inscripciones deseantes, institucionales, históricas, sociales, políticas, etc. Por lo tanto pensamos que podremos avanzar en su teorización si enfocamos ésta desde una transversalidad, lo cual implica renunciar a dar cuenta de los acontecimientos grupales desde un solo cuerpo teórico: el psicoanálisis, la sociología, la teoría de la comunicación, etcétera. Planteamos más bien, abordar este campo de problemáticas en el seno mismo de su complejidad y atravesamiento.

Si indagamos en la etimología de la palabra grupo, el término es de origen reciente. Proviene del italiano Groppo o Gruppo cuyo sentido fue, en un primer momento "nudo" y sólo más tarde va a hacer alusión a conjunto -reunión.

Los lingüistas lo derivan del antiguo provenzal gropinudo, y suponen que es un derivado del germano occidental Kruppo-Masa redondeada, originándose éste último significado en la idea de "círculo". Es decir que la etimología de la palabra proporciona dos "líneas de fuerzas" al decir de Anzieu, por un lado "nudo" y por otro "círculo". Deriva su existencia en el lenguaje cotidiano de un término técnico empleado en las artes para designar a un conjunto de individuos esculpidos o pintados que conforman un tema. Los artistas franceses, entre ellos Massard, lo importaron hacia la mitad del siglo XVII; aparece así en Francia, el término groupe, pero recién hacia mediados del siglo XVIII designará una reunión de personas. El término círculo derivaría de una tradición celta: los Caballeros de la Mesa Redonda, que con la Orden de los Templarios retoma en su acepción la idea de igualdad: todos deben estar a la misma distancia del centro.

Esta referencia etimológica es para nosotros algo más que una remisión a la historia de un vocablo. Si rescatamos esta imagen de nudo es porque nos resulta

elocuente para el recorrido epistemológico que pensamos podría permitir un avance en la teorización de lo grupal. Estamos aquí en presencia también de nudos teóricos. Anudados campos de problemáticas, necesarios de teorizar en el centro mismo de su complejidad. Múltiples hilos de diferentes colores o intensidades, forman un "nudo"; pero son sus anudamientos los que constituyen su "Realidad".

En esta idea lo efectivamente registrable, no son los hilos sino el nudo; por lo tanto, si bien en su constitución están presentes hilos deseantes, económicos, socio-históricos, políticos, etc., no nos orientamos a encontrar el Objeto-teórico de los grupos, sino más bien hacia los nudos problemáticos caledoscópicamente atravesados por las múltiples inscripciones que los constituyen.

En el mismo sentido, se vuelve necesario desdibujar la vieja antinomia Individuo-Sociedad; por otra parte quisiéramos eludir eclecticismos o pach-work teóricos, pensamos más bien que deberemos recurrir a las diferentes disciplinas presentes en tal atravesamiento, operando con ellas como, al decir de Foucault, con una "caja de herramientas" .Así pensaremos a los grupos como espacios tácticos donde se da la producción de efectos singulares e inéditos.

Intentaremos desarrollar nuestro pensamiento con respecto a los grupos en un doble movimiento: Los grupos no son islas tienen siempre una inscripción institucional, sea dicha inscripción real o imaginaria. Estos se diferencian de una larga tradición de la llamada "dinámica de los grupos", que ha concebido los acontecimientos grupales como fenómenos en sí mismos, aislándolos de inscripciones más amplias.

En este sentido, consideramos que el llamado contexto, sea institucional y/o social, es en rigor, texto del grupo. Es decir, no hay una realidad externa que produce mayores o menores efectos de influencia sobre los acontecimientos grupales, sino que son parte del propio texto grupal, en sus diversas modalizaciones; son, por ende, fundante de cada grupo, más que escenografía, drama grupal.

Nos parece altamente ilustrativo al respecto, el desarrollo de Pavlovsky referido al profundo entramado de lo fantasmático social y lo imaginario grupal en los años recientes de la dictadura, cuando en los grupos comenzaron a aparecer personajes investidos de sospechas terroríficas. Por supuesto, usamos aquí el término texto, en un sentido mucho más abarcativo que lo discursivo. A su vez creemos que la distinción clásica de texto-contexto queda enmarcada en la vieja antinomia Individuo-Sociedad, donde lo de "afuera" de un grupo influye sobre lo de "adentro". Dentro de este enmarque de la cuestión, podríamos diferenciar las corrientes grupalistas, según den éstas, mayor o menor importancia a la influencia del afuera sobre el adentro.

Por el contrario, si pensamos al grupo como un nudo, se desdibujan adentro-afuera, arriba-abajo, y, empezamos a pensar en términos de complejo entramado de múltiples inscripciones. Ahora todo está ahí; es decir, todas las inscripciones están presentes en cada acontecimiento grupal. Esto, sin duda, implica aceptar que en un grupo se están produciendo muchos más acontecimientos de los que podemos dar cuenta. En este sentido, analogías como las arriba mencionadas, han facilitado la lectura de la grupalidad creando muchas veces la ilusión de aprehender la totalidad de ese concreto que pretendemos abarcar. En nuestro criterio, estas ilusiones no han podido escapar a un cierto reduccionismo, del que intentamos desprendernos.

José Bleger, uno de los pensadores argentinos que se han ocupado con mayor lucidez de la temática grupal, describe esta situación en los siguientes términos: "El grupo operativo nos enseña que en un grupo, no sólo puede ocurrir una degradación de las funciones psicológicas superiores y una reactivación de niveles regresivos y psicóticos (según los estudios que van desde Le Bon hasta Bion), sino que el grupo puede también lograr el más completo grado de elaboración y funcionamiento de los niveles más integrados y superiores del ser humano, con un rendimiento que no puede alcanzar operando individualmente."

"Todas estas grandes diferencias en su dinámica y sus resultados no constituyen cualidades esenciales del grupo, sino emergentes de su organización. El grupo

puede, así, enfermar tanto como curar, organizar como desorganizar, integrar como desintegrar, etcétera. Lo que se diga del grupo se convierte en una abstracción o entelequia si no se singularizan y relacionan el grupo, el momento y la organización o estructura, y si no se especifica si ésta (por ejemplo, regresiva) es estable, permanente o funcional." (Jose Bleger,2007)

### 2.3.1 Grupo Sano

Detengámonos por un momento a reflexionar sobre el concepto de grupo sano. Según la propuesta teórica de Barreiro en su libro "Trabajos en Grupos"(2005): hacia una coordinación facilitadora del grupo sano";el grupo sano sería definido en términos de "tipo ideal", prototipo o paradigma como : "aquél grupo que promueve la salud y estimula el crecimiento personal de sus miembros, que alienta los aspectos positivos del individuo, potencia su creatividad y permite pensar libremente, sin temores ni bloqueos".

En el grupo sano prevalece un clima de solidaridad, la cohesión se produce por factores efectivos de signo positivo y no sobre la base de un etnocentrismo agresivo. Es el grupo donde la persona siente que puede ser "ella misma", sin adoptar máscaras ni barreras. En el grupo sano prevalece un clima de confirmación o aceptación de sus miembros, la persona no se ve obligada a estar "a la defensiva" o abriéndose camino en medio de un clima hostil. No hay una lucha enconada por ocupar espacios, y el grupo no necesita generar la figura del llamado "chivo expiatorio".

Uno de los rasgos salientes del grupo sano es que en él prevalece un clima de cooperación antes que un clima de competencia. Diremos que este tipo de grupo se caracteriza por estar estructurado sobre la base de lo que podríamos llamar una "matriz solidaria", concepto que desarrollaremos más adelante.

En el grupo también podemos encontrar aspectos o factores que, dentro de un grupo, pueden provocar el malestar de sus miembros. Ya que existen

determinados mecanismos de comunicación y modalidades de interacción interpersonal que pueden aparecer en los grupos operando como verdaderos distorsionantes de un buen clima grupal y contribuyendo a plasmar un estilo vincular negativo. Estos mecanismos distorsionantes operan como obstáculos para la consolidación de un grupo sano, ya que obstruyen la participación amplia y libre, frenan la espontaneidad, socavan la seguridad personal de algunos (o todos) los miembros y producen, en suma, malestar psíquico, superficial o profundo.

Un claro ejemplo sería el siguiente : un trabajo en el aula puede ser aparentemente "eficaz" desde cierta óptica: los alumnos se encuentran en silencio, "no vuela una mosca" y terminan "fijando" ciertos contenidos, pero eso no garantiza que lo que están viviendo en el grupo sea saludable, ni propicio para su crecimiento interno ni para su bienestar psíquico integral, ni que haya, en última instancia, un aprendizaje real y significativo.

Hasta cierto punto, podríamos afirmar que los aspectos técnicos que obran como perturbadores dentro de un grupo son, una vez detectados, más fáciles de revertir que los aspectos vinculares, pues estos últimos ponen en juego cuestiones o resortes psicológicos más profundos de la personalidad de los miembros. Si nosotros detectamos, por ejemplo, que en nuestro ejercicio del rol como coordinadores de un grupo chocamos con un obstáculo por el número de miembros o por la poca claridad con que presentamos el encuadre de trabajo, nos será más fácil revertir (o al menos "controlar") la situación que si detectamos un frente de antagonismos y competencia entre miembros del grupo, o nos topamos con algunos resortes autoritarios importantes en nuestro propio accionar.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es la de: ¿Por qué es importante un buen clima dentro del grupo? .En general, la existencia este tipo de clima facilita la apertura, el abandono de las "máscaras" y las actitudes defensivas que obstaculizan la comunicación, posibilita el encuentro y la producción grupal. Potencia, en suma, los aspectos más constructivos de los miembros del grupo. Esto no excluye, obviamente, como ya dijimos, que puedan surgir tensiones, conflictos y problemas, que pueda haber dentro del grupo momentos de agresión,

de estancamiento, de depresión o de confusión; pero todo esto se supera y resuelve de un modo distinto si hay un clima grupal general básicamente bueno. Éste brinda la base para que el grupo pueda volver la mirada sobre sí mismo en un momento dado, pasando a un nivel de meta-comunicación para revisar o develar los conflictos y los motivos de tensión que vayan apareciendo, buscar su resolución y recuperar el equilibrio perdido. Permite momentos de auto-conciencia grupal del tipo: "Pero, ¿qué nos está pasando...?", seguido de un esfuerzo conjunto de redefinición de la situación, con concesiones recíprocas y un deseo común de recuperar el bienestar. Flexibiliza, en fin, para asumir, e incluso promover, momentos o situaciones de cambio.

El buen clima grupal se vincula, según lo planteado por Barreiro, con el hecho de que no predominen en el grupo los mecanismos distorsionantes u otros obstáculos a que aludimos anteriormente y que, por el contrario, aparezcan elementos, circunstancias y personas facilitadoras. La forma en que aparecen y se van entretejiendo obstáculos y facilitadores en la dinámica grupal tiene que ver con lo que podríamos llamar la "matriz vincular o comunicacional dominante" dentro del grupo.

En cada grupo se plasma una matriz comunicacional favorable y promotora, en mayor o menor grado, de un buen clima grupal o desfavorable u obstaculizadora del mismo. Barreiro (2005) también nos habla de dos tipos de matrices que pueden plasmarse y predominar dentro de un grupo a las cuales aludimos más arriba las cuales son anti-nómicas o incompatibles entre sí: la competitiva (o descalificatoria) y la solidaria (o cooperativa).

### 2.3.2. Dos tipos de matrices: Competitiva y Solidaria

La matriz competitiva se caracteriza porque el resorte o eje motivacional estructurante de vínculos y de la comunicación dentro del grupo es la puja por alcanzar un lugar de privilegio en él, destacarse, sobresalir, alcanzar dominio o poder mayor, etcétera. La matriz solidaria, por el contrario, se caracteriza por el

predominio de una actitud de apoyo mutuo, de cooperación en la búsqueda mancomunada de objetivos conjuntos, etcétera.

En todo grupo tiende a prevalecer una u otra matriz comunicacional, el grupo no es nunca "neutro" en este sentido; su código vincular quedará comprometido con un tono predominantemente cooperativo o predominantemente competitivo. De hecho, en casi todos los grupos suelen aparecer actitudes de uno y otro tipo, pero finalmente tenderá a prevalecer uno u otro. Por qué termina por imponerse una u otra matriz comunicacional.

### 2.3.3 Matriz solidaria o cooperativa

La matriz cooperativa, por el contrario, produce serenidad dentro de un grupo: la gente no teme ser desplazada o marginada, ni teme "quedar atrás" por la sencilla razón de que no hay atrás; todos están en primera fila, por así decir, en la consideración del grupo y de la autoridad. La matriz cooperativa permite que todos los miembros resulten simultánea (y parejamente) confirmados.

Aquí reaparece el tema de la seguridad. Al sentirse segura y aceptada la persona queda relativamente libre de ansiedad y puede participar conectándose consigo misma, con sus pensamientos, y con los otros. Dicho de otro modo, en este clima la persona tiene libertad interior para pensar y opinar rastreando en su propio mundo interno, sin poner su esfuerzo en mimetizarse, en presentar una imagen o defenderse de la agresión.

En esta atmósfera anteriormente planteada ocurre que la gente va adoptando la actitud de tratar de entender al otro, aprovechar su riqueza personal y aprender de él; esto permite potenciar los aspectos más positivos y creativos de los diversos miembros, a la vez que facilita el aprendizaje y la producción grupal del conocimiento.

Es importante señalar acá que las personas no se comportan de la misma manera en todos los grupos. El grupo tiene la facultad de potenciar determinadas facetas o aspectos de sus miembros. Nuestra experiencia personal nos podrá confirmar que

no somos iguales en todos los grupos; distintas facetas o tendencias nuestras pueden verse estimuladas en distintos grupos. Y es que cuando prevalece la matriz cooperativa se ven estimuladas las disposiciones o tendencias asociadas con la solidaridad y la empatía, y eso permite, en ocasiones, la producción de ese peculiar y fascinante fenómeno que hemos denominado la "potenciación positiva mutua".

### 2.3.4 La composición del grupo

#### 2.3.4.1. Personalidad de sus miembros

Cada persona que integra un grupo aporta a él su peculiar personalidad, que incluye, entre otras cosas, un cierto estilo vincular y determinados esquemas de comportamiento grupal.

Cada individuo tiene ciertos mecanismos de adaptación para integrarse a los grupos. Algunos serán, por lo general, participativos y activos, sea en roles constructivos o en actitudes de resistencia; otros serán más pasivos y espectadores de lo que ocurre. Algunos tenderán a cumplir un rol contemporalizador, otros tenderán a encender la llama de la discordia. En algunos prevalecerá la actitud de rescatar lo más positivo de cada integrante, en otros tal vez predomine una actitud descalificadora. Habrá quienes tiendan a hablar mucho y quienes tiendan a callar, quienes tengan una fuerte tendencia a hacerse oír e imponer su opinión, y quienes se plieguen a los aportes de otros, etcétera.

Esto anterior no significa que una persona se conduzca de una manera rígidamente uniforme en todos los grupos de pertenencia; según ya vimos, cada grupo puede potenciar o actualizar algunas facetas distintas de un individuo. Incluso puede ocurrir que en distintos momentos o etapas de la historia grupal la persona se comporte de maneras distintas. Por ejemplo, puede existir quien adopte una actitud de prudente reserva al ingresar en un grupo, apareciendo como



poco activo, y luego, a medida que gana confianza o explora y reconoce las reglas de la interacción, vaya desplegando una actitud más participativa.

Pero lo que queremos destacar aquí es la existencia de ciertas tendencias o predisposiciones personales para la interacción grupal que van contribuyendo a dar al grupo su fisonomía. Inciden en esta tendencia la historia vital de cada uno, en particular la historia de su interjuego vincular, la evolución de su autoimagen, los roles que de algún modo aprendió a jugar en sus primeros grupos significativos. Pichon Riviére habla al respecto de "grupo interno" como el grupo primario que tenemos "internalizado", con nuestro lugar en él-, etcétera.

Incidirá también en la conducta grupal de una persona :su ideología, su sistema de valores, las expectativas y necesidades que haya depositado en ese grupo particular. También aportará su cuota de influencia la etapa vital y emocional por la que la persona esté atravesando: momentos de mayor tensión o inseguridad, momentos de plenitud, de búsqueda de cambio, etcétera.

Asimismo incidirán fuertemente los modelos o pautas que cada uno tiene incorporados por lo que hace a su relación con las figuras de autoridad, etcétera.

#### 2.3.4.2. Configuración grupal

En cuanto a la configuración grupal podemos plantear que el grupo no es igual a la suma de sus miembros; importa, y mucho, la forma como se va dando el entramado de la interacción, cómo se estructura el juego de poder, las alianzas, simpatías y rechazos, la pugna por imponer distintas ideologías o sistemas de normas, etcétera.

Así puede ocurrir que algunos miembros del grupo lleguen a configurarse como líderes naturales, incidiendo marcadamente con su propio estilo vincular en la dinámica grupal, o que se establezca un juego de fuerzas entre personas o subgrupos antagónicos que pugnan por imponer una modalidad y/o una ideología al grupo, etcétera.

Un punto muy importante vinculado con la composición del grupo tiene que ver con los distintos tipos de necesidades o expectativas que sus miembros traen o aportan al mismo. Digamos ahora que un grupo resultará satisfactorio para una persona en la medida en que puedan ser satisfechas algunas necesidades importantes con que acude a él y que espera satisfacer en ese ámbito.

Si las personas que integran el grupo tienen expectativas muy distintas, o mutuamente excluyentes, sobre lo que pueden esperar de él, es obvio que no pueden verse todas satisfechas a la vez. Y si hay una injusta distribución del poder, es probable que el grupo satisfaga en mayor medida las necesidades de quienes lo detentan que las del resto.

La interacción grupal cooperativa, en cambio, supone una suerte de equilibrio o pacto implícito entre las distintas necesidades individuales. Integrar un grupo cooperativo supone un grado de madurez que permita cierta capacidad para resignar algunas de las necesidades o expectativas propias en función de las ajenas. Por otra parte, cuanto mayores sean las coincidencias o complementariedad "espontánea" de las necesidades de los miembros, menor será el grado de frustración y mayor el grado de satisfacción que el funcionamiento del grupo les depare. Esto nos remite al tema relativo al objetivo o proyecto del grupo que veremos más adelante.

#### 2.3.4.3. Objetivos del grupo

Para que pueda generarse una matriz cooperativa es muy importante que haya uno o más objetivos grupales acerca del (o los) cual(es) exista cierta claridad y cierta coincidencia entre los miembros. Si no hay coincidencia o acuerdo en los objetivos, aunque sea mínimo, pero real, y válido subjetivamente para sus integrantes, el grupo estará condenado a debatirse en la antinomia de las expectativas de unos en pugna por imponerse a la de los otros.

#### 2.3.4.4 La autoridad

Mencionamos como factor que condiciona el clima, la matriz vincular y la dinámica toda del grupo, a la(s) figura(s) de autoridad que lo dirige(n).

Como por ejemplo en el aula, el docente; en la familia, los padres; en la oficina, el jefe; en el taller, el capataz; en el culto, el sacerdote; en el equipo deportivo, el capitán, etcétera. Es un punto especial a tener en cuenta. Por dos razones: primero, por una razón funcional entre las cuales figura en un lugar prioritario el proveer herramientas para mejorar la coordinación grupal.

Por lo tanto, es de particular importancia que veamos cuál es la influencia que una autoridad grupal tiene sobre su funcionamiento y cuáles serían, a nuestro juicio, las mejores condiciones para el desempeño del rol. La segunda, por una razón teórica: porque consideramos que la incidencia de las figuras de autoridad es, en términos generales, particularmente decisiva para la impronta vincular de un grupo.

#### 2.3.4.5 El interjuego de roles

Del Cueto Y Fernandez nos plantean lo siguiente :”En una brevísima síntesis diremos que, para Pichón Rivièrè, el grupo se estructura sobre la base del interjuego de mecanismos de asunción y adjudicación de roles”.Del Cueto Y Fernandez (1985)

En cuanto al concepto de rol tiene una larga tradición en los aportes de la antropología, la sociología y la psicología social funcionalista. Uno de los autores más importantes que utiliza dicho concepto es, sin duda, George Mead.

A través del concepto de rol, aborda, en su libro "Espíritu, Persona y Sociedad", el estudio de las relaciones interpersonales, los vínculos sociales, etcétera.

Este plantea que en la tradición dramática, el rol es un modo de identificarse imaginariamente con un personaje; así un rol en una obra teatral existe independientemente del actor particular que lo encarna. En ese sentido, un rol social también tiene una existencia independientemente de quien lo desempeña dado que; podríamos decir que, en la sociedad los roles preexisten a los

individuos, bajo formas de conducta a asumir en función de la situación que ocupen, o sea de la posición.

Etimológicamente, el término "rol" proviene del francés "role", que tiene, a su vez, un origen latino: "rotulus". Estos términos se refieren a un papel, "rollo", en donde se anotaban determinadas cosas; ya en la época del medioevo se anotaban en este "rollo", por ejemplo, el intercambio de mercancías o el embarque de éstas. También "rollo" era el papel o el parlamento que los actores debían recitar.

Es recién hacia el siglo XVIII que el término rol empieza a ser empleado en su sentido figurado, como función social o profesión.

La teoría del rol, desde la óptica de la sociología funcionalista, se ha desarrollado en función del concepto de posición: una posición define un mínimo de comportamiento obligatorio para el individuo, aunque no puede garantizar que éste desempeñará tal comportamiento a la perfección. Desde esta concepción se denominará rol, al desempeño real de una persona en una situación dada, es decir que rol es la manera en que una persona desempeña los requerimientos de su posición.

A su vez, el rol es el aspecto dinámico del estatus. Con este término se alude a una especie de marca, de identificación social que coloca a los individuos en relación con otros individuos. El cómo una persona se comporte, dependerá en gran medida, del status en que se halle, vale decir de la posición particular que ocupe en su medio social.

Para Pichón Rivière, rol "es un modelo organizado de conducta relativo a una, cierta posición del individuo en una, red de interacción ligado a expectativas propias de los otros".

Se distinguirán roles formales o prescriptos, como aquellos que están determinados por la posición que ocupa un sujeto en una determinada organización o institución; así, el rol social remite, como decíamos anteriormente, a un lugar o status. Y roles informales, cuando los sujetos juegan un papel, situacionalmente dado, en el aquí y ahora, dependiendo estos de la red de interacción grupal.

Como decíamos anteriormente, para Pichón Rivière, la estructura y función de un grupo estarán dados por el interjuego de los mecanismos de adjudicación y asunción de roles; estos "representan modelos de conducta correspondientes a la posición (relativa) de los individuos en esa red de interacciones, y están ligados a las expectativas propias y a las de los otros miembros del grupo. De esta manera, el rol, y su nivel, el status, se ligan a los derechos, deberes, a ideologías que contribuyen a la cohesión de la unidad.

### 2.3.5 Aportes de Pichón Rivière

Estos mecanismos anteriormente citados hacen referencia a la posición en que cada uno de los integrantes de un grupo se ubica en esta red de interacciones; esta red estará íntimamente referida a la historia individual de ese individuo tanto, como a su forma de inserción en el grupo.

La tarea que dicho grupo realice, constituye su finalidad y va a estar basada, fundamentalmente: a) En lo explícito: en el objetivo que dicho grupo se dé (recreativo, terapéutico, de aprendizaje, etcétera.). b) En lo implícito: en la elaboración de dos ansiedades básicas: el miedo a la pérdida (ansiedad-depresiva), y el miedo al ataque (ansiedad paranoide). Estas dos ansiedades configuran la situación básica de resistencia al cambio.

El papel del coordinador, para Pichón Rivière, consiste en esclarecer, a través de señalamientos e interpretaciones, las pautas estereotipadas de conducta que dificultan el aprendizaje y la comunicación. Es decir que toda interpretación debe favorecer el nivel de operatividad de un grupo. Para ello deberá incluir siempre la lectura de los niveles horizontal y vertical del acontecer grupal, que permitirán la ruptura del estereotipo. Sobre la base de estos lineamientos, Pichón elabora la técnica de grupos operativos, para su lectura del acontecer grupal.

En el interjuego de roles propiamente dicho, que -como habíamos mencionado - tiene para Pichón un carácter estructurante en el grupo; destaca especialmente tres roles que podríamos presentar como prototípicos: el portavoz ,el chivo

emisario y el líder. Estos roles no son fijos o estereotipados sino funcionales y rotativos; es decir que en cada situación grupal un individuo tomará determinado rol de acuerdo a su situación individual y a la situación generada en el aquí y ahora grupal.

Por portavoz, entiende "el miembro que en un momento denuncia el acontecer grupal, las fantasías que lo mueven, las ansiedades y necesidades de la totalidad del grupo; por lo tanto, no habla por sí solo, sino por todos. Se articula en una fantasía inconsciente individual entrecruzada con el acontecer grupal. Vuelve a hacer referencia a los registros horizontal y vertical de toda situación grupal en donde influirán la historia personal del individuo (vertical) y el proceso actual en el que el grupo está inserto (horizontal). Toda interpretación deberá develar la situación de todos los miembros del grupo, en relación con la tarea, ejemplificando el problema enunciado por el portavoz.

Por chivo emisario, entiende la depositación en un miembro del grupo de aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea apareciendo mecanismos de segregación frente a dicho integrante.

Y por líder entiende la depositación, en un miembro del o grupo, de los aspectos positivos; destaca distintos tipos de liderazgos: laizze-faire, autocrático, democrático, etcétera. También se puede plantear que ambos roles, el de líder y el de chivo emisario, están íntimamente relacionados, ya que uno surge como preservación del otro, en virtud del denominado proceso de disociación que todo grupo implementa en sí tarea de discriminación.

Pichón agrega que el rol de saboteador, que será aquel integrante que en determinado momento asume el liderazgo de la resistencia al cambio.

Estos son algunos de los conceptos de un pensador tan vasto como E. Pichón Rivière. Sin embargo, creemos necesario re-pensar sus aportes, para que sus ideas no se estereotipen en la repetición, para mantener viva la dialéctica creadora en la que él mismo estuvo siempre inserto, y poder avanzar así, más allá de sus propios conceptos.

Por otra parte, el análisis de la verticalidad y la horizontalidad grupal no da cuenta de la vastedad de los acontecimientos grupales. Asimismo, podríamos pensar que el mantenernos en estos dos registros nos sitúa nuevamente en la antinomia Individuo-Sociedad.

En este sentido, nos resulta fructífero el aporte conceptual de la noción de Transversalidad, por cuanto, en tanto delimitamos los grupos como campo de problemáticas, estos están permanentemente atravesados por múltiples inscripciones: deseantes, institucionales, ideológicas, socio-históricas, políticas, etc.

Así, la noción de transversalidad nos es una herramienta válida en el intento de desdibujar los grupos-islas, como así también en el intento de desdibujar la tradicional antinomia Individuo-Sociedad (de la cual no está afuera la concepción funcionalista de los roles). Al pensar los grupos desde esta perspectiva, esto es, en el caleidoscopio de sus múltiples inscripciones, se crean las condiciones de posibilidad de inscribirlos en un campo de análisis más amplio.

#### 2.3.6 Incidencia del entorno

Otro aspecto muy importante que incide en el clima grupal y la matriz vincular es el del entorno que rodea al grupo y ejerce su presión sobre él. Del entorno llegan pautas de comportamiento, exigencias y expectativas, un sistema de valores (más o menos coherente unificado y sólido, o con aspectos dinámicos y en conflicto), una ideología (que también puede ser homogénea o diversificada), mensajes de apoyo o de descalificación, etcétera.

También puede llegar un clima o atmósfera institucional; tal sería el caso, por ejemplo, de una oficina dentro de una empresa, o de un aula dentro de una escuela, etcétera.

Pero también del mismo modo inciden sobre el grupo la sociedad y la cultura; aquí se incluyen los mensajes de los medios de comunicación, la ideología dominante, los problemas específicos que esté atravesando una sociedad, los códigos

compartidos de lenguaje, de valores, la carga de esperanzas y frustraciones, etcétera.

Así, por ejemplo, en un momento de crisis económica o política aguda la atmósfera social se encontrará tensionada y eso incidirá de un modo u otro en la dinámica grupal. Del mismo modo la existencia de determinados valores muy arraigados en la sociedad (como sería el caso, precisamente, de la exaltación de la competencia a que veníamos aludiendo) penetra al grupo desde lo cultural, lo institucional, etcétera.

Sería, sin embargo, un error concebir al grupo como una entidad pasiva, enquistada en un medio, que se limita a sufrir la influencia de este entorno. En primer lugar, la constitución misma del grupo se ha hecho en gran medida a partir (o con "materia prima", por así decir) de ese entorno; en segundo lugar, y esto es quizá lo más interesante, el grupo puede incidir en el propio entorno, entrar en una cierta dialéctica con él. Este puede ser un fenómeno particularmente significativo en el seno de algunas instituciones que pueden recibir la influencia de pequeños grupos activos, transformadores, que irradian o estimulen cambios en la misma institución. Esto otorga peculiar potencialidad al grupo como herramienta de cambio social.

### 2.3.7 Lo manifiesto y lo subyacente

Retomando los aportes de Pichon hay que tener en cuenta este punto importante en la vida grupal y en la consolidación de los distintos climas y matrices vinculares, que de algún modo atraviesa todas las variables que estuvimos mencionando; queremos referirnos aquí al hecho de que los diferentes factores que acabamos de analizar están lejos de ser evidentes o claramente perceptibles por los miembros del grupo por un coordinador o autoridad grupal! no formado específicamente en estos temas .

La causalidad que regula los fenómenos grupales descritos escapa al plano de la percepción o la conciencia inmediata, tanto en lo relativo a la configuración



interpersonal del grupo como en lo que hace a la incidencia del entorno sobre la vida del mismo, la irradiación del clima institucional, etcétera.

Y es que lo que se percibe, en lo inmediato y manifiesto, es una serie de conductas individuales que se suceden, algunas de las cuales pueden ser obstaculizadoras o facilitadoras. También puede llegar a percibiéndose la atmósfera del grupo en algún momento dado.

Pero el origen o el entretrejo psíquico y psicosocial dista de ser evidente y dista también de responder siempre a procesos conscientes, racionales y voluntarios. Los pensadores de filiación psicoanalítica suelen hablar de lo manifiesto (más perceptible, vinculado a lo consciente) y lo latente o subyacente (menos perceptible y asociado con fenómenos inconscientes).

En general, resulta necesario poder percibir adecuadamente lo que está pasando en un grupo (nivel de captación o percepción) y también, a veces, es necesario entender por qué pasan determinadas cosas, sobre todo si son conflictivas o paralizantes, para poder superarlas. Así, por ejemplo, puede haber malestar o tensión en un grupo en un momento dado y que nadie se dé cuenta a qué se debe. En estos casos puede ocurrir que tienda a culparse a algún integrante del grupo cuya conducta es particularmente irritativa, como si fuera "la" causa (éste es uno de los mecanismos posibles que lleva a un grupo a ubicar a una persona en el lugar del "chivo expiatorio").

Es que generalmente las personas no tienen conciencia del fenómeno grupal como tal, y tienden más bien a explicar los fenómenos grupales como producto de la voluntad consciente y racional de los individuos que interactúan.

Según los autores que ponen el énfasis en la dimensión subyacente o latente de los grupos, el análisis de los factores que traban el desarrollo de los procesos grupales requiere, en muchos casos, una lectura más profunda, que pasa por un trabajo específicamente psicológico realizado por un experto: la interpretación (en el sentido psicoanalítico del término), que conduce al develamiento de lo inconsciente.

Nosotros aceptaremos acá y consideraremos conceptualmente importante postular la existencia de un nivel manifiesto o evidente y otro vinculado a lo subyacente, pero pondremos entre paréntesis la necesidad y la conveniencia de utilizar la interpretación como herramienta de análisis en cualquier otro tipo de grupo que no sea estrictamente terapéutico.

### 2.3.8 Las formaciones imaginarias grupales

Con este término aludimos a los procesos imaginarios que un grupo produce. Así es como decimos que un grupo es más que la suma de los individuos que lo componen. Consecuentemente, pensamos que los procesos imaginarios dentro de un grupo no constituyen la suma de los imaginarios individuales. Por el contrario un grupo produce formas imaginarias propias. En toda situación grupal (sea el grupo grande o pequeño, de formación, recreativo, de trabajo, terapéutico, etc.) hay una representación imaginaria subyacente, común a la mayoría de sus miembros.

Estas representaciones imaginarias son el "algo común" en el grupo y no la tarea. Esta opera como convocante del grupo pero no como fundante. Para que un grupo de personas pueda pasar de la serialidad al grupo, se deberá ir consolidando un conglomerado de "representaciones" imaginarias.

Estas, tanto podrán propiciar la tarea, como propiciar la solidaridad y la eficacia grupal como los conflictos, la ineficacia, etc. No hay grupo sin formaciones imaginarias estrictamente grupales. Son procesos imaginarios que pueden ser leídos en el transcurso del devenir grupal y que hablan de su conformación, posibilidades de desarrollo, de transformación, inscripción e historia de dicho grupo.

Dentro de las formaciones grupales incluimos: La red de identificaciones cruzadas (y la red transferencial), las ilusiones grupales, los mitos del grupo, la institución (como disparador grupal) Estas formaciones grupales, en permanente atravesamiento darán a cada grupo su perfil, su identidad, único y exclusivo de este grupo.

#### 2.4. Terapia de grupos en el tratamiento de la obesidad

Al finalizar el capítulo 1 se pudo exponer la gran importancia del trabajo a nivel multidisciplinario como los grandes beneficios que se pueden observar al llevar a cabo dentro de un tratamiento para la obesidad , la terapia grupal.

En el capítulo 2 se realizó una caracterización de los grupos como también planteando como elemento fundamental a tener en cuenta para su análisis el entorno .Ahora retomando y articulando los desarrollos de estos dos capítulos precedentes, el objetivo del presente capítulo será: describir, analizar y mostrar específicamente qué papel tiene la terapia grupal, en el abordaje psicológico y social de la obesidad que se da dentro del tratamiento integral arriba mencionado.

Según lo expuesto, el tratamiento integral de la obesidad incluye dos elementos fundamentales: por un lado, está el abordaje de aspectos médicos y fisiológicos, donde lo fundamental es el cumplimiento de una dieta, la realización de actividad física, también se puede incluir medicación, y en algunos casos extremos puede ser necesario realizar procedimientos quirúrgicos.

Y el otro elemento fundamental es el abordaje desde lo psicológico: lo cual es muy conveniente en gran cantidad de casos realizar un tratamiento psicológico individual, y a estos se suman las “charlas grupales” con otras personas que padecen el problema de la obesidad. Dichos encuentros suelen ser altamente beneficiosas porque en los mismos los integrantes del grupo ponen en juego el compromiso, la responsabilidad y la solidaridad mutua. Los participantes entienden lo que dice y siente el otro paciente, todo lo cual motiva a la persona a seguir el tratamiento indicado a nivel alimentario, comprendiendo a su vez que las causas emocionales son una parte importante de la etiología de la enfermedad.

En nuestro país encontramos a un gran referente en el tema el Dr. Ravenna el cual nos plantea: “En los grupos, tomamos como eje la conducta y trabajamos sobre ella para modificarla. Trabajamos sobre el “cómo” y el “cuándo”. Este abordaje no es exclusivo de la obesidad sino que puede extenderse a cualquier vínculo adictivo o situación problemática (...) Cuando una persona obesa llega al

tratamiento, lo hace muy agotada, con muy poca energía y mucho escepticismo. Y ¿cómo recupera la energía perdida? Con una dieta pero, fundamentalmente, concurrendo a las reuniones de grupo.” (Ravenna, 2006) (...) “...Seguimos diversas tendencias y líneas, desde el conductismo cognitivo, las técnicas psicodramáticas, 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 Linehan. Esta última terapéutica es tal vez la que más se acerca a nuestro estilo de trabajo. Es confrontadora, áspera, directa (...) La doctora Linehan enfatiza la importancia de la confrontación directa, del carisma de los terapeutas, del alto grado de motivación del equipo de trabajo y del compromiso día a día, por teléfono o mail, del profesional con sus pacientes. En última instancia, se trata de incorporar a la vida de alguien que está muy solo y aún no sabe estar consigo mismo las figuras de padre y madre: límites claros y concretos y, por sobre todo, afecto real” (Ravenna, 2006).

Todos estos son beneficios que facilitan al paciente a la hora de llevar a cabo un tratamiento para dicha enfermedad. Es una herramienta que se plantea dentro de este tratamiento como fundamental, y que hoy en día es muy utilizada en centros donde buscan arribar a esta problemática desde una mirada múltiple, dejando así de pensarlo al individuo solo desde un plano y pudiendo así tener una mirada mas integral de este sujeto.

Otros beneficios serán mejor expuestos y extendidos más adelante teniendo en cuenta la experiencia personal a través de participaciones en terapia de grupos o mejor llamados por el fundador del establecimiento grupos terapéuticos pudiendo así contestar interrogantes propios de este trabajo de investigación.

## 2.5. Rol y Formación del psicólogo en el estudio y tratamiento de la atención a pacientes con obesidad

Por un lado tenemos la formación del psicólogo esta debe ser integral ya que se orienta a ir más allá de la modificación de la conducta alimentaria, prestando mayor atención a los posibles factores psicológicos y de riesgo asociados con la obesidad, la persona y su ámbito sociocultural.

Los patrones alimentarios tradicionales, como el exceso en la ingesta de alimentos o el sedentarismo, son intercambiados por los factores psicológicos asociados, que van desde el desarrollo hasta la personalidad del individuo, la diversidad cultural, el género o el ámbito familiar.

La búsqueda de los factores psicológicos en obesidad como parte del modelo del aprendizaje social permite descubrir a la persona de manera integral, así como profundizar en aquellos factores que se asocian a su condición corporal, como la imagen corporal, las emociones y el género, que a su vez marcan directrices en la atención en salud.

La vinculación docencia-investigación como servicio permite la formación integral de los psicólogos en el fenómeno de la obesidad en actividades propias de la disciplina e interactuar con otras. El ámbito laboral y de salud los requiere, ya que su participación es indispensable en la atención y prevención de la obesidad.

Por lo tanto, el psicólogo requiere establecer metas y expectativas realistas de tratamiento para su paciente, además de poder identificar, evaluar y atender de manera oportuna los factores psicológicos asociados a la obesidad y la capacidad del paciente para iniciar un cambio en su estilo de vida. El psicólogo puede identificar en el paciente obeso el inicio del problema, sus circunstancias, el resultado que espera alcanzar y el tiempo que esto tardará, así como la presencia de problemas psicológicos asociados, como temores, depresión o angustia, y su relación con la obesidad del paciente (Kleinman, 1978). Asimismo, se deberá establecer en qué etapa decisional se encuentra el paciente respecto a su problemática.

Y específicamente a la hora de arribar a un paciente con un alto compromiso en su salud no se podrá en primera instancia arribar a la base de la problemática, al nudo causal de su enfermedad, desde lo psicológico, ya que se podría perder un tiempo muy valioso en cuanto a tema salud.

Cuando un paciente arriba al consultorio, institución o grupo terapéutico con un alto compromiso en su salud primero, antes que todo se buscara preservarla, pudiendo ayudar a este paciente a que haga un insight en cuanto a su enfermedad.

Un elemento que se observa en este tipo de pacientes es una falta de conciencia de enfermedad, piensan que es un problema fácil de resolver, lo minimizan. Por lo que como psicólogos se necesitara ayudar a este paciente a que transite los caminos para poder llegar a asumir y aceptar su enfermedad como también motorizarlo a que pueda comenzar como llevar a cabo un plan de alimentación.

Luego que se pudo llegar a cumplir este objetivo, el cual es un elemento en constante actualización ya que es muy frecuente que el paciente busque dejar el tratamiento; luego así se podrá ayudar con diversas herramientas que nos brinda la psicología. Entre estas podemos mencionar la ruptura y modificación de ciertos sistemas de ideas irracionales, aporte dado por la cognitiva, un ejemplo de este: es el poder ayudar al paciente a realizar una reconstrucción cognitiva en relación a la idea irracional de "Soy gordo pero feliz" que pueda desplazar la felicidad o el placer que le brinda la comida en otro elemento más salugenico.

También se trabaja con la motivación, antes que nada se busca que el paciente no tome a la motivación como un elemento totalmente necesario a la hora de cumplir un tratamiento sino mostrarle que a veces estará motivado y otras veces no lo estará, un elemento más a tener en cuenta a la hora de realizar una reconstrucción cognitiva. Como también será un elemento que se trabajara en el la terapia de grupo.

Y por último se puede mencionar como elemento fundamental en esta situación crítica, con necesidad de efectos inmediatos, el hecho que es fundamental hacer

foco. Que el paciente pueda focalizarse en la tarea que buscamos que realice ,que esta situación será el focalizarse primero en dar cuenta acerca de su enfermedad y luego en el hecho que debe bajar de peso. Buscar que el paciente tenga eso como prioritario, que apunte toda sus funciones cognitivas allí, por el hecho que en estos primeros periodos el descenso de peso es fundamental y necesario por cuestiones de salud.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Enfoque

El enfoque que se considera para este trabajo es el cualitativo, el cual se caracteriza por ser abierto, flexible, construido durante el trabajo de campo o realización del estudio.

Este busca comprender las perspectivas de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, en este caso específico el elemento recortado es la terapia de grupo junto con sus beneficios. Es también que se busca una profundización en sus experiencias, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben este elemento propio de su realidad. El poder mediante este trabajo detectar que experiencia tiene este paciente en relación a este tipo de terapia.

Otra característica que encontramos es una muestra reducida, la cual en este caso son tanto los participantes de las entrevistas como aquellos pacientes con los que se tuvo contacto en las terapias de grupo presenciadas. Al ser una muestra pequeña es que no se pretende generalizar los resultados obtenidos de la muestra en la población. Este tipo de investigaciones se conducen en los ambientes naturales de los participantes, el cual aquí es la clínica la cual concurre diariamente.

Además de lo anteriormente mencionado es un tipo de enfoque que se caracteriza por el hecho que el investigador también es un participante, gracias al poder asistir a los encuentros que se dan en el establecimiento junto con los psicólogos es que posibilita una participación y no tan solo una mera observación.

La recolección de datos está orientada a dar un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas por lo que se llevo a cabo mediante la participación en estos grupos como ya anteriormente fue mencionado. Otro medio para la recolección de datos fue mediante entrevistas a ex pacientes.



El investigador es el instrumento de recolección de los datos, se auxilia de diversas técnicas que se desarrollan durante el estudio. Es decir, no se inicia la recolección de los datos con instrumentos ya preestablecidos, sino que el investigador comienza a aprender por observación y descripciones de los participantes y concibe formas para registrar los datos que se van refinando conforme avanza la investigación.

Otra característica de este tipo de investigación es que las variables no son controladas ni manipuladas incluso a veces no se definen variables, son conceptos generales como “emociones”, “vivencias”, etc. En este trabajo esto es muy característico ya que se toma como punto de partida que experiencias tuvieron pacientes que asistieron a terapias de grupo y que beneficios podían detectar.

Los resultados no se reducen a valores numéricos lo cual también da cuenta de la flexibilidad de este tipo de enfoque. Por lo que se busca más que plantear cifras concretas recortar determinados elementos relevantes para la investigación que se observe al momento de la recolección de datos.

Sus planteamientos son abiertos, expansivos fundamentados en la experiencia e intuición, se aplica a un número pequeños de casos.

Los objetivos de estos tipos de investigaciones como también las preguntas son más generales que los estudios cuantitativos. Como también estos dos últimos tienen una lógica inductiva.

El reporte de los resultados de este tipo de enfoque tiene un tono personal y emotivo.

### 3.2. Método

El método que se utilizó en este trabajo es el denominado investigación-acción. La finalidad de éste es el de resolver problemas cotidianos e inmediatos.(Alvarez-Gayou, 2003) y mejorar prácticas concretas, donde aquí se buscara mejorar el quehacer tanto del psicólogo que trabaja con pacientes con obesidad como

también de todo un equipo que trabaja con ellos ya que siempre se planteaba a un tipo de trabajo interdisciplinario.

Su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales por lo que este trabajo también planteara ciertas propuestas a tener en cuenta estos procesos. Sandín señala que la investigación-acción pretende, esencialmente” propiciar el cambio social, transformar la realidad y que las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación”.

Por su parte Elliot (1991) conceptúa a la investigación-acción como el estudio de una situación social con miras a mejorar la calidad de la acción dentro de ella. Esto se ve de manifiesto de forma clara ya que a lo que se busca apuntar es a este objetivo, el mejorar el accionar del psicólogo en este tipo de terapias y con este tipo de pacientes pero en consecuencia también tendrá una influencia directa en estos mismos.

Para León y Montero (2002) representa el estudio de un contexto social donde mediante un proceso de investigación con pasos ”en espiral” , se investiga al mismo tiempo que se interviene.

McKerman (2001) fundamenta a estos tipos de diseños en tres pilares:

-Los participantes que están viviendo un problema son los que están mejor capacitados para abordarlo en un entorno naturalista.

-La conducta de estas personas está influida de manera importante por el entorno en que se encuentran, es por eso que no se debe recortar al grupo como una entidad aislada de este, donde hay una múltiple influencia entorno-grupo y viceversa.

La metodología cualitativa es la mejor para el estudio de los entornos naturalistas, puesto que es uno de sus pilares epistemológicos.

La investigación-acción construye el conocimiento por medio de la práctica (Sandin,2003).

Stringer (1999) señala que la investigación-acción es:

- a) democrática, puesto que habilita a todos los miembros de un grupo o comunidad para participar.
- b) equitativa, las contribuciones de cualquier persona son valoradas y las soluciones incluyen a todo el grupo o comunidad.
- c) es liberadora, una de sus finalidades reside en combatir la opresión e injusticia social.
- d) mejora las condiciones de vida de los participantes, al habilitar el potencial de desarrollo humano, como ya anteriormente lo mencionamos

También se puede mencionar las tres fases esenciales :observar(construir un bosquejo del problema y recolectar datos), pensar (analizar e interpretar) y actuar (resolver problemas e implementar mejoras), las cuales se dan de manera cíclica, una y otra vez, hasta que el problema es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente.(Stringer,1999).

Siguiendo al mismo autor, para la recolección de datos sugiere entrevistas a actores clave vinculados con el problema, observar sitios en el ambiente, eventos y actividades que se relacionen con el problema, además de revisar documentos, registros y materiales pertinentes. Y es conveniente tomar notas respecto a la inmersión y a la recolección de datos, grabar entrevistas, filmar eventos y efectuar todas las actividades propias de la investigación cualitativa. Elementos que se realizaron en este trabajo tanto las entrevistas a ex pacientes con sus respectivas grabaciones como observar y estar presente en terapias de grupo .Estas entrevistas, observaciones como también la revisión de documentos son técnicas indispensables para localizar información valiosa, como también los grupos de enfoque.

### 3.3. Caracterización del escenario

El campo que se eligió para llevar a cabo este trabajo de investigación fue Cidesa es un Centro Integral de Salud Alimentaria centrado en el trabajo con pacientes con obesidad.

Se encuentra ubicado en San Miguel de Tucumán. Centro donde realizamos las prácticas profesionales supervisadas en el anterior año.

Este centro plantea como misión un tipo de tratamiento integral donde se apunta a la creación y mantenimiento de hábitos alimentarios saludables.

Las tareas que se realizan en la institución muestran también este tipo de perfil, integral, buscado por la institución donde no solamente se busca la modificación y mantenimiento de hábitos alimentarios saludables mediante el uso de la nutrición, sino que también se incorpora terapia de grupo como también gimnasia adaptada a cada una de las necesidades particulares de los pacientes.

La modalidad de trabajo es la siguiente: como medida inicial, el paciente que decide empezar este tratamiento en el establecimiento debe realizar en primera instancia una consulta obligatoria con el Médico de la institución para ver el estado de salud general y donde se pesa a la persona por primera vez, se le toman las medidas corporales, se lo envía a hacer análisis de sangre y orina y se le explica el Plan Alimentario. Como segundo paso, es indispensable que el paciente participe del espacio grupal, donde según el centro, “se trabaja desde la coherencia, la contención y la continuidad y siempre a su vez, se ofrece acompañar todo con actividad física totalmente adaptada y con variedad de disciplinas.”

En la terapia de grupo se busca trabajar como sistema donde cada uno de los problemas que surgen en el transcurso del tratamiento sean abordados por el grupo mismo favoreciendo a un aprendizaje. Con la ayuda de psicólogos se busca alentar la modificación de conducta alimentarias disfuncionales, siendo el mismo grupo el apoyo social necesitado para dicho tratamiento.

Por un lado, encontramos los grupos de descenso (pacientes que se encuentran en un tratamiento que apunta al descenso y pérdida de peso) y por otro lado grupos de mantenimiento apoyado en la búsqueda de mantenimiento de peso ideal como también de hábitos saludables para su salud física y psíquica.

La utilización de gimnasia adaptada es un recurso importante que cuenta la institución ya que permite, teniendo en cuenta cada una de las limitaciones de los pacientes, la incorporación de la actividad física en un plan alimentario, que ayude al descenso de peso.

Mediante todas estas áreas se busca un abordaje integral de la problemática. La institución recalca que es importante abordar todos los aspectos de la patología conjuntamente, por lo que, el programa de atención que es obligatorio incluye: el plan alimentario, los grupos y la actividad física para lograr óptimos resultados y el cambio de conducta esperado.

El tratamiento se basa en tres conceptos básicos:

“Corte: con la obsesión, con la voracidad, con los prejuicios del yo no puedo. Permittiéndonos comenzar y sentirnos aliviados.”

“Medida: en la porción, en el talle, en las acciones. Con medida hay equilibrio y sobriedad.”

“Distancia: con la comida, con el exceso. Ser objetivo y recobrar la lucidez.” Estos tres conceptos son coincidentes con la metodología del Dr. Ravenna. Es importante mencionar que el fundador de la institución, realizó su formación en el centro del Dr. Ravenna.

Tiene un reconocimiento grande en el medio con una gran demanda especialmente en momentos cercanos al verano.

#### 3.4. Técnicas de recolección de datos

En cuanto a la recolección de datos se llevo a cabo por un lado mediante la observación participante. Esta en un primer momento fue una mera observación

general visualizando el contexto al cual estábamos siendo inmersos, dinámica de sus integrantes, características de los pacientes y demás aspectos referidos a la estructura y organización del lugar. Luego se apunto a focalizar esta observación específicamente en el tema a tratar.

Esta observación participante fue presenciando terapias de grupo que se llevaba a cabo en la institución.

Otro elemento que se utilizo para la recogida de información fue mediante entrevistas administradas a ex pacientes del centro, las cuales se realizaron luego de ya tener un conocimiento acerca del tema a tratar .

Como también se utilizó como metodología el apoyo búsquedas bibliográficas dadas por la Cátedra de Psicología Social como también información adicional que permitieron un abordaje de aquellos elementos que fueron recortados como significativos para la investigación.

#### 4. EXPERIENCIA DE CAMPO

En cuanto a mi experiencia en el campo puedo resaltar que en primer lugar tuve que hacer una primera exploración del lugar, observar donde estaba situado, sus características, quienes asistían al lugar como también características de estos. Observar que tareas se realizaban en el establecimiento: terapia de grupo, gimnasia adaptada, había médicos como nutricionista.

En el primer encuentro con la institución se nos dio una pequeña charla introductoria donde los coordinadores de grupos, psicólogos, nos contaron cómo se trabajaba allí, que misiones y visión tenía el centro, que expectativas se tenía en relación al tratamiento, que tarea o rol tenían como psicólogos en el acompañamiento de los pacientes, entre otras cosas. Fue de gran ayuda ya que este primer pantallazo posibilitaba tener una primera aproximación como también dar conocimiento de cómo se trabajaría posteriormente.

El primer encuentro con el grupo despertó gran curiosidad ya que no había presenciado una terapia grupal anteriormente.. Estos se caracterizaban por ser de aproximadamente 10 a 20 personas. El cual se nos designo un grupo a cada uno de los practicantes.

Como era de esperar al principio en el grupo solo comentaban acerca de temas relacionados a su plan alimentario, como lo que habían cumplido, posibles dificultades a la hora de realizarlo, ya que nuestra presencia inhibía su normal funcionamiento. Pero poco a poco mientras nos ganábamos su confianza fueron abriéndose, y así aquello que yo quería observar y analizar comenzó a funcionar nuevamente, las telarañas que conectaban a cada uno de los miembros , como interactuaban , que rol tenía el psicólogo fueron cosas que comenzaron a mostrarse.

Encuentro a encuentro pude detectar quien era el líder, quien era el que boicoteaba al grupo, como se veían reflejados y entendidos por otro .Como también estos roles iban rotando de un integrante a otro, cuál era el rol del psicólogo allí. Cabe resaltar que algo fundamental en el grupo es que a diferencia

de otro tipo de terapias aquí con quien mas empatiza y encuentra un reflejo el paciente no es en la figura del psicólogo sino en su par o su compañero, el otro paciente que tenia una diferencia el si padecían la enfermedad y es ese elemento los que los hacían sentir más identificados.

La tarea del psicólogo que observe específicamente en este centro era la de acompañar al paciente en el tratamiento enfocándose fundamentalmente, por lo menos en los grupos de descenso, en esto mismo como también la búsqueda de un correcto cumplimiento del plan nutricional. Si el paciente planteaba un tema a tratar, debía estar relacionado a su tratamiento. Si esto era así se lo tocaba, discutía, analizaba y sino se lo ignoraba. Ya que como planteé anteriormente en cuestiones donde la salud está en juego es necesario como psicólogos en tratamiento de la obesidad tener un rol de acompañante en este proceso y no tanto el analizar el nudo de la patología, elementos que llevaban a un análisis en mayor profundidad, como ser lo emocional.

También en mi experiencia pude observar que los temas que eran tocados y analizados no eran tomados y analizados solo por el psicólogo sino por el contrario era el grupo mismo que buscaba encontrar una solución, dar opiniones recomendaciones, era el grupo mismo en este dinamismo quien aprendía con el otro, con su compañero lo cual además de darle un aprendizaje mucho más fructífero ya que salía del análisis de ellos mismos, incrementaba su autoestima al verse aprobado por el grupo. El demostrar que ellos si podían y quien más sabia del tema eran ellos, era un elemento que motorizaba al grupo mismo .Se planteaba implícitamente que ellos eran los que más sabían sobre su problemática y el psicólogo era el que tenia las herramientas para ayudarlo en su proceso.

Y finalmente luego de haber realizado mis prácticas, con una decisión de elegir este tema para mi TIF lleve a cabo en el centro una serie de entrevistas a ex pacientes que asistían al centro, con el fin de clarificar ciertos elementos que ya había recortado en estos encuentros con la terapia de grupo.



## 5. RESULTADOS

En este apartado se profundizará sobre determinados ejes conceptuales o categorías de análisis seleccionadas por su mayor relevancia y pertinencia para enfocar el rol de los beneficios como miembros integrantes de los grupos en el tratamiento de la obesidad.

### 5.1 Técnicas o recursos de autocontrol:

Los pacientes van comentando a lo largo del encuentro qué recursos se pueden utilizar para no comer de más o poder cuidarse en las fiestas o reuniones; como la situación planteada por una paciente en un encuentro, quien comenta que fue a una fiesta y se sintió desbordada, no podía controlarse frente a la gran cantidad de comida que tenía frente suyo.

Como alternativas de autocontrol, Susana dice: “A mí lo que me sirve es ir más tarde ya habiendo comido y evito estar cerca de las mesas con comida...” A continuación Rosa dice: “yo elijo entre un bocadito u otro... hay que entender como dice la nutri que no se puede estar probando de todo un poco “

En otro encuentro Sonia plantea: “En mi caso, porque yo soy fanática del chocolate fui probando distintas técnicas como por ejemplo: comprarlo solo cuando era necesario como para una torta o porque venía un sobrino. Pero no me funciona porque lo veía y quería atacarlo. Luego lo que hice es directamente no comprar y si en mi casa se compraba les avisaba que ni me lo muestren. Obvio, esto algunas veces me salía y otras no. Porque aparte, el comer, te calma en el momento pero después te sentís mal de nuevo... Son las barricadas que yo encontré para frenar. Cada uno tendrá sus propias barreras.

Lucia en relación a la temática cuenta a sus compañeros: “A mí me sirve en esos días que estos ansiosa por algo, el no quedarme en casa. Sino salir a dar una caminata o un paseo con una amiga. Caminar y contarle eso a mi amiga me sirve mucho. Si me quedo como hacía antes, se me despierta el hambre y las ganas de comer cualquier cosa que tenga en la heladera.”

María otra paciente en relación a eventos sociales planteaba: "Yo llevo un tupper con lo que voy a comer. Y si es un asado llevo mi pollito. Después en casa compran cualquier carne o hasta solo chorizos y no tengo que comer o termino comiendo cosas que no debo. Y lo que más me ayudo a cuidarme con la comida fue el contarle a mi familia, el compartir que no es fácil y que necesitaba de ellos para cumplirlo. Así es que no te vienen a ofrecer cosas que no debes comer"

## 5.2. Aprendizaje de hábitos de conducta, hábitos alimentarios:

Como planteaba una ex paciente en la entrevista que realice "A mí me ayudó a modificar hábitos pero desde hábitos de cualquier tipo. Yo tenía encuentros dos veces por semana en la que siempre se repetía esta cuestión de los hábitos, que no era restringirse para siempre sino empezar por lo más pequeño ordenando tu cuarto... que se yo, por tener un gesto que empieza a repetirlo toda la semana y ya se convierte en un hábito. Como también darte cuenta que eso que lo aplicabas en esas tonteras después lo ibas trasladando a la otras áreas como la comida"

Como también Sara comento: "Para mí me cambio la vida son los hábitos con la comida. Antes me la pasaba picoteando, comiendo pizza, mc donals. Otra es si o si los pochoclos en el cine. Bueno ahí te muestras que esos si o si nos los inventamos nosotros .Yo soy más feliz hoy sabiendo que lo que como es sano y que elijo ese tipo de vida. Y soy una militante en eso..."

Lucia en otro encuentro en relación a lo planteado por su compañera acerca de no poder dejar de comer ciertos alimentos al estar acostumbrada a ellos le comento: "Es que si seguís con tus mismos hábitos nunca vas a poder cumplir tu objetivo, yo también estaba acostumbrada a, por ejemplo, ponerle a todo azúcar .No hace bien y tenes que entender que si no los cambias nunca vas a llegar a bajar nada y menos a cambiar como te relacionas con la comida."

También se puede observar en los encuentros que los coordinadores también buscan la formación de hábitos desde el levantarse temprano para poder cumplir

con el horario del desayuno, hasta el habito de venir al centro a hacer su gimnasia diaria.

### 5.3. Aprendizaje por Reforzamiento Positivo y Reforzamiento Negativo

#### Refuerzo Positivo

En un encuentro la coordinadora le habla a una paciente nueva mientras señala a una paciente que ya está en tratamiento: “¿La ves ella? bueno, entró con tu mismo peso y a la vez tiene que llegar al mismo objetivo que vos. Desde ya, que ella ya lleva medio camino recorrido pero la idea es mostrarte que se puede.”

Una paciente Lidia comenta que a pesar de estar haciendo bien el tratamiento, no bajó lo esperado a lo cual otro compañero le responde: “...es molesto ver qué uno se esfuerza y el número no cambia pero tratá de pensar que lo importante no es sólo el número que te da la balanza (...) sino que lo lindo es encontrar la motivación en por ejemplo que el pantalón te queda más suelto, en poder cruzar las piernas en el caso de las mujeres, atarse los cordones, etc. Y quédate con que hiciste bien las cosas que eso es lo importante y vas a ver que para la próxima reunión vas a bajar.”

Hay múltiples ejemplos de reforzamiento positivo que se da en el centro, como ser que cuando un paciente baja de peso todos sus compañeros lo felicitan y el coordinador lo pone de ejemplo. También pude observar como en reiteradas veces el coordinador resalta ciertas conductas realizadas por pacientes que funcionan de ejemplo para otros como también reforzando esa conducta nueva o sobresaliente en relación a su tratamiento.

Otro modo de reforzamiento positivo es mostrar en su página web el antes y después de sus pacientes que lograron su peso ideal .

## Refuerzo Negativo

En otra ocasión la coordinadora le habla en tono un tanto reprochador a una paciente que comentó que fue a una reunión y contó que no se llevó su vianda sabiendo que en el lugar no iba a haber comida que ella pudiera ingerir según su plan de alimentación dando lugar a un incremento de peso. La coordinadora le dice: "... Vos sabías que si no llevabas la vianda te iba a pasar lo que te pasó. Te faltaron recursos para implementar y la próxima vez que vayas a una reunión tenés que pensar en la vianda o aceptar la idea de que te vuelva a pasar lo mismo."

Un caso de refuerzo negativo también se observa cuando los hacen verbalizado el registro de los pesos de una reunión a otra, donde, en el caso de haber aumentado, los pacientes tienen que dar explicaciones de lo sucedido.

También se puede agregar como ejemplo de este tipo de reforzamiento las situaciones en las cuales los coordinadores y hasta sus compañeros interpelaban al paciente que no asistía de forma reiterada tanto a la nutricionista como al grupo.

### 5.4. Identificación

Por ejemplo Pilar que en la entrevista comentó precisamente esto :” si había gente con problemas mucho más heavy que los míos y con muchísimo más sobrepeso que yo que estaba pudiendo lograr todo y tenía una sonrisa gigante en la cara, por qué yo no iba a poder “.

Una paciente comienza el grupo diciendo que se siente más irritada de lo normal, que está más nerviosa. “No sé qué me pasa, no me reconozco”; Otra paciente dice: “A mí me pasa lo mismo que a ella. También me siento más irritable y que estoy cambiando algunas cosas. Antes, por ejemplo, le daba todo a todo el mundo. Ahora aprendí a decir que no a lo que no tengo ganas porque...”

### 5.5 La mirada.

Es común escuchar en los pacientes frases como “no quería salir de casa; me daba vergüenza.”

Otro caso en relación a la mirada del otro se pudo escuchar en un encuentro :  
“Acá es donde se empiezan a desdibujar los roles porque me veo divina pero no puedo habilitarme a llegar al peso que me corresponde y me quedan 3 ó 4 kilos pendientes y a esto se suma que el entorno nos dice que nos vemos mejor y la mirada del otro pesa”

En otra ocasión una paciente nos habla del círculo del cual está inmersa :”Chicos para mí es muy difícil. Desde chica me deje estar, siempre me puse segunda en todo. Hoy lo veo reflejado en mi cuerpo, un cuerpo que me genera vergüenza. Hasta deje de ir a una cita ya pactada porque me mire al espejo y me di asco vergüenza.

Otra paciente en ese encuentro plantea :”Bueno a mi me pasaba que no solamente era algo que yo sentía y pensaba sino que hasta mi familia me decía que coma menos , que como voy a estar así , que nunca iba a conseguir a nadie. Aunque me ayudo a empezar con esto fue algo muy duro de escuchar”

## 5.6. La Imagen Corporal

La coordinadora a una paciente nueva: “¿qué sentís con este peso? ¿Qué te genera este cuerpo? La paciente dice: “Angustia, no me reconozco, me cuesta elegir ropa, no me dan ganas de salir, estoy como más aislada de todos porque estoy mal conmigo misma...” “...Es muy frustrante” .

Como se pudo detectar en la entrevista de Sara :”... me sentía muy disconforme en cuanto a mi cuerpo, como que me sentía incomoda... me acuerdo que me vivía tapando. Pero llego un día que me canse de eso...”

La coordinadora le pregunta a una paciente nueva: “¿Te pesaste hoy? ¿Cuánto estás pesando?” La paciente dice: “peso 90 kilos, nunca había pesado tanto.”

Un paciente dice: “Yo creo que el gordo ocupa más espacio del que le corresponde en el espacio.... muchas veces pasa que los pacientes que ya bajaron, se quedaron con la imagen mental del gordo o viceversa, los que siempre fueron delgados y engordan, se quedan en una imagen mental del delgado y por ejemplo no calculan espacialmente el lugar que ocupan como cuando quieren pasar por lugares chicos o se sientan en sillas chicas...”

María una paciente, en relación al tema planteo:”A mí me costó darme cuenta del tamaño que llegue a tener, sabía que estaba gorda , pero a veces hasta quería sentarme en una silla que lógicamente por mi tamaño no iba a entrar. El intentarlo y no poder es muy frustrante, sumando que todos los que están cerca de ti te miran con lastima.”

### 5.7. La identidad: su reconstrucción

Otro caso de un paciente que plantea : “Yo no puedo creer la diferencia de mi vida ahora a hace un año atrás. Llevo bajados 25 kilos y todos los años me tengo que hacer un control médico y la verdad es que no hay comparación en lo que siento desde lo anímico a la velocidad que tengo ahora para caminar por ejemplo, o subir escaleras, e incluso la mirada hacia el médico es distinta porque siento más esperanza”

María plantea en un encuentro:” El viernes cuando fui a la nutrióloga y me dijo lo que estoy pesando y que no me queda nada para terminar mi descenso no lo pude creer. Llegue a mi casa y caí en cómo me cambio la vida. Antes faltaba a una cita por mi físico, siempre me ponía en segundo lugar. Hoy me valoro, me siento linda, siento que puedo ser y hacer lo que quiera mas allá que nadie me ayude.”

Como tambien sucede todo lo contrario en un inicio del tratamiento : se puede escuchar en su discurso cotidiano que se clasifica como gordo un “soy gordo “constante como algo propio de su identidad.

### 5.8 Conducta adictiva

Una paciente dice en su presentación: “no entiendo como puede ser que quiera dejar de comer y no pueda. Hasta dejé de fumar en su momento, cuando me embaracé, pero esto me cuesta mucho más...”

A otros pacientes se los escucha diciendo “Yo pensaba que era algo que podía controlar, hasta que caía que pasaba de dieta en dieta sin poder mantenerme. Claramente control es lo que me falta.”

Otro caso:”Es muy feo querer cumplir al pie de la letra la dieta y no poder. Veo algo tentador en mi casa y voy a comérmelo.”

Son frases muy escuchadas al inicio del tratamiento.

## 6. CONCLUSIONES

La obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja. Resulta muy importante realizar investigaciones exhaustivas sobre el problema de esta enfermedad ya que a través de la adquisición de un mayor conocimiento se pueden desarrollar planes de tratamiento y estrategias de prevención más eficaces, que posibiliten la disminución de su prevalencia.

Ahora bien a modo de conclusión se intentara responder la pregunta inicial acerca de beneficios de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad.

1) Como primer beneficio se plantea a la adquisición de técnicas o recursos de autocontrol. Mediante las observaciones se pudo detectar que las conductas adictivas hacia la comida pueden ser “frenadas”, mediante técnicas o recursos que se van pasando los pacientes entre sí, o que son enseñados por los coordinadores. Son una serie de mecanismos de evitación frente al objeto adictivo, son ciertos rodeos o demoras que ayudan a suspender los automatismos, a tomar conciencia, a no exponerse a tentaciones y a encontrar apoyo en otras actividades. En términos del discurso de la Institución se trata de tomar “distancia: con la comida, con el exceso. Ser objetivo y recobrar la lucidez.”

El término Distancia, es tomado del Dr. Ravenna (2006) quien sumando otros dos conceptos como el de Medida y Corte, explica:

“...en los grupos se habla del adelgazamiento, pero fundamentalmente se habla de cómo esta manera de ser equilibrado, medido, acotado, achicando la porción, produciendo el corte con la compulsión, teniendo una medida con la comida y tomando distancia entre comidas y de la comida, se empieza a aplicar a todas las situaciones que son pegoteadas y conflictivas, en las cuales todos los seres humanos estamos involucrados. De este modo, se utiliza esto como una forma de generar alivio. La gente se separa de algo a lo cual está muy pegado y queda libre. Entonces, habla mucho, habla bien, piensa diferente, escucha más, tiene mejor humor. Bueno: si eso es lavar la cabeza, yo sí lavo la cabeza.” (Ravenna, 2006)



Estas técnicas tratan de generar un espacio, una posibilidad de espera, entre el deseo inmediato de satisfacer una adicción a través del objeto comida y el acceso automático a la misma. Lo que hacen estas técnicas es poner una distancia entre el sujeto y la comida, permitiendo que el sujeto actúe distinto, que piense y elabore una idea intermediaria entre estos dos elementos que están pegoteados. Esto permite que el sujeto tome conciencia, comience a elaborar otra manera de relación con la comida y logre controlar su conducta adictiva..

En el estudio de Bonnet Serra (2007), comentado al inicio de este trabajo, los niños que estuvieron en la terapia de grupo pudieron participar de charlas en las que se comentaban diversos temas y también se daban consejos sobre tipos de alimentación, formas de cocinar para disminuir la ingesta de calorías, tipos de ejercicios físicos a realizar, etc., siendo esto más beneficioso que la terapia individual sola. Estos consejos, técnicas o recursos, resultan beneficiosos a la hora de ser implementados, ya que el paciente siente que puede “hacer algo” antes de acceder de manera directa y automática al objeto adictivo-comida.

2) Como segundo se puede nombrar a la adquisición de nuevos hábitos no tan solo alimenticios sino de todo tipo .Ya que primeramente se buscara formar ciertos hábitos básicos para luego pueda extrapolarlo a la comida.

Según el centro donde realice las practicas, modificar los hábitos alimentarios es el objetivo principal del tratamiento. Esto lo comparte con otras instituciones similares especializadas en el tratamiento de la obesidad y otros trastornos alimentarios, como por ejemplo la que preside el Dr. Máximo Ravenna, la del Dr. Alberto Cormillot, SAOTA (Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios), etc. Todas las terapias cognitivo conductuales que consideran a la obesidad como una enfermedad, plantean que es necesario trabajar de manera interdisciplinaria produciendo una reeducación de los hábitos alimentarios, con una dieta lo más adaptada posible a la persona y con un debido control médico.

Marta Garaulet Aza , en su trabajo “La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica” dice:

“Desde el punto de vista de la terapia de comportamiento, es importante tener en cuenta el principio básico de este tipo de terapias: ‘Se trata de cambiar hábitos en el paciente y sobre todo de mantener estos cambios a lo largo del tiempo’ En este sentido, cualquier dieta no es útil en el tratamiento conductual, aunque se haya demostrado su eficacia para la pérdida de peso. La idea es educar al paciente en unos hábitos alimentarios correctos que pueda mantener a lo largo de toda una vida.” (Garaulet Aza, 2006)

El aprendizaje de hábitos de conducta incluye también la adquisición de técnicas conductuales que ayudan al paciente a identificar aquellas señales que desencadenan conductas inapropiadas tanto alimentarias como de ejercicio físico. Se entrena al paciente para detectar los estímulos conductuales inapropiados, que lo llevan a las respuestas adictivas. En lugar de estas respuestas, el paciente debe aprender a desarrollar nuevas respuestas ante estas señales de riesgo. Se incluyen técnicas de terapia cognitiva, las cuales trabajan sobre la idea de que los pensamientos afectan directamente a las emociones y como consecuencia a las conductas. Estas técnicas cognitivas tratan de cambiar los pensamientos negativos, por otros positivos que dirijan al paciente hacia conductas adecuadas en su comportamiento alimentario y también que el paciente corrija los pensamientos negativos que se producen cuando no alcanza sus objetivos.

Cabe agregar que se busca también en algunos pacientes la adquisición de hábitos básicos como el levantarse en un horario adecuado , ya que por lo general son pacientes con cierto desorden no solo en la alimentación sino también en toda su rutina diaria. Es necesario tener ciertos hábitos marcados principalmente en la alimentación para el cumplimiento adecuado del plan.

3) Otro beneficio o herramienta que el psicólogo puede utilizar con estos pacientes es el del Aprendizaje por Reforzamiento Positivo o Negativo.

Estos conceptos tomados de Skinner (Zavalla et al., 2005) uno de los psicólogos más influyentes dentro de las teorías del aprendizaje, quien desarrolla lo que en la historia se conoce como Teoría del Condicionamiento Operante; proceso mediante el cual se aumenta o disminuye la probabilidad de dar una respuesta, designado

esto como Reforzamientos. Los mismos, consisten en un estímulo reforzante, que incrementa la posibilidad de un comportamiento, pudiendo ser este negativo o positivo, dependiendo de la relación que el individuo tenga con el medio ambiente. Asimismo, plantea que toda conducta humana es producto de reforzamientos, atribuyendo una importancia fundamental al aprendizaje aplicado a la educación y a la vida diaria.

La efectividad de éste condicionamiento es tal que el sujeto no sólo aprende a responder ante una nueva situación con una conducta que formaba parte de su repertorio anterior, sino que también le puede permitir obtener un nuevo repertorio de conductas. El adjetivo “operante” se emplea para caracterizar este tipo de condicionamiento porque el sujeto interviene u “opera” en el medio, lo modifica y este reobra sobre el organismo: si los resultados de la acción del sujeto son “adecuados” (diríamos: “placenteros”), la conducta se aprenderá, siendo más probable que se emita de nuevo en las mismas circunstancias; si los resultados de la acción no son “adecuados” (son “desagradables”) dicha conducta tenderá a desaparecer del sujeto.

Siguiendo lo expuesto, podemos observar que en este centro en particular se establecen incentivos que no están en relación con los alimentos, como comprar ropa nueva cuando se alcanza algún objetivo definido, un aplauso que reconoce el esfuerzo que realiza el paciente, ser tomado como ejemplo por los coordinadores y compañeros del grupo, etc. Los refuerzos positivos, generan que el individuo oriente su conducta hacia el mantenimiento de los logros. Dentro de los ejemplos citados, el ser tomado por la coordinación como modelo a seguir nos permite hablar de un premio extra aparte del descenso de peso logrado. También como dijo una paciente: “...lo lindo es encontrar la motivación en por ejemplo que el pantalón te queda más suelto , en poder cruzar las piernas en el caso de las mujeres, atarse los cordones, etc. Y quédate con que hiciste bien las cosas que eso es lo importante .” Y no sólo quedarnos con el número que nos devuelve la balanza.

En relación al refuerzo negativo, el mismo puede ser: de evitación, cuando la conducta impide la presencia de un estímulo aversivo, o de escape, cuando la conducta elimina la presencia de un estímulo aversivo. En este sentido, para los pacientes obesos, la conducta de escape o la evitación, tiene que ver con situaciones que resultan estresantes o angustiantes como lo es estar en una fiesta o evento con mucha exposición de comida. Para esto, el sujeto, deberá aprender a utilizar alguna de las técnicas o recursos de autocontrol que vimos anteriormente.

Las intervenciones de los coordinadores que pueden funcionar como refuerzo negativo son los retos, reproches, críticas, señalamientos de repeticiones innecesarias, malas “elecciones” de vida, no haber alcanzado los objetivos en torno al peso, etc. Estas intervenciones multiplican su efecto reforzador negativo, ya que son realizadas en público, frente a los otros miembros del grupo, el sujeto siente que es expuesto frente a sus compañeros, como la conducta que hay que evitar, o el ejemplo que no hay que seguir. Esto provoca una herida en la imagen de sí mismo., el efecto emocional negativo es fuerte, esto busca generar la evitación futura de la misma conducta.

4) En cuando a nuestro cuarto aporte dado por este tipo de terapias se plantea a la identificación. Definida como: “El proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.” (Laplanche y Pontalis, 1971).

En los encuentros, pude observar que las personas se identifican con los compañeros, con cada uno de los coordinadores, con las historias. El grupo sirve como espejo de las propias inquietudes, dificultades y miedos. Observamos que, cuando los pacientes ven los logros de otros, se sienten estimulados a seguir por el mismo camino, fuente de una gran motivación. Como ser la paciente que en la entrevista comento precisamente esto:” si había gente con problemas mucho más heavy que los míos y con muchísimo más sobrepeso que yo que estaba pudiendo lograr todo y tenía una sonrisa gigante en la cara, por qué yo no iba a poder “.

Cuando uno de ellos cuenta una situación conflictiva, los otros también sienten que han pasado por situaciones y sentimientos similares y así van conformando un sentimiento de “nosotros” que ayuda a construir y mantener la pertenencia al grupo, lo cual a su vez lleva a construir una identidad asociada a dicha pertenencia.

También, podemos observar, que el individuo no sólo se reconoce como sujeto sino también como miembro de un grupo con los que está en permanente relación haciendo suyas características de los otros. En este proceso de identificación va tomando conciencia del problema que enfrenta, de las estrategias que puede poner en juego, de que no está solo frente a este problema, de que sus experiencias no son patológicas ni anómalas, etc.

Como miembro de un grupo, va sintiendo que es comprendido y contenido por los otros, quienes empiezan a mostrarse iguales a él. Más aún, la identificación hacia los modelos que se le proponen: como pacientes recuperados, le llevan a adquirir e incorporar nuevas características, nuevas maneras de pensar y de actuar y; de esta manera todo el grupo actúa como un modelo o referente de cambio.

5) En cuanto al tema de la mirada como se juega en el grupo. Cabe destacar que primeramente plantearla como la propia capacidad de percibir a través de la vista, el objeto que se observa es fundamentalmente la comida. Para las personas con obesidad, “mirar la comida” no es algo inocuo porque lo visual juega un papel importante ya que lo que se está viendo dispara directamente el deseo y muchos manifiestan que si no ven, no piensan en comida y por lo tanto, no comen.

Y el otro punto de vista es en relación a la mirada del otro. En la obesidad, la mirada del otro juega una función importante cuando va asociada de otro sentimiento intenso que suele aparecer en los obesos que es la vergüenza, la cual podemos pensarla como como un sentimiento personal pero también tiene un aspecto claramente social. Dice Ravenna (2007): “Por un lado, es una construcción social que nos ubica en relación al grupo humano en el que estamos

inmersos. Existe siempre que aparece la mirada del otro. No hay vergüenza cuando estamos solos porque, en realidad, surge como respuesta espontánea al juicio ajeno.” (...). “Pero por otro lado, es una construcción personal. No todos nos avergonzamos de lo mismo. Cada persona posee su propia escala de valores y determina, en forma inconsciente, cuáles son aquellas cosas que debe ocultar a los demás porque le provocan vergüenza o pudor que salgan a la luz.” (Ravenna, 2007).

Es común escuchar a los pacientes decir que no quieren salir por vergüenza. Esta es la realidad de la persona obesa o con sobrepeso: lidiar continuamente con la mirada de los otros. Por eso, cuando adelgazan es como si volvieran a vivir, porque recuperan autoestima, seguridad y aspectos olvidados tales como gustarse y gustarle a los demás.

En el grupo todos son obesos, todos tienen el problema en mayor o menor medida, siempre va a haber alguno que esté mejor que yo, pero siempre va a haber alguno que esté peor. Es un ámbito donde la mirada del otro no tiene necesariamente el papel amenazador, descalificador, al contrario la supuesta anomalía física se vuelve lo habitual, y por lo tanto el cuerpo obeso es aceptado como lo normal.

- 6) Y otro elemento vinculado a la mirada de este otro es el tema del poder trabajar con la imagen corporal que lo podríamos plantear como el sexto. Nos referimos a la imagen mental que tenemos de nuestro propio cuerpo que es a la vez, una construcción multidimensional porque abarca cómo nos vemos, pensamos, experimentamos y sentimos, pone en juego nuestro tamaño de cuerpo y nuestro peso. Es importante diferenciarlo de la autoestima física que sería el grado en que el sujeto gusta o no de su cuerpo.

En relación a la obesidad, el problema de la imagen mental corporal que tienen las personas obesas es una de las alteraciones psicológicas más frecuentes y generalmente, está relacionada con una baja autoestima, sentimientos de tristeza y dificultades para el funcionamiento psicosocial. En el grupo, puede observarse

que varios de ellos presentan una alta preocupación e insatisfacción por su cuerpo ya que sienten vergüenza por su figura lo que influye sobre la calidad de vida del sujeto y de sus familias. Poseen también sentimientos de culpa por no poder controlar su peso.

En la sociedad actual preocupada excesivamente por la apariencia física, la persona obesa es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, lo cual lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa (Silvestri, Stavile y Hirschmann, 2005).

Las características de esta imagen corporal negativa son: a) preocupación estresante y dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción; b) timidez y vergüenza en situaciones sociales; c) incomodidad y angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas; d) excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación; y e) autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso, sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico, ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas, repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece. Es por esto, que una forma apropiada para trabajar esta enfermedad es la terapia cognitiva-conductual que permite no sólo modificar los hábitos de conducta; sino también los pensamientos negativos asociados en este caso, a la imagen corporal. Finalmente, es preciso aclarar que bajar de peso no debería ser visto como la única o la mejor manera de mejorar la imagen corporal en las personas con obesidad ya que la mejoría lograda exclusivamente con el descenso de peso se pierde al recuperarse el peso perdido. La imagen corporal está en estrecha relación con la autoestima, y ambas deben comprenderse a la luz de la historia y los vínculos afectivos que cada paciente ha experimentado a lo largo de su vida.

- 7) Y ultimo el poder evaluar el tema de la identidad .El paciente obeso se identifica con este “soy gordo” el poder facilitarle el poder sustituir esta afirmación por un “estoy gordo” en este momento .

El proceso que se va desarrollando de la mano de la coordinación, los profesionales y las identificaciones múltiples con los otros miembros del grupo es, en primer lugar, un cuestionamiento o una revisión de las identidades previas, rotuladas por la obesidad y luego un proceso colectivo de reconstrucción grupal de identidades nuevas, relativizando el peso de la obesidad.

Todas estas son tanto herramientas a utilizar como también beneficios dados por la utilización de esta terapia dentro de un tratamiento para la obesidad. Por lo expuesto se puede plantear que son múltiples sus aportes y lo cual repercutirá en el “éxito” del tratamiento.

Es importante destacar que se busca un tipo intervención que apunte a la multiplicidad de factores que se ponen en juego en esta enfermedad y no cayendo en un reduccionismo de este hombre el cual muchas veces se lo toma solo del plano de lo biológico , medico y/o nutricional. Como profesionales de la salud debemos recalcar que es una enfermedad compleja, multifactorial que requiere de un trabajo conjunto y no compartimentado por parte de todos los profesionales a cargo.

#### 8) Conducta Adictiva

Los coordinadores y los pacientes van construyendo representaciones compartidas de la obesidad como una conducta adictiva, por ejemplo: “querer dejar de comer y no poder” .Este discurso va situando al paciente en un lugar de objeto, ya que comienza a ser víctima de una conducta adictiva, de sustancias adictivas y por lo tanto, de una patología adictiva. Se vuelve pasivo frente al estímulo que representa la comida, la comida lo maneja. Una explicación que se encuentra para este papel tan amenazante que tiene “la comida” es que se trata de una adicción que no permite nunca la abstinencia



total, ya que siempre algo hay que ingerir para alimentarse, a diferencia de otras drogas como por ejemplo el tabaco o el alcohol donde se plantea una abstinencia total para el mantenimiento de la sobriedad. En lo expuesto vemos que una paciente dice: “Hasta dejé de fumar en su momento, cuando me embaracé, pero esto me cuesta mucho más...”,

Esto permite entender a la obesidad como una enfermedad que es consecuencia de la adicción a la comida y no como un estado que se podría alterar mediante la voluntad de querer dejar de comer. A partir de esto, los tratamientos se orientan a través de tres pasos sucesivos: en primer lugar ocuparse de los factores químicos (la dieta), en segundo lugar la conducta (cambiar los hábitos alimenticios) y en tercer lugar elaborar el vínculo emocional (con la comida).

El Dr. Máximo Ravenna (2006) dice:

“El comer es adictivo y provoca una enfermedad: la obesidad. Los alimentos, sobre todo las grasas y los hidratos de carbono refinados –azúcar y harina–, producen un efecto de necesidad porque actúan sobre los neurotransmisores cerebrales. Se la ha considerado incluso un mal cerebral, a partir de que se ha ido estudiando el circuito que permite que la comida actúe como una droga. Aclaremos que el comer es adicción, en la mayoría de los casos, porque hay cierto tipo de comidas que son las que abren la puerta para que no se pueda parar. Se entra sonriendo al comer, no adictivamente, y uno se da cuenta de la dependencia cuando quiere salir y no puede; ve que van sucediéndose daños psicológicos, espirituales y físicos, y sigue comiendo. Por lo tanto: ¿qué otra cosa sino una droga es esto? Por lo menos, es una acción-droga (...) Yo sostengo que es un acto adictivo porque, aunque no sea una verdadera adicción, cuando comienza a hacer efecto en el cuerpo la repetición de gran cantidad de comida, y de un cierto tipo de comida sobre ciertas zonas, el organismo se acostumbra a funcionar a base de estímulos o aplacamientos de la serotonina, la dopamina, la adrenalina.” (Ravenna, 2006, 103)

## 7. PROPUESTAS

Para concluir este trabajo quiero no dejar de plantear ciertas propuestas que pude formular a partir de lo observado en mis prácticas profesionales.

Mi primera propuesta tiene que ver con el manejo de las emociones. A mi entender a la hora de realizar un tratamiento para la obesidad es fundamental trabajar esto, que sea un elemento a plantear en estas terapias de grupo y se lo realice en profundidad. Siempre y cuando las condiciones y situación del paciente lo posibiliten. Ya que si partimos del hecho que mediante la terapia de grupo el paciente se identifica con otro que sufre, que le suceden determinadas vicisitudes relacionadas con el tratamiento seria de mucha ayuda a todo el grupo poder tratar problemáticas relacionadas a esto. También teniendo en cuenta que el paciente con estas características tiene una dificultad para el manejo de estas, lo cual tendría sus consecuencias positivas en el tratamiento.

También me parece muy importante y que no lo observe en mis prácticas en la clínica es que es necesario como profesionales de la psicología que se pueda detectar aquellos pacientes que más allá de realizar un tratamiento para su descenso de peso, están gestando una obsesión con este objeto-comida. Donde en ciertas reuniones es más importante el no comer que el compartir con familia o amigos. Tenemos que buscar una forma más sana de relacionarnos con la comida y no que sea esta el centro de atención del día. Es fundamental que el psicólogo a cargo del grupo y del paciente que detecte esto y no fomente este tipo de relaciones con la comida y para esto es necesario un acompañamiento y observación por parte del profesional de forma más meticulosa.

Y como última propuesta, aunque no menos importante, consideraría a los medios masivos de comunicación, ya que son estos los cuales bombardean a sus espectadores con tentadoras propuestas alimentarias. Si bien esta propuesta es ambiciosa, me parece fundamental en tanto afecta de manera notable en la conducta del consumidor, el cual mayormente es el público infantil, que no tiene la posibilidad de discernir que es saludable o no para él; además de influir en el

pensamiento del niño utilizando técnicas de persuasión. Que se pueda poner un tope a estas campañas que fomentan hábitos de alimentación dañinos sería beneficioso. El poder como psicólogos en nuestro quehacer cotidiano consistiría, al menos, en exponer cómo estas propagandas están jugando con nuestra percepción y deseo.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Barreiro, Telma. Trabajos en Grupos: hacia una coordinación facilitadora del grupo sano. Ed. Novedades Educativas, 2005. Buenos Aires.
- Bleger, José. Temas de Psicología (Entrevista y Grupos). Ed. Nueva Visión, 2007. Buenos Aires.
- Cormillot, Alberto. Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot. Ed. Paidós, 2008. Buenos Aires.
- DSM – IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. Ed. Masson. 1995. Buenos Aires.
- Fernández, Ana María y Del Cueto, Ana María. El Dispositivo Grupal. Ed. Búsqueda, 1985. Buenos Aires.
- Garulet Aza, Marta. La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. 2006. España.
- Guillén, Riebeling, Raquel del Socorro .Psicología de la obesidad: esferas de vida, multidisciplina y complejidad, Editorial El Manual Moderno, 2014.
- Laplanche y Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Paidós. 1971. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311
- Ravenna, Máximo. La Medida que Adelgaza. Del exceso tóxico a la porción saludable. Ed. Grupo Zeta, 2007. Buenos Aires
- Ravenna, Máximo. La Telaraña Adictiva. ¿Quién come a quién? Ediciones B, Grupo Zeta, 2006. Buenos Aires.
- Ravenna, Máximo. Una Delgada Línea... entre el exceso y la medida. Ed. Galerna, 2006. Buenos Aires
- Pichón Rivière, Enrique. El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Ed. Nueva Visión, 2008. Buenos Aires
- Sampieri, Fernandez . Metodología de la Investigacion.Ed. Mc Graw Hill,2010. Mexico

- Silvestri, E., Stavile A. y Hirschmann, J. Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario“ Universidad de Favaloro. 2005. Buenos Aires.
- Zavalla, Catherine, Sepúlveda Malka, Passi, Germán y Flores Gustavo. El Condicionamiento Operante de B.F.Skinner. 2005. Buenos Aires.
- Zukerfeld, Rubén. Psicoterapia de la Obesidad. Ed. Letra Viva, 1979. Buenos Aire