



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología**

**El dispositivo grupal en el tratamiento de la  
obesidad**

Nº 373

Karen Jessica Jalif

Tutor: Eduardo Gosende

**Departamento de Investigaciones**  
Mayo 2010



## Agradecimientos

Muy especialmente, a mi tutor el **Lic. Eduardo Gosende**, titular de la cátedra Dinámicas de Grupos en la Universidad de Belgrano, quién logró ganarse toda mi admiración y respeto por sus conocimientos y su capacidad de trabajo. También debo, y quiero, agradecerle su esfuerzo y gran dedicación. Sin él, este trabajo no hubiera sido posible o por lo menos, no con la excelencia con que está hecho.

Al **Sr. Jesús Rodríguez** del área de orientación al estudiante de la Universidad de Belgrano por ser la primer persona en recibirme con todas mis inquietudes y temores. Fue un motivador importante para animarme a realizar este trabajo.

A **María Teresa Reyes**, por haberme escuchado y asignado a mi tutor en su justo conocimiento.

Gracias a **Estilo Vida** (Centro de Adelgazamiento Intensivo) y a su fundadora la **Dra. Patricia Romera**, y a todos los colaboradores de la institución por ser tan buena gente y tratar siempre de mantenernos "sanos". También mi dedicatoria al grupo de la mañana (junto a sus coordinadores) que me han escuchado en cada alegría, cada tristeza, cada emoción y cada tropezón y siempre estuvieron y están a mi lado.

Al **Lic. Guillermo Molina Rus**, principalmente por ser un co-pensador de mi trabajo y también por brindarme toda su información, material bibliográfico y atenderme en cada consulta o duda que me surgía. Sinceramente, muchas gracias.

Con todo mi respeto y cariño, a la **Lic. Karen Eliskovich** quien no sólo me acompaña en cada paso que doy sino que siempre me alienta y estimula de manera positiva.

A **Yanina Melo**, docente de inglés, por realizar el Abstract conmigo y leer mis borradores.

Casi al final, pero no por eso menos importante, todo mi amor y esfuerzo va dedicado a mi familia, a mis amigos y a mi novio. Los amo. Gracias por tanto cariño y paciencia. Sin ustedes, no tendría grupo de pertenencia.

Finalmente, a mí. Por decidirme a comenzar y hacerlo a conciencia.

## Indice

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	6
1. CAPITULO I: TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y OBESIDAD .....	7
1.1 Trastornos Alimentarios.....	7
1.1.1 Anorexia Nerviosa .....	7
1.1.2 Bulimia Nerviosa .....	8
1.1.3 Ingesta Compulsiva (Trastorno por Atracón).....	8
1.1.4 Trastornos Alimentarios No Especificados .....	8
1.2 Obesidad .....	8
1.2.1 Grados de Obesidad .....	9
1.2.2 Tipos de Obesidad .....	10
1.2.3 Etiología de la Obesidad .....	10
1.2.4 La personalidad adictiva de los pacientes obesos .....	11
1.2.5 Curso y Pronóstico de la Obesidad.....	11
1.2.6 Tratamiento de la Obesidad .....	12
2. CAPITULO II: EL DISPOSITIVO GRUPAL.....	15
2.1 Grupo como proceso y momento de una construcción (Sartre).....	15
2.2 Definiciones de Grupos .....	15
2.3 Clasificación de los Grupos .....	16
2.4 Diferentes Tipos de Grupo de acuerdo a su función .....	18
2.4.1 Grupos de Autoayuda .....	18
2.4.2 Grupos de Aprendizaje .....	19
2.4.3 Grupos Terapéuticos.....	21
2.4.4 Grupos Operativos.....	22
2.5.5 Grupos de Reflexión .....	24
2.5 Del Grupo al “Dispositivo Grupal”.....	25
2.5.1 ¿Qué se entiende por Dispositivo?.....	25
2.5.2 El Dispositivo Grupal.....	25
3. CAPITULO III: LOS DISPOSITIVOS GRUPALES EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD .....	28
3.1 Centro de Adelgazamiento Intensivo Estilo Vida.....	29
3.2 Reuniones Grupales en Estilo Vida.....	30
3.3 Análisis de los Datos Observados en las Charlas.....	31
3.3.1 Conducta Adictiva .....	31
3.3.2 Técnicas o Recursos de Autocontrol .....	33
3.3.3 Aprendizaje de Hábitos de Conducta .....	34
3.3.4 Aprendizaje por Refuerzo Positivo y Refuerzo Negativo .....	34
3.3.5 Aprendizaje por Imitación y Repetición .....	36
3.3.6 Manejo de las Emociones.....	37
3.3.7 Identificación.....	38
3.3.8 El Papel de la Mirada.....	38
3.3.9 Imagen Corporal .....	40
3.3.10 Reconstrucciones de Identidad .....	41
3.3.11 Coordinador como Modelo .....	41
3.3.12 Discurso Superyoico o Apuntalado en el Ideal del Yo .....	42
3.3.13 Construcción de un Discurso Supra-científico .....	43
4. Conclusiones Generales .....	45
4.1 Comparación de los Dispositivos Grupales trabajados y los grupos de Estilo Vida .....	45
4.1.1 Grupo de Autoayuda .....	45
4.1.2 Grupo de Aprendizaje .....	46
4.1.3 Grupo Terapéutico .....	46
4.1.4 Grupo Operativo .....	47
4.1.5 Grupo de Reflexión .....	48

---

4.2 ¿Qué tipo de grupos son entonces los Grupos de Estilo Vida? .....	48
5. Bibliografía.....	49
6. Anexos.....	50
Anexo N° 1: Registro de Observaciones realizadas en Estilo Vida.....	50
Anexo N° 2: Ley de Trastornos Alimentarios.....	59

## Resumen

### **El dispositivo grupal en el tratamiento de la obesidad**

En esta tesina se aborda el tratamiento de la Obesidad en el marco de reuniones grupales. Partiendo de una breve descripción de los Trastornos Alimentarios existentes, nos enfocaremos en la obesidad. Presentaremos su definición, clasificación, etiología, curso, pronóstico y fundamentalmente su tratamiento integral a través de un abordaje multidisciplinario. Luego se realiza una revisión bibliográfica respecto del conocimiento existente acerca de los pequeños grupos. Se presentan cinco tipos distintos de Dispositivos Grupales: Grupo de Aprendizaje, Grupo de Autoayuda, Grupo de Reflexión, Grupo Terapéutico y Grupo Operativo. La pregunta que se intenta responder en esta tesina es: cuáles de estos cinco dispositivos grupales se utilizan en el tratamiento de la Obesidad, teniendo en cuenta que el trabajo grupal es un componente muy importante en el tratamiento integral de este problema. En último término y a partir de la observación y descripción de cuatro charlas grupales que se desarrollan en un centro de adelgazamiento intensivo del Gran Buenos Aires se analiza cuál es la modalidad de funcionamiento grupal que tienen estos grupos, detectando si puede incluirse en alguna de las cinco categorías de Dispositivos Grupales mencionados.

## Abstract

### **Different group dynamics in the treatment of obesity**

This thesis analyses the treatment of obesity within group meetings. Departing from a brief description of existent Alimentary Dysfunctions, we will focus on obesity. We will present its definition, classification, etiology, course, prognosis and fundamentally its integral treatment through a multidisciplinary approach. Then a Literature Review regarding the existent knowledge about small groups is carried out. Five different types of Groups will be presented: Learning Group, Self-help Groups, Therapeutic Group, Operative Group and Reflection Group. The key question that this thesis will address is: which of these five types of groups is used in the treatment of the Obesity, bearing in mind that group work is a very important component of integral treatment of this problem. Based on the observation and description of four group discussions, which took place in an intensive weight-loss centre of Great Buenos Aires, their modality of group dynamic is analyzed and characterized, to determine if it can be included in some of the five group categories mentioned above.

## Introducción

La obesidad es la enfermedad metabólica con mayor tasa de prevalencia en el mundo occidental. Tanto es así que en 1997 las OMS (Organización Mundial de la Salud) declaró que la obesidad se había convertido en una epidemia mundial y que representaba una amenaza para la salud. El año pasado fue nombrada como primera causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica entre las patologías susceptibles de prevención. En Argentina, según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud, el 14,6% de la población tiene obesidad, mientras que el 34,5% sobrepeso.

Por lo tanto 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 o al menos el freno de la prevalencia de la obesidad. Según veremos en esta tesina, esta patología posee una multitud de causas posibles que la determinan. En la medida en que su etiología es múltiple y muy diversa, su tratamiento obliga a realizar un abordaje multidisciplinario. Hasta el momento no se ha encontrado un camino único y certero hacia su curación.

En el capítulo I describimos algunas consideraciones generales acerca de los Trastornos Alimentarios para luego abocarnos a la obesidad en su definición, clasificación, pronóstico y tratamiento. En el capítulo II presentamos distintas definiciones sobre Los Grupos. Describimos varios tipos y características de los mismos de manera general, para luego centrarnos en 5 (cinco) clases de Dispositivos Grupales (de Autoayuda, de Aprendizaje, Terapéuticos, Operativos y de Reflexión) que los consideramos propicios por sus características particulares para tratar la problemática planteada de la obesidad.

El capítulo III se centrará en analizar el papel que tienen las reuniones grupales que se hacen con los pacientes obesos. El marco del tratamiento de la Obesidad debe ser integral e interdisciplinario involucrando a varios profesionales de la salud. Para esto presentaremos y expondremos las categorías fundamentales

que surgen del análisis de cuatro observaciones realizadas en un Centro de Adelgazamiento Intensivo en Castelar con la finalidad de determinar si la modalidad de trabajo observada puede incluirse en alguno de los 5 dispositivos grupales mencionados mas arriba, o caso contrario, describir que características particulares y específicas posee el acontecer grupal en la institución mencionada.

## Capítulo I. Trastornos alimentarios y obesidad

“Es un solo paso, un simple movimiento el que lleva de la dirección correcta a un destino no deseado. A la vez, es el mismo paso el que permite salir de ese estado para entrar en uno opuesto, lleno de expectativas, futuro y bienestar.”  
Dr. Máximo Ravenna

### 1.1 Trastornos Alimentarios

Los trastornos alimentarios son enfermedades crónicas y progresivas y dado que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, el DSM-IV<sup>1</sup> 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<sup>2</sup> 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<sup>3</sup> 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.

#### 1.1.1 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 introversa 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.)

1. El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

2. El DSM-IV aclara que el término de *Trastornos Mentales* implica, desafortunadamente, una distinción entre éstos y los *Trastornos Físicos*. Los conocimientos actuales indican que hay mucho de *físico* en los trastornos mentales y mucho de *mental* en los trastornos físicos pero lamentablemente, el término aún persiste ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

3. La OMS (Organización Mundial de la Salud) es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

### 1.1.2 Bulimia Nerviosa

Son pacientes que ingieren grandes cantidades de comida, que contienen muchas calorías y acostumburan 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.

### 1.1.3 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).

### 1.1.4 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. 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. 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.

## 1.2 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”. La define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud psico-física del individuo.

La obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza (Ravenna, 2006). 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.

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo: aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos. Además, calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

**1.2.1 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<sup>4</sup> o Índice de Quételec (en homenaje a Lambert Adolphe Jacques Quételec, matemático, fallecido en 1874) que nos permite determinar el grado de obesidad.

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 (Ravenna, 2006). La fórmula s

Ejemplo: Si la persona mide 1.75mts; y pesa 76 kilos, tendría un índice de masa corporal de 24.83.

$$IMC = \frac{\text{Peso (en Kgs.)}}{\text{Altura}^2 \text{ (en mts.)}} = \frac{76}{1.75 \times 1.75} = 24.83$$

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

RESULTADO DEL IMC	TIPO DE PESO
Por debajo de 18,5.....	Menor que el normal
18,5 – 23,00.....	Normal en Mujeres
22,00 – 24,9.....	Normal en varones (mayor contextura ósea y masa muscular)
25,0 – 29,9.....	Sobrepeso
30,0 ó mayor.....	Obesidad

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.” (Ravenna, 2007, Pág. 29)

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)

4. El Índice de Masa Corporal (IMC) es un índice de peso de una persona en relación con su altura. Aunque no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total, éste es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.

La Obesidad, a su vez, puede dividirse en tres categorías de acuerdo con los rangos del IMC:

RESULTADO DEL IMC.....	TIPO DE OBESIDAD	Sobrepeso
30,0 – 34,9.....	I	15 a 35
35,0 – 39,9.....	II	35 a 50
40,0 – 49,9.....	III (Hiperobesidad mórbida)	50 a 80
49,9 o más .....	IV (Superobesidad mórbida)	80 a más

### 1.2.2 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 que consideremos: Según la etiología, morfología del tejido adiposo, movilidad y distribución de la grasa. (Ravenna, 2006)

**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.

### 1.2.3 Etiología de la Obesidad

En las causas de la obesidad vemos un complejo cruzamiento de factores bioquímicos, metabólicos, conductuales y genéticos que, a la vez, son imposibles de desligar del 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, 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. (Ravenna, 2006)

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. 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.

#### 1.2.4 La personalidad adictiva de los 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”. La etimología de la palabra 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. (Ravenna, 2006)

El Dr. Ravenna (2006) expresa 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, Pág. 78) 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, Pág. 80)

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 (1979) 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. 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 (...) Las variaciones también dependen de que el paciente esté o no en tratamiento, pero *siempre* pueden definirse utilizando dos términos: avidez y descontrol. No hay conciencia de enfermedad y poca conciencia de situación.

2) *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, Pág. 45 y 46)

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.

2) *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, Pág. 47 y 48)

#### 1.2.5 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.

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)

La obesidad se asocia con un alto riesgo de padecer mayor vulnerabilidad 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” (ver Anexo 2).

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 los dispositivos 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 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.

### 1.2.6 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 multidisciplinario 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. Es 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, definido como una pérdida de peso suficiente seguida de un período prolongado en que no se recupera el peso perdido, es bajo.

Deben intervenir profesionales de diferentes especialidades para corregir la parte orgánica y psicológica por lo que es recomendable realizar un abordaje multidisciplinario teniendo 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 comi-

da que puede a su vez ser extrapolado a cualquier otro exceso. Veamos en qué consiste un tratamiento integral multidisciplinario.

*Desde el 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. Dentro de las 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. *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. (Cormillot, 2008)

*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.

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. En el mismo, se seleccionaron 50 pacientes obesos, y en todos ellos, tras la revisión de la dieta se introdujeron modificaciones para disminuir la ingesta calórica. Los niños fueron divididos en dos grupos iguales y con un grupo se hizo terapia individual y con el otro se hizo terapia grupal. Cada uno de los dos grupos era de entre 10 y 15 niños que se reunían mensualmente. En las sesiones de la terapia grupal, se comentaron temas nutricionales y formas de incrementar la actividad física. Además se dio un premio al niño que conseguía mejorar sus hábitos y perdía peso. Luego de dos años se comparó la diferencia entre el índice de masa corporal (IMC) al inicio del tratamiento y durante el mismo, que se daba en termino medio en cada uno de los dos grupos.

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, Pág. 95) 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, Pág. 100). 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, Pág. 100)

El objetivo final del tratamiento, es el mantenimiento a largo plazo de los logros conseguidos para lo cual es necesario aclarar la diferencia entre *caída*, *recaída* y *pérdida total* de lo conseguido. Las *caídas* son transgresiones concretas inevitables (ej: tomar más calorías de lo previsto en alguna ocasión), se ha de procurar tener las menos posibles, pero lo más importante es intentar evitar actitudes negativas ante ellas, pues dichas actitudes sólo sirven para provocar una *recaída* la cual supone abandonar los hábitos alimenticios y de ejercicio adquiridos, de manera que se aumente de peso. Si éste llega a ser igual o superior al del principio del tratamiento entonces hablamos de *Pérdida total* de lo conseguido.

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. **CAPITULO II**

## El dispositivo grupal

“Con tu puedo y con mi quiero, vamos juntos compañero”  
Mario Benedetti

### 2.1 Grupo como proceso y momento de una construcción (Sartre)

Hay conglomerados humanos que claramente no son un grupo (como por ejemplo, un conjunto de desconocidos que esperan en una fila sin tener ningún tipo de intercambio o comunicación o si lo hay es de manera circunstancial), hay otros agrupamientos que con toda certidumbre constituyen un grupo (por ejemplo, los amigos de la adolescencia) y también hay una zona de penumbra donde aparecen situaciones que no sabríamos cómo encuadrar o situaciones que no comienzan siendo un grupo pero que producen fenómenos o situaciones grupales.

Sartre en su trabajo *Crítica de la razón dialéctica* (1960) es uno de los pensadores que realiza una distinción entre aglomeración y grupo donde dice: “Los grupos no están dados: provienen de una aglomeración y corren el riesgo de recaer en ella” (Anzieu, 1982, Pág. 35) y además agrega:

“...el grupo se constituye contra la serie. La vida de los grupos está hecha de una permanente tensión entre estos dos polos extremos. Por lo tanto, será esta tensión la que constituya el motor de la dialéctica de los grupos.” (Del Cueto y Fernández, 1985, Pág. 22)

Es decir, que para devenir en grupo tendrá que llevarse a cabo una transformación que implica que el interés que los miembros tienen en común sea lo suficientemente potente como para que ellos lo interioricen y tomen conciencia de él y para transformar este interés *en* común en interés común. El grupo naciente, entonces, según Sartre, nace contra la serialidad, frente al tedio e inercia de la simple aglomeración y es un grupo “en fusión”, un conjunto homogéneo y amorfo en donde el hecho de ser para los demás un extraño desaparece por la acción común.

### 2.2 Definiciones de Grupos

Una definición del término grupo, nos fue ofrecida muchos años atrás por uno de los fundadores de la sociología americana, Albion Small, quien en su trabajo de 1905 diría:

“El término *grupo* es una designación sociológica conveniente para indicar cualquier número de personas, grande o pequeño, entre las cuales se han establecido tales relaciones que sólo se puede imaginar a aquéllas como un conjunto... un número de personas cuyas relaciones mutuas son tan importantes como para que demanden nuestra atención.” (Olmsted, 1981, Pág. 16)

Esta concepción no distingue entre una multitud, una familia, una clase social o un sindicato sino que en su primer párrafo se asemeja más al agrupamiento del que hablábamos antes. Para hacer el término funcional fue necesario distinguir que ni la proximidad física ni el interés común constituyen un grupo ya que el mismo será definido como una pluralidad de individuos que se hallan en contacto los unos con los otros, que tienen en cuenta la existencia de unos y otros, y que tienen conciencia de cierto elemento común de importancia (Olmsted, 1981).

Durkheim (Anzieu, 1982) fundador de la escuela sociológica francesa, echa una teoría del grupo a fines del siglo XIX donde define al grupo social como algo más que la suma de sus miembros, es decir, como una totalidad.

Pero es Sartre, siguiendo la línea francesa, quien amplía este concepto y define al grupo como “una totalización en proceso” que siempre debe recomenzar el movimiento para salir de la aglomeración logrando generar “estructuras” de grupo que modifiquen las anteriores y así buscar nuevos objetivos a seguir, lo que constituye la esencia misma de la dialéctica. Y agrega: “Si el grupo sobrevive a esta fase de organización, se instala en otro género de existencia. Ya no es un grupo efímero, sino un grupo de institución.” (Anzieu, 1982, Pág. 38)

Asimismo, Kurt Lewin (Maisonneuve, 2003), define al grupo, no por la simple proximidad o semejanza de sus miembros, sino como un conjunto de personas interdependientes:

“En ese sentido, constituye verdaderamente un organismo, y no un conglomerado, una colección de individuos que puede ser caracterizado como un *todo dinámico* lo que significa que un cambio en el estado de una de las partes modifica el estado de cualquier otra parte.” (Maisonneuve, 2003, Pág. 18)

Son muchos los autores que han abordado el fenómeno grupal por lo que no es posible mostrar aquí todas las definiciones que ellos proponen. Por otro lado, no consideramos que haya que adoptar una única definición teórica, sino más bien tratar de dar cuenta de la singularidad de lo grupal en cada caso en que se vaya a estudiar. En este sentido coincidimos con Del Cueto y Fernández (1985): “... una eventual teoría en los Grupos no ha podido constituir su objeto teórico, ni podrá, dadas las características específicas de los *acontecimientos* de los que deberá dar cuenta.” (Del Cueto y Fernández, 1985, Pág. 15).

Al final de este capítulo se presentará el concepto de Dispositivo Grupal que en cierta medida pretende solucionar esta dificultad.

### 2.3 Clasificación de los Grupos

Si bien los sistemas de clasificación no siempre están de acuerdo en los detalles, ninguno deja de considerar que los grupos desempeñan una parte muy significativa en los asuntos humanos.

No hay una única forma de clasificar un grupo; al contrario. A continuación, se enumeran los criterios más habituales siguiendo principalmente las clasificaciones que nos otorga Domínguez (2006).

<b>Clasificación de los grupos según la cantidad de miembros</b>	
<b>Pequeño</b>	<b>Grande</b>
Desde 2 a 25 personas	Desde 26 a 50 personas

Hay que considerar que a medida que aumenta el tamaño del grupo, disminuye la participación verbal de cada uno de los miembros del grupo. Las inhibiciones aumentan y a medida que aumenta el tamaño, hay que tomar en cuenta un mayor número de puntos de vista diferentes. El tamaño del grupo es muy importante para la forma en que opera, y, finalmente, en su desempeño. El tamaño óptimo de un grupo va en relación con alguna tarea específica.

<b>Clasificación de los grupos según el grado de implicación personal</b>	
<b>Grupos Primarios</b>	<b>Grupos Secundarios</b>
<p>Se caracterizan por asociación y cooperación íntimas y cara a cara. El resultado de la asociación íntima es, psicológicamente, la fusión de distintos individuos en un todo común, de manera tal que cada ser –por lo menos para muchos objetivos- constituye él mismo la vida común y el objetivo del grupo. Brinda la sensación de un “nosotros”.</p> <p>Los grupos primarios son primarios en el sentido de que ofrecen al individuo su primera y más completa experiencia de la unidad social, y también en el sentido de que no cambian en el mismo grado que relaciones más complicadas, sino que constituyen una fuente permanente de la cual las otras surgen continuamente.</p> <p>Los miembros se hallan ligados unos a otros por lazos emocionales cálidos, íntimos y “personales”; poseen una solidaridad inconsciente basada más en el sentimiento que en el cálculo. Tales grupos pertenecen generalmente a la clase de grupos pequeños, de contacto directo, espontáneos en su conducta interpersonal, y orientados, aunque no necesariamente en forma explícita, hacia fines mutuos o comunes.</p>	<p>Se oponen pero en parte también complementan las características los grupos primarios. Las relaciones entre los miembros son “frías”, impersonales, racionales, contractuales y formales. Los individuos participan no como personalidades totales, sino sólo con relación a capacidades especiales y delimitadas; el grupo no es un fin en sí mismo, sino un medio para otros fines.</p> <p>Los grupos secundarios son típicamente, más numerosos, y los miembros tienen entre ellos sólo contactos intermitentes, a menudo indirectamente a través de medios gráficos más bien que de medios orales. Las relaciones entre sus miembros son relativamente interdependientes y formalizadas. El individuo no se interesa por los demás en cuanto a su aspecto personal, sino como funcionarios que desempeñan un rol. El control que se aplica es formal, es decir, hay reglamentaciones que establecen normas y sanciones. Son un sistema social que funciona regido por instituciones, dentro de un segmento particular de realidad social.</p>

Todo grupo secundario dependiendo de la interacción y el tiempo de duración se puede volver primario si los integrantes desarrollan, como se ha explicado anteriormente, interacciones de calidad. Debe quedar claro que la mayoría de los grupos primarios son pequeños, pero no todos los grupos pequeños son primarios por lo tanto, *pequeño* y *primario* no son términos exactamente equivalentes ni intercambiables dado que el primero alude al número de miembros mientras que el segundo hace alusión a la relación entre los individuos que lo conforman.



<b>Clasificación de los grupos según la inclusión o no de los individuos</b>	
<b>Grupo de Pertenencia</b>	<b>Grupo de referencia</b>
<p>El término pertenencia hace referencia al reconocimiento como miembro de ese grupo que tiene el individuo. En este caso, es el grupo al que pertenece el individuo o del cual forma parte. Generalmente, este grupo ejerce presión sobre sus miembros a fin de que tengan comportamientos ajustados a sus normas.</p>	<p>Es el grupo al cual tiende a pertenecer el individuo, al que aspira o el que constituye su ideal. En este caso, el comportamiento del grupo será tomado como una norma de conducta. La dinámica de los grupos es determinante, ya que el individuo adecua su conducta positivamente o negativamente a los grupos a los cuales quiere pertenecer o diferenciarse. Es decir tenemos dos tipos de grupos de referencia: los de referencia positiva para el individuo, que provocan la adecuación de las conductas o comportamientos a la del grupo y; los de referencia negativa para el individuo, que provocan la diferenciación de las conductas a la del grupo</p>

<b>Clasificación de los grupos según su origen</b>	
<b>Grupos Naturales</b>	<b>Grupos Convocados Ad-Hoc</b>
<p>Se constituyen <i>naturalmente</i>, por el desarrollo o devenir de la dinámica social misma. Están destinados a satisfacer necesidades propias de los individuos pero también de la sociedad y la cultura, surgen como expresión de diversas instituciones sociales y son una formación indispensable para su supervivencia, reproducción y mantenimiento. Ejemplos de éstos, entre otros, la familia, el grupo laboral, el grupo del aula del colegio y el grupo de amigos. Son formados autónomamente por necesidades psicológicas de sus integrantes y en las que no intervienen fuerzas externas.</p>	<p>También se los suele llamar <b>grupos no naturales o no voluntarios</b>. Son grupos (o, en ocasiones, sólo instancias o formaciones grupales circunstanciales) que se convocan y surgen como producto de una decisión voluntaria (institucional o personal) para promover específicamente una actividad o trabajo colectivo determinado. Se constituyen a partir de una convocatoria expresa, para cumplir con ciertos objetivos específicos. Una característica de estos grupos, es que se reúnen para hacer algo, en un espacio y un tiempo determinado y acotado, con un cierto encuadre; adoptan determinada estructura generalmente expresa y se prevé ciertas formas de intervención e interacción entre sus miembros.</p>

Barreiro (2005) considera que tanto en los grupos naturales como en los grupos ad-hoc puede haber casos en que la pertenencia sea optativa y casos en que sea obligada, pero independientemente de esto, es necesario destacar que en el caso de los grupos ad-hoc existe una voluntad o decisión (de alguno o algunos, sean o no los propios participantes) de utilizar y pautar una situación grupal como recurso o instancia para lograr ciertos objetivos o cumplir determinadas tareas.

## 2.4 Diferentes Tipos de Grupo de acuerdo a su función

Como lo adelantáramos en el Proyecto de Tesina, vamos a trabajar solamente sobre 5 clases de grupos que con sus características particulares se consideran apropiados para el tratamiento de esta patología a sabiendas de que existen muchos otros que también pueden resultar eficaces pero que no serán considerados en este trabajo ya que nos resultaría imposible describirlos a todos.

### 2.4.1 Grupos de Autoayuda

Los grupos de autoayuda son organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. En muchos casos, dichos problemas han sido estigmatizados por la sociedad más amplia y los grupos son iniciados por personas que invitan a otras a encontrarse en forma periódica y frecuente para discutir su problema común y buscar formas de resolverlo o de manejarlo de la mejor manera posible. Lo más usual es que estos encuentros se realicen en lugares públicos como iglesias, escuelas o locales privados ad hoc. Aunque para su funcionamiento es esencial conservar amplia autonomía local, en algunos casos los distintos grupos con tema semejante llegan a organizarse en ligas o federaciones que llegan a tener, como sucede con Alcohólicos Anónimos, extensión nacional e internacional. La mayoría son asociaciones no lucrativas. A partir de los años setenta este tipo de organizaciones se ha multiplicado de manera muy notable en todo el mundo, especialmente en el campo de los cuidados para la salud.

Los grupos de autoayuda, suponen un vínculo social en el que la gente establece relaciones entre sí. Esta situación, supone una estrategia de intervención centrada en el apoyo social donde se tiene por objetivo consolidar, ampliar y complementar la red social del individuo que atraviesa alguna dificultad y/o problema y que no recibe apoyo o el mismo no es adecuado.

De acuerdo con Lieberman (1996), una importante figura en el ámbito de la investigación de los grupos de autoayuda:

“Los grupos de autoayuda son entidades complejas. Crean experiencias –como la inculcación de la esperanza, el desarrollo de la comprensión, y la experiencia de sentirse amado- que se pretende sean terapéuticos. Son igualmente sistemas de reestructuración cognitiva con una ideología elaborada sobre la causa y las fuentes de las dificultades y de cómo los miembros deben analizar sus dilemas para obtener una ayuda.” (Lieberman, 1996, Pág.322)

Estas relaciones se dan cara a cara, donde las personas necesitan compartir tópicos y sentimientos que como consecuencia, conllevan a generar un *sentimiento de pertenencia* que a su vez, crea un alto nivel de cohesión y proporciona la motivación para permanecer al grupo y trabajar con los otros miembros. Los grupos unidos ofrecen una aceptación casi incondicional y proporcionan una atmósfera de apoyo, para compartir material personal y expresar emociones, que puede desde la perspectiva de los participantes, ser difícil de hacer entre extraños. Otro factor que crea un alto sentido de pertenencia es la percepción de un estado de marginación en la sociedad, que fortalece el sentimiento de un *nosotros* e incluso marca un límite agudo entre el *ellos* y el *nosotros*. Lieberman (1996), encontró que todos los tipos de grupos de autoayuda tienen el denominador común de ser un conjunto de personas con grandes necesidades personales, entre ellas la de compartir su dolor en público.

En base a lo expuesto, para Lieberman (1996), tales grupos comparten tres elementos básicos:

“la *intensidad* de la necesidad expresada por la gente que se une a ellos; el requerimiento de *compartir algo personal*, no importa lo banal que esto sea; y la *similitud de su sufrimiento*, tanto si es real como si es imaginada” y más adelante amplía diciendo: “El grupo con frecuencia toma las características de un grupo primario: llega a ser como una familia y sirve como un nuevo grupo de referencia. Tales condiciones de grupo dan a los miembros un sentimiento de apoyo, aceptación y normalización de las aflicciones que perciben. El aprieto o problema común, induce al sentimiento de que los participantes pueden entenderse y ayudarse unos a otros.” (Lieberman, 1996, Págs. 322 y 323)

En su trabajo de “Los Grupos de Autoayuda como Estrategia de Intervención en el Apoyo Social”, Domenech López (1998) describe una serie características particulares que tienen estos tipos de grupos, a saber:

- a) Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes a pesar de las numerosas diferencias individuales. Se considera que entre las principales características, se encuentra el hecho de que quien provee ayuda comparte el mismo problema con quien recibe esa ayuda y también se comparten sentimientos similares acerca de ese problema;
- b) El grupo proporciona apoyo emocional, entendido como el hecho de saber acompañar y entender a otro miembro del grupo que padece un problema a que se ajuste a esa situación o bien a cambiarla;
- c) Se intercambia información, consejo y educación, que ayuda a las personas a mejorar su capacidad de afrontamiento. Al estar formados por personas en distintas fases del manejo de su problema, los

miembros nuevos pueden beneficiarse y obtener información de otros miembros que han superado ya los primeros pasos;

- d) En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva. Por un lado, el grupo proporciona a sus miembros una razón y una lógica a sus problemas o fuentes de estrés, así como una forma para manejar esos problemas. En este sentido, en el grupo se amplía el rango de percepciones alternativas de los problemas y de las acciones disponibles para manejarlos. Por otro lado, el grupo apoya el cambio. De esta forma, al considerar los problemas desde una perspectiva distinta, y al adoptar formas nuevas y más efectivas de afrontamiento, la persona comienza a percibirse como un individuo capaz de manejar las circunstancias que le rodean, incrementándose, así, los sentimientos de valía personal;
- e) El grupo cumple funciones de socialización aunque, no es su principal objetivo;
- f) Las acciones se realizan conjuntamente, por lo que en las actividades colectivas del grupo, se espera que cada miembro participe, según sus posibilidades, y no sea mero receptor tal y como ocurre en otros grupos.
- g) El grupo promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima. Tal y como veíamos antes, la adquisición de información, el cambio en las percepciones, la utilización de la propia experiencia para ayudar a los miembros del grupo, y las demás características que hemos nombrado ayudan a los miembros del grupo a reforzar la imagen que poseen de ellos mismos. Es decir, proporcionan a sus miembros, una amplia variedad de información sobre cómo otros (que se suponen bajo la misma situación) sienten, piensan, creen y se comportan (...) Cuando un miembro del grupo describe sus acciones o emociones como raras o anormales, los otros miembros tratan de hacer ver que esa conducta es normal.” (Domenech López, 1998, Págs. 183-185)

Para Lieberman (1996), aparte de los elementos básicos mencionados anteriormente, las características importantes a destacar de este tipo de grupos, son: el fuerte compromiso de unos con otros donde en algunos casos, este sentimiento mutuo es el dogma central de su ideología (como en el caso de Alcohólicos Anónimos) y para otros, tal vínculo puede no estar explícito; otra característica es la creencia de los miembros de que no existen alternativas viables frente al tipo de ayuda que pueden obtener fuera de este grupo. La ayuda sólo puede venir de un único grupo de participantes que comparten un problema o destino común (lo que habla de un sitio único) y por último, una característica común es la necesidad de apoyarse en el altruismo aunque no se pueda afirmar que esta sea la base para todos los miembros.

Sin embargo, los estudios empíricos acerca de la efectividad de los grupos de autoayuda cuentan con una breve historia y son todavía relativamente escasos. De acuerdo con Lieberman (1996), un problema que contribuye a esta escasez de estudios bien controlados es el conjunto de problemas que los investigadores deben enfrentar en el diseño de investigaciones sobre la efectividad de los grupos de autoayuda. Las organizaciones de autoayuda, no se encuentran bajo el control de los investigadores, y los métodos tradicionales para la evaluación son en general inadecuados para la evaluación de este tipo de grupos. Las características de los grupos de autoayuda plantean, además, retos únicos a los estudios de evaluación. Entre estas características se encuentran, por ejemplo, el cambio constante de miembros, la autoselección de los miembros del grupo, la ausencia de un período predeterminado de participación en el grupo, la ausencia en numerosas ocasiones de un programa determinado, el cambio de actividades, distintos niveles de participación en el programa, etc. La asignación por azar a las condiciones de intervención y de control resulta prácticamente imposible en los grupos de autoayuda y resulta particularmente difícil obtener un grupo de comparación adecuado. Además, el modelo de autoayuda se caracteriza por su gran flexibilidad y resulta difícil realizar generalizaciones aplicables a otros grupos con diferentes programas y dirigidos a diferentes poblaciones.

Como concluye Lieberman (1996), estos problemas metodológicos y de diseño no deberían negar la posibilidad de la evaluación del impacto de los grupos de autoayuda. Más bien, las anteriores consideraciones deberían alertar sobre el estado actual del conocimiento y sobre el hecho de que la investigación empírica de calidad, debido a la naturaleza de estos grupos, debería presentar características diferentes de la evaluación tradicional.

#### **2.4.2 Grupos de Aprendizaje**

Los grupos de aprendizaje, si bien poseen su mayor relevancia en las aulas de estudio y los trabajos se realizan en base a maestros y alumnos ó profesores y estudiantes, pueden ser aplicados a cualquier grupo humano. Exley y Dennick (2007) definen al grupo de aprendizaje como: “grupos que se reúnen para aprender de manera que todos los miembros de un grupo se apoyan en los demás para aprender, al mismo tiempo que cada uno presta ayuda a los otros.” (Exley y Dennick, 2007, Pág. 9)

De acuerdo a Barón (2005) se llama Grupo de Aprendizaje al conjunto de personas que interactúan entre sí en torno a una serie de objetivos de aprendizaje, y se vinculan en un tiempo y un espacio compartidos.

Podemos distinguir dos procesos diferentes que pueden suceder en este tipo de grupos: A) *Aprendizaje individual en grupo*: los miembros del grupo buscan adquirir algunos conocimientos, habilidades o actitudes y el grupo será el vehículo para lograrlo. El grupo es un medio y no un fin en sí mismo. La dinámica del grupo girará en función del aprendizaje individual. Por ejemplo: un grupo de aprendizaje de idioma, un grupo para aprender computación, un seminario sobre contabilidad y finanzas. B) *Aprendizaje grupal*, donde el grupo cumple una función central. El grupo no es solo un medio sino un fin en sí mismo. La cooperación, la creación de conocimientos compartidos, la reflexión grupal y la dinámica del grupo son parte del aprendizaje buscado, junto con los otros contenidos que dieron origen al grupo de aprendizaje. Por ejemplo: un equipo de trabajo que realiza una jornada sobre cambio organizacional.

Pichón Rivière (1981) sostiene que los grupos operativos, e incluso que todos los grupos, en la medida que puedan abordar adecuadamente su tarea, y realizar una praxis transformadora, son *grupos de aprendizaje*. En el grupo operativo, por ejemplo, se van abordando y resolviendo los obstáculos externos e internos que dificultan el aprendizaje. En este caso se entiende por aprendizaje la posibilidad de abordar un objeto de conocimiento, apoderarse instrumentalmente, para poder operar con él, disolviendo las resistencias al cambio que se consideran siempre presentes.

Otra terminología que suele utilizarse es el de *aprendizaje cooperativo* (González Fernández y García Ruiz, 2007) el cual es una forma de trabajo que se utiliza en la educación y que se enmarca dentro de las distintas formas de trabajo en grupo. Se caracteriza como una metodología activa y experiencial dentro de un modelo interaccionista de enseñanza/aprendizaje. El aprendizaje cooperativo utiliza pequeños grupos de trabajo, generalmente de 3 a 5 personas seleccionadas de forma intencional. Permite a los alumnos trabajar juntos en la consecución de las tareas que el profesor asigna para optimizar o maximizar su propio aprendizaje y el de los otros miembros del grupo. El rol del profesor no se limita a observar el trabajo de los grupos sino a supervisar activamente (no directivamente) el proceso de construcción y transformación del conocimiento, así como las interacciones de los miembros de los distintos grupos.

El concepto de aprendizaje grupal es una alternativa a la educación tradicional. Para que se produzca el aprendizaje grupal no es suficiente la existencia del grupo, sino que es importante establecer una relación particular entre éste y el objeto de estudio, en un proceso dinámico de interacciones y transformaciones donde las situaciones nuevas se integran a las ya conocidas, que involucran a la totalidad del grupo, tanto en los aspectos cognitivos como afectivos y socioculturales.

No debemos dejar de tener en cuenta que el trabajo en grupo no debe tener por objetivo la perfección de las actividades sino guiar al individuo para obtener en él un progreso personal. Desde este enfoque el aprendizaje es definido como la modificación más o menos estable de pautas de conducta, entendiendo por conducta todas las modificaciones del ser humano, sea cual fuere el área en que aparezcan (Bleger, 2007).

El enfoque de los grupos de aprendizaje entiende a la conducta humana, como una conducta molar porque es una acción total y globalizadora dentro de un contexto de relaciones, e implica el análisis del sujeto, el objeto y el vínculo establecido entre ambos. También es imprescindible enmarcar y analizar la conducta en la historia personal del sujeto (familia, escuela, experiencia, trabajo, etc.). Se conceptualiza al proceso de aprendizaje como una situación donde se generan vínculos específicos entre quienes participan en él (docentes, alumnos) a partir de una situación de problematización y transformación de la práctica educativa. Enseñar y aprender se conciben como el acto de adquirir, indagar o investigar, caracterizando así la unidad de enseñar-aprender como una continua experiencia de aprendizaje en espiral, donde en un clima de plena interacción, maestro y alumno o grupo indagan, se descubren o redescubren, aprenden y enseñan (Pichón Rivière, 1981).

En esta propuesta el proceso de aprendizaje no acepta la disociación entre teoría y práctica del acto educativo. Un aprendizaje logrado exige la eliminación de esta disociación de enseñar - aprender y; el consiguiente enriquecimiento de la tarea con lo que se piensa y de pensar lo que se hace (Bleger, 2007). Esta perspectiva grupal implica la construcción colectiva del conocimiento a dos niveles: el aprendizaje de los contenidos y el aprendizaje de las relaciones. Este conocimiento tiene como finalidad la acción del sujeto, el desarrollo de su conciencia y la transformación de la realidad.

En la situación grupal todos aprenden de todos y fundamentalmente de aquello que realizan en conjunto. Es una experiencia múltiple, pues el individuo no sólo adquiere aprendizajes intelectuales relacionados con el objeto de conocimiento, sino que tiene la oportunidad de sostener una confrontación de sus esquemas referenciales, realizándose así dos saberes: Individual y social. El esquema referencial se define como el conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y actúa, por lo cual la confrontación de los esquemas grupales es indispensable para la construcción del conocimiento. La vivencia del aprendizaje grupal permite al sujeto aprender a pensar, como un instrumento para indagar y actuar en la realidad, reasociando el pensamiento con la emoción y la acción. La noción de aprendizaje

grupal implica la perspectiva de la construcción social del conocimiento, en la cual la participación de los alumnos converge en la problematización de la realidad, a través del desarrollo del pensamiento crítico, como un proceso de solución común a los problemas que se le plantean en el aula.

### 2.4.3 Grupos Terapéuticos

Barreiro (2005) los define como grupos centrados en la terapia psicológica. Su objeto principal es la curación de distintas formas de malestar psíquico, distintas formas de neurosis que puedan aquejar a sus miembros, quienes acuden al grupo para superar sus dificultades. Forma parte de un proceso terapéutico y se desarrolla bajo la dirección de un profesional (o un equipo de profesionales especializados). Se procura promover la toma de conciencia de los procesos psíquicos individuales subyacentes, así como de aspectos vinculares que inciden en (y se encuentran entrelazados con) estos procesos, estimulando así cambios que tienden a restablecer o fortalecer la salud mental. Requieren el uso de recursos técnicas especiales, que permiten “movilizar” o interesar zonas profundas de la personalidad que normalmente se encuentran ocultas. Estas técnicas dependen en gran parte del marco teórico dentro del cual se encuadre la terapia: psicoanalítico, gestáltico, sistémico, transaccional, etc.

El grupo terapéutico se diferencia de otros grupos porque su encuadre permite (y alienta) el trabajo detenido y en profundidad con cada uno de los individuos, que no sólo sienten que tienen derecho, sino también, se ven estimulados a develar aspectos de sí mismos, de su historia personal, y de su conflictiva presente, y sobretodo porque su trabajo está destinado en gran medida a explorar el inconsciente (particularmente en los grupos terapéuticos de raigambre psicoanalítica).

La indicación por la cual el terapeuta decide si alguien integrará un grupo (o no) se lleva a cabo a través de entrevistas individuales, que cumplen también con la función de conocimiento de ambas partes (paciente y terapeuta). Si por el tipo de padecimiento sufrido, la persona no puede incluirse en el grupo, se lo orienta con respecto a qué otro tipo de terapia puede acceder en ese momento. El funcionamiento de la terapia grupal se lleva a cabo en una o dos reuniones semanales de 90 minutos de duración y se denominan ‘sesiones grupales’. En ellas se desarrolla el trabajo del grupo, en un lugar determinado, con horario estable, y con ciertas normas establecidas por los terapeutas. La consigna empleada es: ‘hablen de lo que se les ocurra’ en el sentido de privilegiar las ocurrencias (asociaciones libres), emergencia que ocurre posteriormente, ya que en los primeros momentos aparecen relatos de diversas situaciones personales conflictivas, que fueron los detonantes de la situación actual.

Se interpretan los contenidos, la modalidad de interacción y los emergentes grupales, que dan cuenta de las situaciones inconscientes (no sabidas) que comienzan a circular simultáneamente con el inicio de la actividad grupal. Con el transcurrir del tiempo, se establece una modalidad de trabajo que da cuenta de un proceso propio del devenir de cada grupo; es el momento que da cuenta de estabilidad y constancia. También, dependiendo del marco teórico del/los terapeuta/s, se interpreta en el grupo, las ansiedades, las fantasías y la transferencia (que ahora es múltiple y cambiante donde se entrecruzan identificaciones proyectivas y al mismo tiempo, movimientos transferenciales de cada uno de los integrantes con cada uno de los analistas y con la pareja de analistas, entre ellos y él/los analista(s) y entre los analistas. Cuando los coordinadores son una pareja heterosexual favorece el despliegue de fantasías edípicas, de exclusión, rivalidad). Edelman y Kordon (1992), al respecto dicen:

“En los grupos terapéuticos, se desarrollan fenómenos transferenciales específicos y complejos. Es a partir de estos que se puede acceder no solo a las fantasías originarias, comunes a todos los sujetos, sino también a las fantasías secundarias, conformadas a lo largo de la historia particular de cada persona. El despliegue de todos estos fenómenos se ve facilitado por la ambigüedad del encuadre terapéutico.” (Edelman y Kordon, 1992, Pág. 26)

Representantes de la escuela francesa, entre ellos Anzieu, se preguntan si el dispositivo artificial del grupo de diagnóstico provoca los fenómenos grupales o sólo trae a la luz lo que permanece velado en los grupos naturales: el grupo como dispositivo develador del inconsciente o de la grupalidad. Llega a la conclusión de que el grupo es un contexto de descubrimiento de las formaciones de lo inconsciente, y no estrictamente contexto de descubrimiento de la grupalidad. Ponen el acento en el grupo como objeto (en el sentido psicoanalítico del término) y como proceso psíquico: el grupo como objeto de investiduras pulsionales, de representaciones imaginarias y simbólicas, de proyecciones y de fantasías inconsciente, etcétera. En otras palabras, habrá grupo, y no simple reunión de individuos, cuando a partir de los aparatos psíquicos individuales tienda a construirse un *aparato psíquico grupal* más o menos autónomo. A partir de las teorizaciones de los franceses, particularmente con el concepto de *resonancia fantasmática*, queda definitivamente sepultada la idea de una fantasía inconsciente grupal. Se establece la formulación de que las fantasías puestas en juego son individuales, aunque tienden a compartirse en mayor medida mientras más cerca se encuentren del polo primario (fantasías originales, etcétera).

El terapeuta debe crear un clima de confianza no amenazadora, proteger al grupo de su propia irracionalidad, e incluso puede permitirse proteger a un miembro que está recibiendo un feedback poco adecuado o excesivo. Mantiene la atención fija en los datos de cada una de las personas que suceden en el presente del grupo, procurando a la vez que sea el grupo, y no él mismo, quien genere esos datos, logrando así transmitir una postura clarificadora sumamente eficaz. Edelman y Kordon (1992) dicen:

“El grupo terapéutico ofrece la posibilidad de representar o actuar los vínculos, las dramáticas de cada miembro, en relación a los otros participantes del grupo. Hay una representación actualizada espontánea de los conflictos internos, permitiendo su modificación a partir de esta dramatización. No se trata de dramatización en cuanto técnica, sino de la dramatización natural que todos hacemos en un contexto grupal, sobre la base del despliegue del grupo interno de cada uno de los integrantes en la trama de la estructura de roles del grupo. Esta dramatización espontánea tiende a la repetición de las conflictivas que el sujeto busca superar. El grupo terapéutico moviliza la trama intersubjetiva y muestra directamente las formas en que se vincula con los otros y a través de esto su propia estructura interna.” (Edelman y Kordon, 1992, Pág. 26)

#### 2.4.4 Grupos Operativos

Enrique Pichón Rivière crea los grupos operativos a raíz de implementar en ellos la técnica *operativa*, a la que le otorga fundamental importancia, porque permite no sólo la indagación de aquellas ansiedades que determinan cierto tipo de interacción, sino que al mismo tiempo exige su esclarecimiento, permitiendo una operación concreta sobre el acontecer grupal. Su teoría surge como una conceptualización producto de una serie de variables que se desarrollan en su vivencia personal. El autor, entiende por *grupo* (García y Waisbrot, 1981): *un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes espacio temporales, el cual, articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles.*

El *tiempo y espacio compartidos* permiten operar en conjunto, elemento central desde la teoría del autor. Pichón utiliza para el trabajo con grupos, la técnica operativa, pero asimismo, dirá que *todo grupo es operativo*, en tanto explícita o implícitamente se ocupan de una tarea, operan sobre la realidad. Cuando habla de *mutua representación interna*, se refiere a algo del orden de lo recíproco, nos “representamos”, nos volvemos a presentar pero ahora en el mundo interno de cada uno de nosotros donde internalizamos, reconstruimos los fenómenos externos en un nuevo orden de vivencia. Debido a esta experiencia es que también habla del *grupo interno*, en donde los integrantes, las personas del grupo concreto, externo, pasan a ese grupo interno más que como personas como personajes de mi trama interna (por ello una persona, podrá tener en ese nuevo escenario un lugar de padre o hermana, etc.), donde todos y cada uno tienen un lugar en mi interior y yo en el mundo interior de ellos. Es a partir de esta *mutua representación interna*, que el otro aparece comprometido en mis expectativas y mis necesidades y podrá ser cooperante, rival o modelo, pero allí estará, integrado en mi grupo interno. Pichón Rivière dirá que la mutua representación interna junto con la articulación de Necesidad – Objetivo – Tarea, serán los “organizadores internos” del grupo donde se produce un pasaje de un *interés en común a interés común*. La satisfacción de la necesidad es la que definirá el o los objetivos del grupo que para poder ser realizados, deberá encarar las Tareas pertinentes.

Prosiguiendo con la definición de grupo de Pichón Rivière (García y Waisbrot, 1981) afirma que los miembros del grupo: *“se proponen explícita o implícitamente una Tarea”,* que es graficada bajo la denominación de “Esquema del Cono Invertido”. Pichón Rivière dice:

“... Lo que está sucediendo en el grupo a nivel de lo observable, constituye lo explícito. Sin embargo, por debajo de esto explícito, observable, existe siempre un implícito. También podríamos hablar a nivel de manifiesto y latente (...) El esquema queda entonces desarrollado de la siguiente forma: a) Una base donde se ubican los contenidos emergentes, manifiestos o explícitos; b) un vértice donde se ubican las situaciones básicas o universales implícitas y c) una espiral que grafica el movimiento de indagación y comprensión, de esclarecimiento, que va dialécticamente de lo explícito a lo implícito con el objeto de explicitarlo.” (García y Waisbrot, 1981, Pág. 55)

Observamos entonces, que los procesos grupales se desarrollan en un constante inter-juego de *tarea implícita - tarea explícita* donde el grupo tendrá tareas explícitas que lo convocan pero también habrá otras tareas que desde lo implícito puján por satisfacer objetivos latentes. Todo abordaje de una tarea nueva requiere superar a la tarea implícita, la cual supone trabajar dos obstáculos: 1) El *obstáculo epistemofílico* está ligado a las ansiedades y situaciones regresivas que surgen en la situación de aprendizaje. Son los obstáculos afectivos internos de los integrantes. Su manifestación y predominio en la situación grupal configura la situación de pretarea. 2) El *obstáculo epistemológico* esta ligado al carácter complejo del

Objeto de Conocimiento, la dificultad que ofrece para su apropiación. Este último tipo de obstáculo es propio de la tarea prescripta, forma parte de la misma. Cuando los integrantes no cuentan con suficientes recursos cognitivos y habilidades de aprendizaje, conduce a un abordaje empobrecido de la tarea.

Pichón Rivièrè (1981) sostiene que cuando nos referimos al abordaje de la tarea grupal, debemos tener en cuenta los conceptos de *pre-tarea*, *tarea* y *proyecto* dado que todo grupo atraviesa por estos tres momentos. En la *Pre-tarea* ubicamos las técnicas defensivas, que estructuran la resistencia al cambio, que son movilizadas por los miedos básicos de la pérdida y miedo al ataque. Para que se produzca el paso de la pre-tarea a la tarea debe efectuarse un salto cualitativo, un insight, a través del cual el sujeto se personifica y puede así establecer un vínculo con el otro, diferenciado de él. El momento de la *Tarea* se constituye cuando el grupo elabora esos miedos y ansiedades básicas y puede superar la resistencia al cambio. Es en este momento que se produce el abordaje al objeto de conocimiento, y surge el *Proyecto*. Es decir, el grupo se pone a trabajar en el tema que le corresponde y en efecto, haciendo la descripción de la tarea, hay un momento de cierre, donde el grupo incluye por un lado, las conclusiones que puede haber sacado, y por otro lado, los interrogantes que puede haber abierto.

Finalmente, la definición inicial decía: "...interactuando a través de complejos mecanismos de *asunción y adjudicación de roles*" donde Pichón Rivièrè afirma que los roles son los modos de intervención de cada uno dentro del grupo y agrega: "en el grupo, a mayor heterogeneidad de los miembros, mayor homogeneidad se logra en la tarea" (García y Waisbrot, 1981). Para que un grupo pueda llevar a cabo la tarea, los mismos deben ser móviles ya que si ocurre lo contrario y en consecuencia éstos se estancan, encontramos el fracaso. A su vez, los roles pueden clasificarse en: a) roles diferenciados y b) roles complementarios, siendo que en todo grupo se pueden dar ambos tipos de roles. En el interjuego de los mismos destaca 4 tipos de roles: Líder - Portavoz - Chivo Emisario - Saboteador.

La forma de coordinación de un grupo operativo determinado, dependerá tanto del estilo personal del coordinador, como de la actividad que ese grupo que tenga que desarrollar, como así también de los objetivos implícitos y explícitos de la institución. El coordinador debe ser un co-pensador. Su función consiste en crear, mantener y fomentar la comunicación, a través de un desarrollo progresivo, donde coincidan didáctica, aprendizaje y operatividad. Los grupos son indagados en su estructura interna (análisis intra-sistémico), como así también en sus relaciones con los sistemas de otros grupos, o sea, análisis inter-sistémico:

"Es aquí donde la tarea del coordinador cobra vital importancia, dinamizando, resolviendo discusiones que ocasionen el cierre del sistema, y pudiendo utilizar al observador, como observador participante en aquellas situaciones donde el cierre de la tarea amenace la actividad grupal. La actividad libre del grupo será el aprender a pensar (...) De esta manera, la teoría, la práctica se integran en una praxis concreta. Aparece, operativamente, a través de determinados logros, que siguen la forma de una espiral dialéctica." (García y Waisbrot, 1981, Págs. 81 y 82)

Las ideas, el aprender a pensar, la creación, estarán para Pichón Rivièrè íntimamente ligadas al concepto de salud, ya que para él, la misma consiste en una adaptación activa a la realidad. En cambio las conductas, de miedo al cambio, de repetición, las conductas estereotipadas, darán como resultado, la enfermedad, entendida ésta, como una adaptación pasiva a la realidad.

Pichón Rivièrè (2008), trabajando en sus ideas y en sus observaciones empíricas, desarrolla la idea del "Esquema Conceptual Referencial Operativo" (ECRO) al cual define como:

"conjunto organizado de conceptos generales, teóricos, referidos a un sector de lo real, a un determinado universo de discurso, que permitan una aproximación instrumental al objeto particular (concreto) (...) Por *esquema* hablamos de un conjunto articulado de conocimientos y por *esquema conceptual*, entendemos un conjunto organizado de conceptos universales que permiten una aproximación adecuada al objeto particular (...) El aspecto *referencial* alude al campo, al segmento de realidad sobre el que piensa y opera y a los conocimientos relacionados con ese campo o hecho concreto a los que nos vamos a referir en la operación (...) La *operatividad* representa la posibilidad de promover una modificación creativa o adaptativa según un criterio de adaptación *activa* a la realidad" (Pichón Rivièrè, 2008, Págs. 215 - 217)

El ECRO se transforma así, en un instrumento de trabajo de cada individuo, en su interacción grupal, donde la importancia del término operativo, supone que el ECRO incluye un trabajo, una tarea que llevar a cabo. Y esa tarea es el modo en que el grupo recorrerá un camino superando el aislamiento individualista, cuestionando las certezas, pudiendo integrar los aportes de otros en un proceso de aprendizaje creativo. Su riqueza radica en el proceso mismo, donde lo importante, es el paso mismo de construcción de una nueva estructura vincular; podemos enunciarla como una superación de lo ya conocido, para generar un conocimiento nuevo de la realidad, tanto externa como interna del grupo. La psicología social está orientada hacia el cambio. Un grupo será operativo solo si produce cambios, tanto a nivel vertical (la historia singular de cada miembro inserto en el sistema) como en la historia horizontal (el aquí y ahora grupal).

### 2.4.5. Grupos de Reflexión

Según Edelman y Kordon (1992) los grupos de reflexión se comenzaron a implementar con la idea de permitir la elaboración de las ansiedades que crea el trabajo con pacientes psiquiátricos y la elaboración de los distintos conflictos que pudieran surgir en el equipo asistencial. En su desarrollo, los grupos de reflexión se utilizan para abordar situaciones grupales frente a diferentes problemáticas específicas, trabajando en el orden de los fenómenos transubjetivos. Es decir, se trabaja con relativa independencia de las características de personalidad de los miembros de dicho grupo, y estas no son interpretadas.

Para Barreiro (2005), los grupos de reflexión, son grupos que se convocan y reúnen para que sus miembros trabajen en forma conjunta una problemática en común que les inquieta, para indagar y explorar juntos ese ámbito de la realidad que les preocupa y sobre el cual quieren operar del mejor modo posible. En estos grupos, se pueden tomar distintos ejes temáticos; se aplican con bastante frecuencia al trabajo sobre un rol (por ejemplo, el rol del docente, el rol del enfermero, el rol del padre con hijos adolescentes, etc.). Pueden proponerse también la reflexión sobre una institución, a partir de algún episodio o dificultad concreta (por ejemplo, un grupo de reflexión sobre la escuela –en general– o sobre ésta escuela –en particular–). Si bien se parecen, de algún modo, a los grupos de autoayuda, los grupos de reflexión ponen el énfasis en el esfuerzo por comprender y conocer mejor cierta realidad y elaborar en conjunto algunas líneas de abordaje para operar sobre la misma.

Este tipo de grupos, incorporan según Barreiro (2005), la experiencia personal y el conocimiento vivencial de sus miembros, como instrumentos importantes en este proceso de análisis colectivo en la medida en que las personas reconocen su parte de incidencia en las situaciones analizadas. Los marcos teóricos que regulan el funcionamiento de estos grupos no son uniformes (a veces, ni siquiera son muy explícitos). Dependen, en general, de la formación del equipo coordinador; en nuestro país, suelen provenir del psicoanálisis o de la escuela de psicología social inspirada en la teoría de Pichón Rivière; pero existen también coordinadores con otras orientaciones que introducen elementos de la teoría gestáltica, de la psicología humanística, etc.

Alejo Dellarossa (1979) sostiene que los Grupos de Reflexión, por su objetivo y metodología, son grupos de entrenamiento y aprendizaje, originariamente destinados a la formación de psicoterapeutas grupales. En la coordinación de un grupo, Dellarossa (1979) observó lo siguiente:

“Cuando los integrantes discuten los diferentes temas que ellos mismos proponen, dejando algunos y desarrollando otros, actúan en el nivel predominante intelectual que corresponde a un grupo de trabajo; cuando pasa a primer término el contenido dramático al plantearse situaciones donde lo afectivo domina, se hallan en una situación similar a la de un grupo terapéutico.” (Dellarossa, 1979, Pág. 73)

El mismo autor plantea que el grupo de reflexión utiliza la sesión (entendida desde su definición en el Diccionario de la Lengua Castellana como “junta ó reunión de un concilio, congreso u otro cuerpo deliberante. Conferencia o consulta entre varios” y no desde el psicoanálisis o psicoterapia de grupo que la utilizan como “período en el cual se desarrolla una actividad terapéutica”) para pensar, dramatizar e indagar lo dramatizado, esclareciendo al mismo tiempo los vínculos entre las ideas y resolviendo las dificultades de aprendizaje provocadas por los conflictos subyacentes, relacionando todo con los conocimientos teóricos que posean sus integrantes sobre los fenómenos allí pensados o dramatizados. Además del abordaje de problemáticas institucionales y de la consideración de la estructura de roles de un grupo que realiza una determinada tarea, los grupos de reflexión permiten el entrenamiento e investigación de la grupalidad en sí misma. Son también un instrumento útil para grupos de personas que viven una cierta problemática común y tienen que afrontar diferentes recursos personales para encararla. Algunos los consideran un recurso importante de prevención en salud mental.

Los grupos de reflexión no tienen objetivos terapéuticos, y por lo tanto no puede considerarse a los integrantes de la misma como pacientes, pero si la coordinación es eficaz, se pueden producir efectos terapéuticos debido a las modificaciones de ciertos estereotipos, al intercambio de información cuando se abren las posibilidades de recibirla, etc.

La propuesta es promover, estimular el debate creador y el intercambio de experiencias concretas que recuperen la riqueza de la grupalidad y amplíen las perspectivas de abordaje de los problemas que plantea. En los grupos de reflexión, el foco está puesto en el funcionamiento vincular, más que en los materiales que surgen en función de las experiencias individuales.

Helman (1997) en su trabajo de “Los Grupos de Reflexión en las Alteraciones del Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental”, considera que los grupos de reflexión, son una variante dentro de los grupos operativos de Pichón Rivière. Establece que estos grupos o bien se convocan y organizan especialmente, para reflexionar sobre determinadas problemáticas más o menos extendidas en la población, o bien se aplican a grupos preformados que pertenecen a instituciones o a sectores de las mismas (por ejemplo, Servicios hospitalarios, conjuntos de residentes, comisiones internas de Clubes), en cuyo caso se emplea como medio para la prevención o la resolución de perturbaciones en el funcionamiento de esos grupos.



## 2.5 Del Grupo al “Dispositivo Grupal”

### 2.5.1 ¿Qué se entiende por Dispositivo?

La noción de dispositivo es trabajada por el filósofo francés Foucault (1987) quien relata que el siglo XIX sentía orgullo por las fortalezas construidas y que en el transcurso del tiempo, las sociedades han pasado de castigar el cuerpo de las personas encerradas en cárceles o sus similares, a encerrar para corregir, controlar o encauzar a los individuos sobre la base de un *dispositivo disciplinario* que permite mantener el “orden”.

Foucault (1987) dice que toda sociedad está caracterizada y atravesada por relaciones de poder múltiples, que no pueden establecerse ni funcionar sin una acumulación, circulación y funcionamiento del discurso. Es así, que intenta analizar los mecanismos de donde surge el poder y el modo en que el mismo es ejercido en las distintas prácticas o disciplinas (militares, escolares, laborales, carcelarias) hasta que elabora el concepto de *dispositivo disciplinario*. Foucault en base a esto, estudia los diferentes discursos que aparecen en las distintas disciplinas como ser: el discurso religioso, el discurso del saber, el discurso militar, el discurso carcelar, el discurso de la ciencia y el discurso del poder, entre otros. Considera al dispositivo como un instrumento de poder supremo pero también como posibilidad, y como ejemplo de este dispositivo de poder describe el llamado *panóptico* de Bruno Bentham.

El panóptico era una cárcel redonda con forma de anillo que en el centro tenía una torre con anchas ventanas donde estaban los guardia-cárceles, y en la construcción periférica se encontraban las celdas las cuales estaban atravesadas por un ventana que daba al interior, correspondiente a las ventanas de la torre y otra al exterior haciendo que la luz atravesase la celda de una parte a otra. Esto configuraba un *dispositivo de vigilancia* donde cada cual, en su lugar, estaba bien encerrado en una celda en la que era visto de frente por el vigilante; pero donde los muros laterales le impedían entrar en contacto con sus compañeros. Es decir, “es visto, pero no ve” y ésta era la garantía del orden. Dice Foucault:

“Si los detenidos son unos condenados, no hay peligro de que exista complot, tentativa de evasión colectiva, proyectos de nuevos delitos para el futuro, malas influencias recíprocas; si son enfermos, no hay peligro de contagio; si locos, no hay riesgo de violencias recíprocas... La multitud, masa compacta, lugar de intercambios múltiples, individualidades que se funden, efecto colectivo, se anula en beneficio de una colección de individualidades separadas...” (Foucault, 1987, Pág. 204)

El efecto mayor de este instrumento es el inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción. Lo esencial, es que el preso se sienta vigilado aunque esto, no tiene necesidad de serlo efectivamente.

El panóptico era una máquina de disociar la pareja “ver – ser visto”: en las celdas se era totalmente visto, sin ver jamás y en la torre, se veía todo sin ser jamás visto. Así, Foucault nos muestra lo importante de este ejemplo, ya que este dispositivo automatiza y desindividualiza el poder y permite observar que hay una maquinaria que garantiza la asimetría, el desequilibrio y la diferencia y que poco importa quien ejerce el poder porque a partir de los deseos más diferentes, fabrica efectos homogéneos de poder. Y agrega:

“En cuanto al aspecto laboratorio, el Panóptico puede ser utilizado como máquina de hacer experiencias, de modificar el comportamiento, de encauzar o reeducar la conducta de los individuos (...) debe ser comprendido como un modelo generalizable de funcionamiento...” (Foucault, 1987, Pág. 207)

### 2.5.2 El Dispositivo Grupal

La razón de por qué decidimos adoptar el término de Dispositivo Grupal, guarda relación con lo descrito en el punto anterior de Foucault pero ahora llevado al campo del trabajo con grupos. Seguiremos aquí la teoría y los conceptos trabajados por Ana María Fernández (2008) quien en su libro “El Campo Grupal” realiza una diferencia entre *Dispositivos de los Grupos* y *Dispositivos Grupales*. Fernández (2008) comenta que el término de *Dispositivos de los grupos* nace debido a la aparición histórica de ciertos criterios en virtud de los cuales comenzó a pensarse en artificios grupales para “resolver” algunos conflictos que se generan en las relaciones sociales. Las tecnologías previamente existentes son consideradas ineficaces; los conflictos puestos de manifiesto exigen otras formas de intervención y especialistas adecuados a tales fines. Fernández (2008) dice:

“Desde diferentes puntos de iniciación se inventa una nueva tecnología: el Dispositivo de los Grupos; aparece un nuevo técnico: el coordinador de grupos; se gestiona una nueva convicción: los abordajes grupales pueden operar como *espacios tácticos* con los que se intentará dar respuesta a múltiples problemas que el avance de la modernidad despliega.” (Fernández, 2008, Pág. 78 y 79)

Por el contrario, cuando se utiliza la expresión *Dispositivos Grupales* se hace referencia a las diversas modalidades de trabajo con grupos que cobraron cierta presencia propia en función de las características

teórico-técnicas elegidas, como también de los campos de aplicación donde se han difundido. Así, por ejemplo, puede hablarse de dispositivos grupales psicoanalíticos, de grupo operativo o gestálticos, etc. La autora afirma que: "Cada uno de ellos crea condiciones para la producción de determinados efectos de grupo –y no otros–; son en tal sentido virtualidades específicas, *artificios* locales de los que se espera determinados efectos." (Fernández, 2008, Pág. 79). Así se presentan dos niveles de existencia de los grupos: el primero, fáctico, en tanto hechos sociales; el segundo del campo disciplinario, por cuanto al montarse los sucesivos dispositivos grupales del Dispositivo de los Grupos, los grupos paulatinamente se vuelven visibles, observables, comparables, explicables, experimentables, teorizables, es decir, enunciables (Fernández, 2008).

Del Cueto y Fernández (1985) definen al grupo como "espacios tácticos donde se da la producción de efectos singulares e inéditos" y donde existe siempre una inscripción institucional sea ésta real o imaginaria. Para hablar de Dispositivo Grupal las autoras dicen:

"Dados un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común, se crean las condiciones de posibilidad para que un agrupamiento se constituya en un grupo. Tiempo, espacio, número de personas y objetivo, conforman un Dispositivo. Esto es, una virtualidad, pero específica y propia de ese grupo y no de otro." (Del Cueto y Fernández, 1985, Pág. 18)

Esta definición, marca una diferencia importante con la definición de grupo que nos da Pichón Rivière (2008) ya que las autoras, cambian el tradicional concepto de "*tarea*" por el de "*objetivo común*" considerando que el mismo es más abarcativo ya que expresan que la tarea es convocante de un grupo, más que estructurante del mismo.

Los Grupos constituyen, según Del Cueto y Fernández (1985), mucho más que un "objeto teórico", son un *Campo de Problemáticas*, donde se producen múltiples atravesamientos, o al decir de Foucault (1987) un "*complejo entramado de múltiples inscripciones*", imposibles de abordar desde una sola disciplina, 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, la psicología social, etc. En todo Dispositivo Grupal, hay A) un *proceso grupal* (de la serialidad al grupo y de la repetición a la creatividad), se desarrolla un B) *interjuego de roles* (emergentes, portavoces, liderazgos, saboteadores, chivos emisarios) y se dan C) *formaciones Grupales* (red de identificaciones cruzadas, Ilusión grupal, Mito grupal y la institución).

**El proceso grupal** presenta una constante dialéctica entre pares opuestos:

**Serialidad – Grupo:** Podemos preguntarnos cómo es que un conjunto de personas se constituye en grupo para lo cual debemos retrotraernos a Sartre para quien el Grupo se constituye contra la Serie. La vida de los grupos está hecha de una permanente tensión entre estos dos polos extremos, por lo tanto será esta tensión la que constituye el motor de la dialéctica de los grupos. Si bien un grupo se constituye contra la serialidad siempre tiende a volver a ella. El grupo deberá juramentarse en su tensión contra la serie que en su forma explícita es determinar un contrato, encuadre y en forma implícita, a través de la producción de formaciones imaginarias grupales propias y únicas de cada grupo. Del Cueto y Fernández (1985) consideran que:

"un grupo se estructura como tal, más que por su tarea, cuando va consolidando un conglomerado de *representaciones imaginarias comunes* (red de identificaciones cruzadas, ilusión y mitos grupales, la institución como disparador de lo imaginario grupal<sup>5</sup>). (Del Cueto y Fernández, 1985, Pág.23)

**Repetición – Creatividad:** Todo grupo alberga aspectos repetitivos y aspectos transformadores en una dialéctica permanente y dependerá que se favorezca una tendencia u otra en la coordinación. Esto se hallará indisolublemente ligado a los objetivos explícitos e implícitos que la institución –real o imaginaria– en que se inscriben tenga planteados, como asimismo a las ilusiones y mitos grupales en que se estructura el grupo, la red de identificaciones que ligue a sus miembros, como también los aspectos transferenciales que con la coordinación y la institución establezca.

### Interjuego de Roles

Debemos recordar primero que para Pichón Rivière, el grupo se estructura sobre la base del interjuego de mecanismos de asunción y adjudicación de Roles (García y Waisbrot, 1981). El papel del coordinador será esclarecer, a través de señalamientos e interpretaciones, las pautas estereotipadas de conducta que dificultan el aprendizaje y la comunicación, es decir, favorecer la operatividad en el grupo. Pichón Rivière, destaca principalmente tres roles funcionales y rotativos. *El portavoz:* es el miembro que en un momento dado denuncia el acontecer grupal y se relaciona con el registro vertical (historia personal del individuo) y el registro horizontal (proceso actual en el que el grupo está inserto); el *chivo emisario:* es aquel miembro sobre el cual se depositan los aspectos negativos o atemorizantes del grupo. Contrariamente a éste, el *líder:* es el miembro sobre el cual se depositan los aspectos positivos. Luego, agrega el rol de *saboteador:* que es el miembro que en un determinado momento, asume el liderazgo de la resistencia al cambio.

5. Son el "algo en común" del grupo. Fernández y Del Cueto, 1985, Pág. 31.

Ahora bien, Del Cueto y Fernández (1985) se proponen re-pensar estos conceptos y surge la conceptualización de que la estructuración de un grupo debe abordarse desde la producción de sus formas propias, esto es, las formaciones imaginarias grupales. También deciden hablar de Transversalidad (en vez de los registros vertical y horizontal), por cuanto en los grupos considerados como campo de problemáticas, éstos se encuentran atravesados por múltiples inscripciones.

### Formaciones Imaginarias Grupales

Son los procesos imaginarios que un grupo produce y es más que la suma de los imaginarios individuales. Un grupo produce formas imaginarias propias. Son procesos que pueden ser leídos en transcurso del devenir grupal y que hablan de su conformación, posibilidades de desarrollo, de transformación, inscripción e historia de dicho grupo. Dentro incluimos:

- *La Red de identificaciones cruzadas / Red transferencial*: donde debemos tener en cuenta que hay una Matriz Básica que tiene que ver con la permanencia (miembros que nunca faltan, comprometidos, etc.) y una *Matriz del Grupo* que se relaciona con la organización libidinal que el grupo se ha dado, incluyendo al coordinador y fundada en la red de identificaciones cruzadas. El objeto que se ha incorporado desaparece como tal, y queda la relación. No se identifican personas sino aspectos puntuales de las subjetividades de los integrantes. Es una matriz de identificaciones y a su vez una matriz identificatoria (lo que diferencia a este grupo particular de los otros). Dicen Del Cueto y Fernández (1985):

“Hablar de red de identificaciones cruzadas en los grupos, significa hablar de aquello que da cuenta de la permanencia, de la movilidad de las rigideces, de dichos grupos, independientemente de la tarea a que estén convocados. Es decir, que los procesos identificatorios que se producen en los grupos van a funcionar como motor de la vida de los mismos.” (Del Cueto y Fernández, 1985, Pág. 34)

Las autoras también hablan de Red de transferencia en la medida en que sobre ella se realizan todas las identificaciones. Todos los miembros que entran a un grupo ponen en juego una serie de deseos, concientes e inconcientes, que serán transferidos sobre ciertas figuras del grupo. Los lugares privilegiados de transferencia son: la coordinación y la institución.

- *La Ilusión grupal*: Las autoras trabajan desde la idea de que es aquello que un grupo dado cree que es, cree que puede realizar, todo grupo necesita creer que es lo que desea ser, para poder lograr sus objetivos. Dicha ilusión es lo que los integrantes del grupo esperan que el grupo realice. Todo el conjunto de la vida del grupo aparece como modelado con carácter estructurante por una ilusión grupal que habla de sus deseos. La ilusión, crea las condiciones para hablar de un “nosotros”, desarrollar una pertenencia.

- *El Mito grupal*: Son por ejemplo, los relatos que los grupos construyen sobre su origen, sobre el por qué de su existencia, etc. Y que son vividos por los integrantes como historia real. Junto con la ilusión grupal, constituyen la novela grupal. El mito grupal está inscripto necesariamente en el origen novelado del grupo (mientras que la ilusión tiene siempre un referente prospectivo). Las historias individuales se incorporan al mito grupal y se “socializan” en el relato, el cual va circulando repetitivamente pero nunca se repite igual. Finalmente, Del Cueto y Fernández (1985), se refieren a la institución como el disparador del imaginario grupal donde lo impensado, lo invisible, lo inconciente funcionan como texto del drama grupal. Dicen las autoras:

“Dicha inscripción la pensamos desde un doble movimiento: el grupo se inscribe en un sistema institucional dado, de la misma manera que la institución sólo vive en los grupos humanos que la constituyen (...) el coordinador y su forma de coordinación –que no sólo estilo personal sino que debe ser acorde a los objetivos implícitos y explícitos tanto de la institución como del grupo en cuestión-, más las normas formales explicitadas para su funcionamiento (lugar, hora, duración, frecuencia, etc.) son los indicadores del sistema institucional en que ese grupo se inscribe. Instituyen, por lo tanto, lo que corresponde o no corresponde en ese grupo.” (Del Cueto y Fernández, 1985, Pág. 50)

La *dimensión institucional* esta presente en: *las normas de funcionamiento* (reglas de reunión, el tipo de coordinación, el alcance de los objetivos) que pueden ser explícitas o implícitas y producen efectos sobre las inscripciones ideológicas, transferenciales, identificatorias, etc; *el contrato* (que condensa las normas que el grupo adopta para su funcionamiento y *la coordinación* (la cual presenta dos niveles de eficacia: explícita (el grupo cumple o no con los objetivos manifiestos) e implícita (la coordinación disparando efectos en el imaginario grupal, a nivel de las transferencias, los mitos, las ilusiones, etc.)

Por todo lo expuesto que creemos necesario hablar de Dispositivo Grupal más que de Grupos. Debemos considerar que para cada dispositivo grupal en particular, se dan una serie de hechos únicos e inéditos que aparecen sólo en ese grupo y no en otro, así como el encuadre, las formaciones grupales y la institución en la que se inscriben. Hablar de dispositivo grupal, es referirnos a un medio que facilita el trabajo y es también un instrumento para la intervención y la investigación. Es el medio para decir y atender lo dicho por otros, en un espacio específico y donde frecuentemente, aunque no en todos los

casos, implica un lugar donde los sujetos pueden expresarse y decir más de lo que, en un momento dado, sería inconveniente expresar en otro ámbito.

Dependiendo de las circunstancias, los objetivos y la constitución del grupo se aplica determinado tipo de dispositivo grupal que tomará un carácter particular atendiendo las necesidades y objetivos de sus integrantes y la tarea a la que se abocan y se tornará instrumental para el logro de los propios fines de los integrantes. El objetivo del dispositivo grupal es el establecimiento (en sentido amplio) de una comprensión mutua y, con ella, de la construcción recíproca de los sujetos y a su vez, es importante recordar que sin importar el dispositivo de que se trate, el grupo se hallará sujeto a instituciones y diversos discursos.

### Capítulo III. Los dispositivos grupales en el tratamiento de la obesidad

En el desarrollo que presentaremos aquí se articularán los dos capítulos anteriores de Obesidad y Dispositivo Grupal. Al final del capítulo I planteamos que una de las formas más exitosas para tratar el problema de la obesidad es realizar un Tratamiento Integral, el cual incluye los aspectos: fisiológicos, físicos, farmacológicos, quirúrgicos, nutricionales, psicológicos, sociales, ambientales, culturales, etc. En el Capítulo II presentamos diferentes tipos de grupos y cómo se puede concebir al fenómeno de grupo desde la idea de Dispositivo Grupal. Retomando y articulando los desarrollos de estos dos capítulos precedentes, el objetivo del presente capítulo será: describir, analizar y mostrar específicamente qué papel tiene el dispositivo 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 líneas 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. La otra línea fundamental es el abordaje desde lo psicológico: en muchos casos es muy conveniente realizar un tratamiento psicológico individual, a estos se suman las *charlas grupales* con otras personas que padecen el problema de la obesidad. Estas charlas suelen ser altamente beneficiosas porque en las mismas 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, siguiendo la línea de la necesidad de trabajar la obesidad bajo un tratamiento inter y multidisciplinario, el Dr. Ravenna (2006) nos dice:

“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, concurriendo a las reuniones de grupo.” (Ravenna, 2006, Pág. 167) (...) “...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, Págs. 168 y 169)

Para conocer, analizar y entender estos aspectos psicológicos que aparecen en el acontecer grupal nos basaremos en cuatro observaciones de charlas grupales<sup>6</sup> realizadas en un centro de adelgazamiento que describiré a continuación. El objetivo es determinar si ésta modalidad de grupo que observamos en las charlas, puede incluirse en alguno de los 5 tipos de grupo trabajados en el Capítulo II (Grupo de Autoayuda, de Aprendizaje, de Reflexión, Terapéutico y Operativo) o caso contrario describir qué características diferenciales y específicas posee el dispositivo grupal observado.

6. Las transcripciones completas de estas cuatro observaciones de las charlas grupales se encontrarán al final de este trabajo como Anexo.

Antes de describirlo es importante comentar que fui paciente de este lugar desde Junio de 2008 hasta Marzo de este año, período durante el cual, seguí los lineamientos del plan alimentario y participé de las distintas actividades que propone el lugar entre las cuales estaba justamente, la asistencia a charlas grupales, dos veces por semana. Actualmente, estoy en etapa de mantenimiento lo que me permite asistir a estos mismos grupos dado que la institución fomenta que las reuniones sean tanto para personas en tratamiento como en mantenimiento y esta situación, a su vez, me permite participar de las reuniones grupales como si fuera un miembro “natural” o habitual de los mismos. Me encuentro entonces, frente a una oportunidad especial, que es la de ser al mismo tiempo, una participante más o menos habitual del grupo, y ser también una observadora participante, que puede participar, observar y registrar lo que sucede en los encuentros.

Por último, quisiera agregar que además de esta situación que me habilita, he solicitado autorización, tanto a las autoridades de la institución como a los coordinadores de este grupo, para realizar la observación y la investigación que dan lugar a este trabajo final de carrera.

### 3.1 Centro de Adelgazamiento Intensivo *Estilo Vida*

Este centro, ubicado en Castelar, fue fundado en Septiembre del 2005 por la Dra. Patricia Romera y su marido, el Dr. Jorge Spina y sumado a ellos un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud con sólida formación y experiencia siendo médicos, psicólogos y profesores de educación física así como profesores de teatro y baile que complementan una red social de ayuda mutua. Es importante destacar que casi todos los profesionales, incluyendo a su fundadora, vivieron como experiencia personal su propio adelgazamiento lo que para la mayoría de los pacientes marca la diferencia con otros centros del mismo estilo.

El objetivo explícito de este lugar, está formulado como: “modificar los hábitos alimentarios desde la calidad del goce, a través de una nueva medida, que los pacientes empiecen a encontrar alivio al ir poniéndole límite al desborde, que puedan desprenderse de esta dependencia al comer en exceso o a la desorganización alimentaria.”<sup>7</sup> Es importante mencionar que la fundadora de la institución, realizó su propio adelgazamiento en el centro del Dr. Ravenna, y que es a partir de acá que decide crear su propia institución siendo avalada por el médico en cuestión.

Inicialmente el centro funcionó durante 3 años en otro establecimiento, que los profesionales y los pacientes solían llamar “la casita”, debido a que era una casa restaurada compuesta de la recepción, una cocina, un baño, una sala de reuniones y dos consultorios médicos (los cuales se usaban para que los pacientes se pesen solos antes de cada reunión) y en lo que vendría a ser el garaje original de la casa, estaba el sector de las viandas.

El lugar fue creciendo tanto en las consultas y en la cantidad de pacientes, que se hizo necesario generar una nueva infraestructura así como incorporar más personal administrativo y nuevas actividades, talleres, propuestas y servicios para brindar al paciente hasta que en Julio del 2008 se mudan a un lugar más grande edificado para este fin, que físicamente se ubica a la vuelta del centro inicial.

El sistema de *Estilo Vida*, a nivel alimentario, se basa en una dieta hipocalórica de 600 calorías diarias donde es bueno saber que no se prohíben alimentos concretos, pero si se limitan sus cantidades y se restringe la forma de preparación. Esta ingesta de pocas calorías, obliga al organismo a obtener energía de sus propios depósitos de grasa generando una reacción biológica llamada *acidosis*, la cual finalmente lleva a la reducción del peso corporal. Para explicarlo mejor, el Dr. Ravenna (2006), creador de la misma, explica:

“La acidosis es lo siguiente. Cuando entran 800 calorías en el cuerpo y necesita 1500 o 1600, las otras 900 u 800 se producen desde adentro. La grasa, que es el depósito de calorías extras, comienza a funcionar como combustible interno. Se suma, desde la grasa, la cantidad de energía suficiente para que la persona viva tranquila, haga deportes y se mueva perfectamente bien. Por supuesto, es preciso complementar esto con los aminoácidos, las vitaminas, los minerales, en justa proporción. Ahora bien, cuando se quema la grasa se degrada en ácido acetocético e hidroxibutírico —ácidos grasos—, que circulan por el cuerpo generando un estado de acidosis metabólica —es decir, el cuerpo en un estado ácido—, que está compensada por mecanismos de respiración, transpiración, intestinales, urinarios, para que no queden cuerpos cetónicos dando vueltas, que podrían intoxicar: este proceso genera desintoxicación corporal. Además, la grasa, al pasar por la zona del hipotálamo, en el cerebro, bloquea el centro del apetito y produce una suerte de anestesia. Este proceso lleva a la ausencia de hambre a las 24 o 48 horas. Una vez que se agotan las reservas de glucógeno del hígado, la grasa comienza a quemarse cada vez en mayor cantidad. Esto produce ese gustito a manzana que se llama cetosis” (Ravenna, 2006, Pág. 88)

7. Esta información es extraída de la página oficial del centro de adelgazamiento, la cual puede ser consultada para mayor información en: <http://www.estilovida.com.ar/>

Como referencia, debemos tener en cuenta que la mujer como promedio consume alrededor de 2000 calorías diarias y el hombre alrededor de 2500 (no contando a los atletas que consumen muchas más.) En *Estilo Vida* la dieta hipocalórica consiste en un plan de 4 comidas de 150 calorías cada una que incluye una infusión más un yogur ser firme y una fruta mediana (preferentemente banana) en el desayuno y en la merienda y un caldo y una vianda de 150 calorías (que se compra en el centro aunque no es de manera obligatoria) en el almuerzo y la cena. A su vez, es necesario acompañar esto con el consumo de 3 a 4 litros de líquido diarios y con suplementos vitamínicos (previo a examen clínico que son Total Magnesiano y Supradyn o Centrum).

Recomiendan acompañar el plan alimentario con actividad física responsable adaptada a la necesidad de cada paciente para lo cual ofrecen la posibilidad de asistir al gimnasio (ubicado en la misma institución) que está abierto de 8.30hs a 20.30hs de Lunes a Viernes y de 8.30hs a 14hs los días sábados, siendo necesario para asistir al mismo, la realización de una entrevista de carácter obligatorio con el coordinador del gimnasio que es a su vez profesor de educación física. También se ofrecen actividades variadas como clases de salsa, Pilates, aero-danza y yoga en lo que respecta al movimiento corporal y talleres temáticos que son optativos y están coordinados por los Licenciados en Psicología que:

“utilizan las danzas terapéuticas con la finalidad de promover la expresión de la subjetividad de los integrantes y clases de teatro con dramatización de escenas en relación a la problemática que convoca. Los talleres temáticos se realizan con grupos limitados de participantes (máximo 15), para poder establecer una intimidad óptima entre los pacientes y propiciar la creación de vínculos de contención.” (Estilo Vida)

Dentro de la institución también hay un bar de acceso libre donde los pacientes pueden juntarse a desayunar o almorzar. Se promueven los grupos fuera de la institución, es decir, juntarse las veces que sea necesario y esto muchas veces es organizado por Darío que es ex-paciente y actual coordinador y también hay una lista de teléfonos de emergencia por si alguien necesita conversar fuera de los grupos siempre y cuando se relacione con el problema de la obesidad.

La modalidad de trabajo es la siguiente: como medida inicial, el paciente que decide empezar este tratamiento en *Estilo Vida* debe realizar en primera instancia una consulta obligatoria con alguno de los médicos 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. También se le receta un complejo vitamínico y se le explica su función. 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.”

Los psicólogos de *Estilo Vida* ofrecen a los pacientes que lo requieran, atención individual en sus consultorios bajo el encuadre que establece cada profesional donde la información que se obtiene nunca es compartida en ningún grupo.

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 cinco conceptos básicos:

“**Corte:** con la obsesión, con la voracidad, con los prejuicios del yo no puedo. Permitiéndonos 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, pero además en *Estilo Vida* se agregan:

“**Integración:** a nuestras vidas, a las emociones. Sin que sean tapadas por la comida.”

“**Continuidad:** con la presencia, con la participación, con el compromiso. Es necesario contar con diferentes espejos y sostenernos.”

### 3.2 Reuniones Grupales en *Estilo Vida*:

El lugar propone que en las reuniones grupales, de dos horas de duración aproximadamente, se planteen diferentes temas relacionados con la problemática de la obesidad. La asistencia a los grupos, es obligatoria para poder ser paciente de la institución y asimismo, se consideran parte fundamental del tratamiento. Según el centro: “los encuentros son dinámicos, se habla de nuestro vínculo con la comida y se busca la sobriedad a través de la escucha, encontrando espejos, contención y bases firmes”. Los grupos trabajan en módulos de 15 días de duración cada uno. Las reuniones pueden ser los días Lunes, Martes, Jueves y Viernes en tres horarios posibles que son: 10.00hs, 14.30hs y 19.30hs. Los días miércoles no hay coordinación pero el centro está abierto para quien quiera ir al bar, o al gimnasio. Luego

de los 15 días del módulo, hay una semana de receso donde el lugar opera como los días miércoles, donde permanece abierto pero no hay coordinación de grupos y a la otra semana vuelve a comenzar otro módulo. Una misma persona, puede en el mismo día, quedarse a los tres grupos y le es computado como una sola reunión.

Se ofrecen dos tipos de programas: 1) Grupo Vida: consta de la asistencia a 5 reuniones por módulo; y 2) Grupo Vida Plus: consta de la asistencia a 9 reuniones (todas las del módulo). Las reuniones de los grupos son abiertas, ya que los ingresantes pueden incorporarse en cualquier momento, aunque a los nuevos se les recomienda incorporarse a principios de módulo.

Cada paciente al llegar a la institución, entra a uno de los cuatro cuartos destinados a pesarse y se pesa, de manera individual, en una balanza digital. Al salir del cuarto, proporciona este peso a una administrativa que está sentada frente a una computadora para registrarlo, quien a su vez después imprime las hojas y se las da a los coordinadores. Quien está coordinando comienza con los apellidos de la lista y el/la paciente nombrado/a dice en voz alta el peso de la fecha que es seguido por el/los coordinador/es quienes a la vez agregan los gramos o kilos que subió o bajó desde la última reunión. Si hay pacientes nuevos se presentan luego de esto. Generalmente, se trata de mantener esta misma modalidad al inicio de cada reunión.

También es importante aclarar que, a los pacientes que llegan al peso médicamente pautado, se les ofrece como posibilidad, asistir a reuniones de mantenimiento que son coordinadas por el médico de la institución pero también se los alienta a que sigan concurriendo a las reuniones grupales generales para poder mantener las escuchas y seguir en contacto. Desde hace dos meses, y como nueva modalidad en la institución, los psicólogos implementaron la realización de una charla mensual con dos horas de duración, de manera gratuita, para los familiares de los pacientes en tratamiento o mantenimiento.

Respecto a las observaciones realizadas, todas se hicieron en el “grupo de la mañana” que comprende desde las 10.00hs hasta las 12.00hs aproximadamente y donde siempre se comienza el grupo con un recordatorio de las actividades que ofrece la institución y pidiendo que se apaguen los celulares. A lo largo de las observaciones se nombrará a tres coordinadores. Uno de ellos es Patricia que es la médica fundadora, Guillermo es el Lic. en Psicología y Darío que es ex paciente de la institución.

### 3.3 Análisis de los datos de las Charlas Grupales:

En este análisis del contenido de las cuatro charlas grupales observadas se seleccionaron los ejes conceptuales o categorías de análisis de mayor relevancia y pertinencia para enfocar el papel de los grupos en el tratamiento del problema de la obesidad. La metodología de esta sección será presentar algunas frases clave que se dijeron en los grupos, junto a los recuerdos relacionados con dichas frases, que puede aportar la observadora a partir de su experiencia previa como participante de estos grupos. Luego de la presentación de las frases se pasa al análisis de las mismas para llegar a una interpretación y comprensión de cada eje conceptual o categoría hallada.

#### 3.3.1 Conducta Adictiva

Una paciente comenta que no fue a una fiesta y se sintió desbordada pensando más en la comida que en la gente que iba a ver esa noche. Patricia: *“...Porque esto es así (...) ante un detonante, la descarga tiene que ser otra, no la comida (...) Tenemos que darnos cuenta de que somos formadores de adicción y tenemos una conducta adictiva.”* (Primera Observación)

Una paciente nueva dice: *“Lo que me falta es fuerza de voluntad para mantenerme. Me corrí de lugar cuando tuve familia, cambié de trabajo empezando a trabajar desde mi casa y todo eso me llevó al sedentarismo y a subir de peso.”* Patricia: *“Sí, nos ha pasado a casi todas acá. El correr nos de nuestro protagonismo en la vida (...) en las historias del grupo, vas a ver que muchas veces va resonar tu propia historia donde también vemos que el peso cambia generalmente rápido si las cosas se hacen bien, pero lo que no cambia a la misma velocidad es la cabeza, y muchas veces no cambia nunca para generar un hábito real de alimentación. Por eso -dice Patricia- yo prefiero hablar de cuidado eterno y no de mantenimiento.”* (Cuarta Observación)

Una paciente dice: *“Yo no soy nueva, hoy estoy retomando el módulo porque dejé de venir por un tiempo y hoy que me pesé tengo 8 kilos de más (...) y a mi lo que me cuesta mucho dejar o no picotear es el queso sea del tipo que sea.”* Patricia explica: *“El queso tiene el segundo grado de adicción después de las harinas porque a su vez en su composición tiene harina. Por esto es que hay que tratar de generar una barrera con el queso.”* (Primera Observación)

Una paciente nueva 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...”* (Primera Observación)

En los extractos, observamos cómo 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”* ó *“cuando empiezo un tratamiento para adelgazar, me cuesta dejar, o no picotear...”*. 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. Esta pasividad del sujeto obeso sigue *in crescendo* hasta que el componente adictivo pasa a la propia comida: *“El queso tiene el segundo grado de adicción después de las harinas....”*. O sea que, no es el paciente el que no puede abstenerse, sino que es el queso, el propio objeto comida (mucho más activo que el paciente) el que genera la adicción.

De forma similar se produce otro deslizamiento de los significados, se pasa de tener conductas adictivas a una generalización que indica: *“somos formadores de adicción”* y así ya pasa a ser una característica de la propia persona que, además, se ve reforzada ya que se la mantiene como una característica que nunca se va a perder, como por ejemplo cuando Patricia dice: *“muchas veces no cambia nunca.... Por eso prefiero hablar de cuidado eterno y no de mantenimiento.”* Una explicación que se encuentra para este papel tan amenazante que tiene “la comida” (generalización también forzada), 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...”*

En *Estilo Vida*, asociado a la conducta adictiva, podemos observar que también se utiliza una terminología que habla de patologías adictivas como cuando en las reuniones se usa la palabra “sustancia” (para referirse a comidas dulces), “abstinencia”, “adictos”, “quedar pegada” (en otras oportunidades, la doctora habla de que algunas sustancias pegan en la persona más que otras y con esto se refiere a que el paciente siente que no puede dejar de pensar en esa comida) ó “sobriedad” (cuando el tratamiento se hace impecable), etc. (Vazquez Echeverría, 2006)

La idea de adicción asociada a la obesidad o a los tratamientos de la alimentación es una constante en todas las descripciones y concepciones médicas que son legitimadas en nuestro medio. Permite entender a la obesidad como una enfermedad que es consecuencia de la adicción a la comida (Ravenna, 2006) 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)

Si el discurso de *Estilo Vida* pone tanto peso en concebir a la obesidad como adicción, y al paciente como un adicto, lo que se logra es que el paciente se desentienda de su implicación más personal en esta problemática, ya que se busca que el paciente adopte el modelo conductual sanador, de una manera acrítica, casi despersonalizada. No se trata de que indague en las causas, las motivaciones más singulares que lo llevaron a la obesidad. El pilar del tratamiento de *Estilo Vida* es que los pacientes adopten nuevos hábitos de conducta.

Por último, hay que prestar especial atención a una nueva conducta adictiva que observamos, algo que se pone claramente de manifiesto principalmente en pacientes que se fueron, es decir pacientes que después de haber bajado mucho su peso, cortaron el tratamiento. En estos casos, generalmente los pacientes retornan con sobrepeso u obesidad, diciendo: *“me fui porque creía que iba a poder sola, y...”* Esta circunstancia también se relaciona con la frase de Patricia cuando habla de que *somos formadores de adicción*. Aquí podríamos preguntarnos si no se arma un camino que va de la adicción a la comida a la adicción a la institución, tanto a sus prácticas, como a sus concepciones, e incluso a sus miembros.



### 3.3.2 Técnicas o Recursos de Autocontrol

Patricia explica: *“En mi caso, porque yo soy fanática del queso de rallar fui probando distintas técnicas como por ejemplo: pasar de comprar queso rallado para rallarlo en mi casa a comprar el paquete cerrado. Después lo que hacía era comer de la bolsita con cucharita así que me di cuenta de que esto no me funcionaba y entonces lo empecé a envolver en papel film, y ese tiempo que me costaba llegar al queso, era el tiempo que tenía yo para darme cuenta de que era hora de pensar. 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 que acá los hablamos como recursos”.* (Primera Observación)

Una paciente comenta que fue a una fiesta y se sintió desbordada. Las pacientes van comentando qué recursos se pueden utilizar para no comer de más o poder cuidarse en las fiestas. Una paciente dice: *“A mí lo que me sirve es llegar más tarde, cosa de que haya terminado la recepción que es lo que más me cuesta porque me pasan con las bandejas por al lado y me cuesta no tentarme...”* Otra paciente dice: *“sino, lo que hay que hacer es elegir entre comer la entrada o el plato principal pero no las dos cosas y si no se puede estar en la mesa porque la tentación es más fuerte, una buena idea es tratar de ir a conversar con alguien a otro sector o ir al baño o a jugar con algún chico...”* Otra paciente dice: *“A mí me sirvió no acercarme a la mesa dulce (...) Ahora, sí decidí que sí voy a comer algo (...) no voy a mirar todo lo que haya en la mesa sino que conviene que también vaya otro a la mesa dulce, con la idea de lo que queremos... porque nos conocemos y sabemos que en nuestro caso lo visual tiene una fuerte carga.”* (Primera Observación)

En las frases observadas, podemos ver que las conductas adictivas hacia la comida pueden ser “frenadas”, mediante técnicas o recursos, es decir conocimientos tipo *receta* que se van pasando los pacientes entre sí, o que son enseñados por los ejemplos que dan los coordinadores. Hablan de mecanismos de evitación frente al objeto adictivo, rodeos, demoras, que ayudan a suspender los automatismos, a tomar conciencia, a no exponerse a las 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, Pág. 129)

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; y esto es lo que trata de explicar la coordinadora cuando comenta en su ejemplo que al envolver el queso en papel film lograba poner un obstáculo que la retrasara en su objetivo de llegar al queso y en ese tiempo poder pensar y reflexionar en la conducta que se estaba realizando.

Esta idea puede asociarse a lo Zukerfeld (1979) describe en lo que denomina conductas reparatorias que surgen cuando la persona está en tratamiento y donde en las conductas abstinentes dice:

*“La relación con la comida adquiere características fóbicas. El paciente tiene miedo y se establece un espacio intermedio entre él y la comida dado por todas las facetas del tratamiento y las personas involucradas en el mismo. El control es externo y externalizado.”* (Zukerfeld, 1979, Pág. 47)

Estas técnicas o recursos, son compartidas en las reuniones grupales con el objetivo de que ante una situación similar se pueda proceder de manera distinta hasta encontrar el mecanismo más adecuado para cada persona. 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.

### 3.3.3 Aprendizaje de Hábitos de Conducta

Patricia le está hablando al grupo: "... Por eso siempre decimos que en este tratamiento conviene primero actuar (realizar el tratamiento de manera dócil y obediente) y sólo después pensar, cuando ya tengo la cabeza un poco más despejada y con mayor experiencia por escuchar el grupo" (Cuarta Observación)

Patricia le habla a una paciente que no está bajando bien de peso porque se cocina en vez de comprar la vianda: "El tratamiento con sus reglas obligatorias, lo que trata es de generar un hábito, crear una nueva conducta a seguir, a copiar. Esto pasa por ejemplo con la obligación de tomar siempre un caldo antes de comer porque aunque suene raro, el caldo y el yogur son simbólicos para mí, nos ubican en tiempo y espacio, nos ayudan a decidir, a estar limpios de mente y poder continuar un día sobrio." (Segunda Observación)

Según *Estilo Vida*, 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 cognitivas conductuales que consideran a la obesidad como una enfermedad, expresan que es necesario trabajar de manera interdisciplinaria generando una *reeducación de los hábitos alimentarios*, con una dieta lo más adaptada posible a la persona y con un debido control médico. También es necesario seguir un programa de incremento de la actividad física de acuerdo con la edad y estado del paciente.

Marta Garaulet Aza (2006), 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, Pág. 211)

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.

### 3.3.4 Aprendizaje por Refuerzo Positivo y Refuerzo Negativo

#### Refuerzo positivo

Patricia le habla a una paciente nueva mientras señala a una paciente que ya está en tratamiento: "¿La ves ella? bueno, Ana 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. Es el ejemplo del Espejo que demuestra más que mil palabras. Bienvenida y no faltes, sobretodo al principio." (Primera Observación)

Una paciente comenta que a pesar de estar haciendo bien el tratamiento, no bajó lo esperado a lo cual Darío 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 un talle de pantalón menor, poder cruzar las piernas en el caso de las mujeres, llegar a secarse los dedos de los pies al bañarse, atarse los cordones, etc. Y quedate con que hiciste las cosas bien que eso es lo importante y vas a ver que para la próxima reunión vas a bajar más de lo que pensás seguro." (Segunda Observación)

Si bien no están en los ejemplos transcritos, en *Estilo Vida* se viven otras situaciones de Refuerzo Positivo como ser: Cada vez que un paciente baja de una decena, todo el grupo lo aplaude y alienta a seguir bajando; otra de las formas es que al llegar al peso pactado, aparte de pararse enfrente (el que quiere) y contar qué sensaciones y emociones lo invaden, el paciente debe llevar una foto de cuando empezó el tratamiento y una de cómo se encuentra ahora y aparte de ser vista por el grupo, es puesta en un libro que está en la entrada de la institución y en la página web del establecimiento. Otras veces, los pacientes llevan y se ponen la ropa que tenían cuando empezaron el mismo.

### Refuerzo Negativo

Patricia le habla a una paciente que fue a una fiesta y se sintió desbordada por la comida. Dice: “*Manejar esto es muy difícil y por eso es conveniente tratar de ir a la menor cantidad de reuniones sociales posibles. (...) “...pero lo que yo recuerdo es que la vez pasada (se refiere antes de que dejara de asistir por un tiempo) que estabas en tratamiento, también habías ido a una fiesta, pero en ese momento pesaba más la elección que vos hacía de la delgadez, porque no es que no hubo mesa dulce o que la viste y te fue indiferente sino que en ese momento optaste por algo más sano para tu vida, optaste por la delgadez y usaste para eso todas las herramientas que fueron necesarias...”* (Segunda Observación)

Patricia le habla a una paciente que fue a una fiesta y se sintió desbordada por la comida. Dice: “*Manejar esto es muy difícil y por eso es conveniente tratar de ir a la menor cantidad de reuniones sociales posibles. (...) “...pero lo que yo recuerdo es que la vez pasada (se refiere antes de que dejara de asistir por un tiempo) que estabas en tratamiento, también habías ido a una fiesta, pero en ese momento pesaba más la elección que vos hacía de la delgadez, porque no es que no hubo mesa dulce o que la viste y te fue indiferente sino que en ese momento optaste por algo más sano para tu vida, optaste por la delgadez y usaste para eso todas las herramientas que fueron necesarias...”* (Primera Observación)

Un caso de refuerzo negativo también se observa cuando los coordinadores –y sobretodo Patricia– 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.

Los conceptos clásicos de Refuerzo Positivo y Negativo derivan 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 Instrumental ó *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 *Estilo Vida* 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, llegar al peso deseado y aparecer en el libro de la institución, 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, como en el caso de la paciente nueva a la que le muestran a otra paciente que ingresó con su mismo peso y ahora está cerca de llegar al peso pactado, nos permite hablar de un premio extra aparte del descenso de peso logrado. También como dice Darío: “*...lo lindo es encontrar la motivación en por ejemplo un talle de pantalón menor, poder cruzar las piernas en el caso de las mujeres, llegar a secarse los dedos de los pies al bañarse, atarse los cordones, etc.*” 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 auto-control que vimos anteriormente.

Las intervenciones de la coordinadora Patricia en las reuniones grupales 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, un deterioro en la autoestima, una pérdida de valor en su identidad. El efecto emocional negativo es fuerte, esto buscar generar la evitación futura de la misma conducta.

### 3.3.5 Aprendizaje por Imitación y Repetición

Patricia acaba de dar un ejemplo de cómo frente a una misma situación que vivieron ella y su marido, reaccionaron de distinta manera y a través de este ejemplo dice: “*Porque esto es así, lo que tenemos que aprender es que ante un detonante, la descarga tiene que ser otra, no la comida. Concientizar. Cambiar el hábito por repitencia, generar recursos, desestructurar y reestructurar.*” (Primera Observación)

Patricia le habla a una paciente que no está bajando bien de peso porque se cocina en vez de comprar la vianda: “*El tratamiento con sus reglas obligatorias, lo que trata es de generar un hábito, crear una nueva conducta a seguir, a copiar...*” (Segunda Observación)

Al final de cada reunión los pacientes nuevos deben quedarse para que Patricia les explique como deben realizar el tratamiento a nivel de la dieta alimentaria, cómo están hechas las viandas y su función en el tratamiento, qué les va a pasar en las primeras 48 o 72 horas, que problemas o tentaciones pueden llegar a tener y como superarlos, etc. Estos ejemplos, demuestran qué conductas deben imitar y repetir los pacientes día a día para llegar al objetivo propuesto, sobretodo al comienzo del tratamiento, donde se les explica que las primeras 72 horas son cruciales para hacer un corte – “con la obsesión, con la voracidad, con los prejuicios del yo no puedo. Permittiéndonos comenzar y sentirnos aliviados con tres días de tratamiento impecable sólo con repetición de lo enseñado.” (Ravenna, 2007)

También ya desde el inicio del tratamiento para cualquier persona, se les comenta que los tres coordinadores han llevado a cabo su propio proceso de adelgazamiento y esto juega una imagen importante para el paciente quien considera que si imita o repite lo que los coordinadores le enseñen, podrá también llegar a su peso pactado. Es así que en *Estilo Vida*, se exige un trabajo de copia, imitación y repetición que deben llevar a cabo los pacientes. Por ejemplo, se debe repetir con la mayor exactitud las conductas relacionadas con la dieta: antes de cada comida debe tomarse el caldo, siempre se tienen que tomar entre 3 y 4 litros de agua por día, siempre es necesario que exista un tiempo de entre 3 y 4 horas entre las comidas, etc... Si esto se repite en reiteradas oportunidades, crea el marco de conducta a seguir y genera un aprendizaje psico-fisiológico de la conducta.

Hemos visto, en el apartado anterior, que en el condicionamiento operante, el sujeto interviene u “opera” en el medio y a su vez éste reobra sobre el organismo. Aquí, sin embargo, al principio del tratamiento, hablamos del conductismo clásico que plantea que ante determinado estímulo se genera determinada respuesta. Es decir, al principio del tratamiento el paciente en *Estilo Vida*, sólo debe limitarse a *hacer* con obediencia y sin cuestionamientos ni buscando un por qué. Marta Gauralet Aza (2006), en su trabajo anteriormente mencionado explica:

“En lo que se refiere a la obesidad, la terapia de comportamiento se podría definir como el conjunto de técnicas que se utilizan para ayudar al individuo a desarrollar habilidades o destrezas que le permitan alcanzar un peso corporal más saludable. .... En primer lugar, la terapia conductual está dirigida a la consecución de objetivos. Se especifican metas claras que puedan ser fácilmente medibles (...) siendo de crucial importancia establecer objetivos concretos y a corto plazo, así como desarrollar técnicas específicas para cada uno de esos objetivos. En segundo lugar, el tratamiento está orientado hacia un proceso. (...) La efectividad del tratamiento se basa en técnicas que pueden ser aprendidas y llevadas a la práctica. La clave del éxito se encuentra en la habilidad o destreza para aplicar estas técnicas, más que en la fuerza de voluntad del individuo. En tercer lugar, la terapia de comportamiento busca pequeños cambios fácilmente alcanzables, más que cambios dramáticos o espectaculares que seguramente durarán poco en la vida del paciente.” (Gauralet Aza, 2006, Pág. 207 y 208)

La imitación y repetición de conductas, a partir de los modelos que presentan los coordinadores de los grupos de *Estilo Vida*, también puede sostenerse en la teoría del Aprendizaje Observacional, o aprendizaje cognitivo-social de Bandura (Boere, Gautier, 2002) donde se aprende a través de la observación de la conducta del otro. Este modelo, sostiene que el aprendizaje se basa en una situación social en la que participan, al menos, dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada, y el sujeto, que realiza la observación de dicha conducta y cuya observación determina el aprendizaje. Bandura (2002), a su vez, considera necesario referirse a la existencia de *representaciones mentales* para comprender la imitación, en particular en la fase de la adquisición de la conducta. Defenderá la existencia de dos fases, divididas cada una de ellas en dos subfases, para explicar este tipo de aprendizaje: la fase de *adquisición* de la conducta con las subfases de *atención* y *retención*, y la fase de la *ejecución* de la conducta con las subfases de la *reproducción motora* y de la *motivación* y *refuerzo*. El aprendizaje social está a la base de la *transmisión cultural* pues permite que las habilidades adquiridas por algún miembro de la comunidad puedan transmitirse al resto, sin que sea preciso que cada uno las adquiera a partir de su propia experiencia.

### 3.3.6 Manejo de las Emociones

Una paciente estaba diciendo: *“Si bien sé que me fui del plan, no quiero sentirme culpable.”* Patricia empieza a hablar casi de inmediato diciendo: *“Acá, la idea no es hablarte para que sientas culpa”* y Darío: *“Yo por ejemplo, el fin de semana tuve un velorio y cuando todos se imaginaban que seguro iba a comer porque estaba triste, yo hice el tratamiento de manera impecable, y sin embargo, capaz que en un momento de felicidad empiezo a picotear, y ahí me doy cuenta que esa emoción en mí, me lleva a la desorganización y no así la tristeza.”* Patricia: *“Claro, hay que saber conocerse”* (Segunda Observación)

Una paciente dice: *“A mí me pasa que como con culpa”*. Patricia: *“La verdad que analizar la culpa no aporta nada, porque la culpa no es constructivista.”* (Primera Observación)

Patricia habla de la adicción a la comida. *“Queremos tratar la adicción con el raciocinio y no se puede, porque la comida en nosotros dispara algo incontrolable (...) cuando queremos parar ya no podemos, o paramos porque ya no hay más qué comer. El tema es que necesitamos llegar a una estabilidad emocional.”* (Segunda Observación)

Patricia al grupo: *“... Utilizamos la comida como vehículo para afrontar las cosas y acá es donde necesitamos realizar un cambio de vínculo con la comida, porque si yo prefiero comer para no decirle algo a alguien, o porque estoy mal, o por lo que sea, la comida en realidad, pasa a ser en ese momento algo secundario y lo importante es lo que está por detrás.”* (Segunda Observación)

Patricia le habla a una paciente que vuelve por segunda vez: *“... por eso las segundas vueltas siempre son más difíciles, porque uno ya sabe de qué trata este plan, e indefectiblemente uno empieza a recordar la primera vez que vino, y empieza a comparar que en ese momento bajó los primeros 4 kilos de manera vertiginosa y ahora sin embargo, se bajan con pesar porque cuesta más. En realidad, lo que cuesta es volver a ser dócil como la primera vez, donde todo era nuevo y había decisión y motivación por hacer porque no había nada por perder (...) lo que yo les puedo decir es que si se toman el tratamiento de manera optimista, el descenso de peso es mejor.”* (Primera Observación)

En los diferentes extractos citados podemos observar como es tratado el tema de las emociones en el espacio de los grupos. En los primeros dos extractos aparece una importante contradicción, vemos por un lado, que desde las bases del tratamiento que propone *Estilo Vida*, por ejemplo en los folletos, a las emociones se les otorga un papel preponderante en el tratamiento, lo cual debe ser abordado en las charlas grupales. Se dice que los grupos son el espacio donde los participantes entienden lo que dice y siente el otro paciente, comprendiendo a su vez que las causas emocionales son una parte importante de la etiología de la enfermedad. Durante las charlas grupales, Patricia pide que se utilicen los grupos para trabajar las emociones, y no para hablar de la comida. Sin embargo, observamos que en los dos primeros extractos, la misma coordinadora sostiene: *“Acá, la idea no es hablarte para que sientas culpa”* *“La verdad que analizar la culpa no aporta nada, porque la culpa no es constructivista.”* Es decir, se impide profundizar el tema de las emociones, no hay lugar para analizar lo que él paciente siente.

*Estilo Vida* plantea a sus pacientes que en los grupos es importante hablar del vínculo que el paciente obeso establece con la comida, pero generalmente, hablan de este vínculo como una conducta adictiva, como ya vimos en el punto 3.3.1, y no importa mucho desarrollar qué sentimientos y emociones trae aparejado el acto de comer para cada paciente en particular o qué causas lo llevaron a hacerlo. Esta línea de pensamiento ya está clara en el propio Ravenna (2006), quien expresa:

*“...cabe remarcar que en el tratamiento de la adicción a la comida no sirve indagar en temas personales muy profundos porque, en general, funcionan como justificativo y barrera para seguir comiendo. En realidad, cuál es el detonante que lleva al exceso importa menos que sacarse de encima esos kilos de más que ponen en riesgo la vida.”* (Ravenna, 2006, Pág. 168)

Lo expuesto, entra en contradicción con lo que analizamos en el Capítulo I acerca de la Obesidad, donde describimos que los factores emocionales juegan un papel importante en la etiología de esta enfermedad. Allí afirmamos que estos factores pueden ser mejor trabajados a través de reuniones grupales de pacientes que están en la misma situación. A partir de la identificación, la solidaridad y el acompañamiento se hacen más fáciles –y hasta placenteros– los procesos de adelgazamiento y mantenimiento.

Como vemos en últimos extractos, se va construyendo, no solo un abordaje contradictorio acerca de las emociones, sino que se construye también todo un discurso bastante confuso, donde se mezclan y se contraponen elementos con poco o ninguna coherencia. Por ejemplo, al mismo tiempo, se contraponen y se mezclan emociones con raciocinio, se sustituyen las emociones con la comida, pero también la comida tapa a lo emocional, que estaría oculto tras la adicción, se sustituyen vínculos personales por vínculos con la comida, se recomiendan ciertas emociones para poner en juego en el tratamiento, se recomienda no poner en juego otras, y finalmente se dice que hay que encontrar la estabilidad emocional.

Este discurso favorece la idea de que se puede hacer un “manejo de las emociones”. La institución pide que se detecten y se modifiquen ciertas emociones. Hay un criterio generalizador que prescribe

cuáles emociones son adecuadas y cuales no. Cuando la coordinadora general pide en los grupos que los participantes hablen sobre las emociones, solo se acepta que los pacientes hagan algo del orden de la *catarsis*, ya que no interesa saber o analizar por qué el paciente sintió lo que sintió o qué fue lo que desencadenó la reacción emocional en él.

### 3.3.7 Identificación

Una paciente nueva se está presentando y Patricia observa que hay varias pacientes llorando y le pregunta a una de ellas: “¿Por qué lloras?” La paciente dice: “*porque sé lo que es el dolor de la obesidad y la entiendo. Me hace recordar a mí cuando vine que estaba con la misma angustia por dentro pero tratada de hacerme la fuerte. Es una enfermedad de m... y es verdad que los que no la padecen no lo entienden*”. (Primera Observación)

Se está presentando otra paciente nueva quien dice: “*...Me corrí de lugar cuando tuve familia, cambié de trabajo empezando a trabajar desde mi casa y todo eso me llevó al sedentarismo y a subir de peso*.” Patricia dice: “*Sí, nos ha pasado a casi todas acá. El correr nos de nuestro protagonismo en la vida y más sí se trata de tener hijos y dar todo por ellos. Acá, en las historias del grupo, vas a ver que muchas veces va resonar tu propia historia...*” (Cuarta Observación)

Una paciente se anima a hablar y comenta: “*A mí se me hace difícil sobretodo los fines de semana porque aparte de tener mayor exposición a la comida debido a los eventos o reuniones a los que me invitan, siento que es más complicado porque están todo el día mis hijos y nietos, sobretodo los domingos familiares, y tengo que cocinarles*”. (Primera Observación)

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...*” (Tercera Observación)

Si bien en los anexos que están al final del presente trabajo, pueden observarse muchos más extractos similares, estos cuatro párrafos ejemplifican uno de los mecanismos que más se da en este grupo, que es la Identificación. Según el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, la identificación puede definirse 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, p.190).

En las transcripciones, podemos observar que las personas se identifican con los compañeros, con cada uno de los coordinadores, con las historias y con la institución. Como dice Patricia en una de las observaciones, el grupo sirve como *espejo* de las propias inquietudes y dificultades. Observamos que, cuando los pacientes ven los logros de otros, se sienten estimulados a seguir por el mismo camino, 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. Mas aún, la identificación hacia los modelos que se le proponen: pacientes recuperados y coordinadores, 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.

### 3.3.8 El Papel de la Mirada

Una paciente comenta que fue a una fiesta y se sintió desbordada: “*... me encontré pensando más en la comida que en la gente que iba a ver esa noche y sentir esto me preocupó*”. Patricia le dice: “*Lo más probable es que siempre hayas sido así sólo que antes no lo registrabas. Antes ibas a la fiesta y comías y ahora que estás en tratamiento estás empezando a ver, estás empezando a verte*” Ahora mira a todo el grupo y dice: “*Les aviso que esto les va a pasar a todos, porque a partir de acá, de este tratamiento, nunca van a volver a ser los mismos aunque coman mucho, porque se genera una nueva mirada que antes no teníamos*”. (Primera Observación)

Patricia está hablando con una paciente que dice que le cuesta mantener el peso y por medio de ella a pacientes que llegaron a su peso pero que después subieron de nuevo algunos kilos de más pero no

se preocupan en bajarlos. Dice: “*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 eternamente (...) y a esto se suma que el entorno nos dice que nos vemos mejor y la mirada del otro pesa.*” (Primera Observación)

Frente a una paciente que contó que lo que le cuestan son las fiestas, las pacientes empiezan a comentar los recursos que utiliza cada una y una de ellas dice: “*A mi me sirvió no acercarme a la mesa dulce (...) Ahora, sí decidí que sí voy a comer algo en la mesa dulce porque no lo voy a resistir, no voy a mirar todo (lo dice con énfasis) lo que lo haya en la mesa sino que conviene que también vaya otro con la idea de lo que queremos y no nosotros, porque nos conocemos y sabemos que en nuestro caso lo visual tiene una fuerte carga.*” (Primera Observación)

Patricia a una paciente nueva: “*¿qué sentís con este peso? ¿Qué te genera este cuerpo obeso? 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 doloroso”* (dice con voz quebrada). (Primera Observación)

En estos ejemplos, podemos vislumbrar que se habla de la mirada desde dos puntos de vista diferentes. Uno es la mirada 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. El otro punto de vista está orientado a pensar la mirada desde lo intersubjetivo, la mirada nos designa la presencia de un otro ante nosotros que al mirarnos también nos permite vernos. Esta sensación es la que marca Sartre en *la Ser y la Nada* (1966) donde decía que la mirada designa la presencia de otra subjetividad ante mi consciencia afirmando:

“... es un dato de experiencia la presencia del otro como sujeto: el otro nos es presente de un modo manifiesto en la experiencia de la mirada, que es la experiencia fundamental en la comunicación. Cuando sentimos que alguien nos mira, sentimos que estamos ante otra subjetividad, ante otra conciencia, no ante un mero objeto; del otro que se nos hace presente de este modo podemos temer que se enfrente a nuestros proyectos, a nuestra libertad; sentimos que estamos delante de un ser con el que podemos contar, o al que nos hemos de oponer, delante de un ser que nos valora y pone en cuestión lo que somos, lo que queremos, nuestro ser. Es el ámbito primero que abre la puerta a la comunicación. *la presencia del otro es necesaria para nuestro propia autoconciencia*, somos conscientes de nosotros mismos en la medida en que el otro nos valora, cuenta con nosotros, nos estima, odia, quiere, detesta... La presencia del otro como sujeto, su mirada, tiene un valor tan importante que sólo mediante ella se puede decir que somos conscientes de nosotros mismos.” (Sartre, 1966, pag. 292)

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 un sentimiento dual, al mismo tiempo que es algo personal, 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, Pág. 191)

Es común escuchar en los pacientes frases como “no quería salir de casa; me daba 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. La vergüenza que siente el obeso frente a la mirada de los otros se ve claramente cuando llegan pacientes nuevos, quienes se niegan a decir el peso con el que vienen hasta que van observando que en el grupo, el peso resulta ser sólo un número, todos han pasado por lo mismo, recién ahí lo dicen con más tranquilidad aunque igualmente con vergüenza. Hay pacientes que manifiestan que por ejemplo, en un almuerzo familiar, estando delante de la mirada de los otros, se obligan a no salir del tratamiento, pero luego, estando a solas, tentadas o tentados por la exposición a la comida, sin ser vistos por nadie, comen a escondidas.

También podemos relacionar el concepto de la mirada con el dispositivo del Panóptico de Foucault donde se establecía una diferencia de alcances de las miradas, quien vigila puede ver a la persona en su celda pero no a la inversa. La mirada funciona directamente como instrumento de control, es decir, la mirada se ve como sinónimo de vigilancia. Al respecto conviene explicitar cual es el espacio donde se

hacen las reuniones de los grupos en *Estilo Vida*. La disposición espacial de los participantes del grupo se hace en forma semicircular, alrededor de un mini escenario un tanto más elevado, donde se presentan la coordinadora y el co-coordinador. Esta diferencia en las posiciones promueve que ellos puedan ver a todos y no así los pacientes a ellos, ya que algunos están en una segunda o tercera fila alrededor del semicírculo.

Sin embargo, hay que reconocer que los grupos donde se producen las charlas y el intercambio entre los pacientes, son un espacio especial para poner en juego la mirada desde y hacia los otros. En este ámbito es mucho más difícil descalificar al otro a través de la mirada. 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.

### 3.3.9 Imagen Corporal

Una 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...”* (Segunda Observación)

Una paciente nueva se está presentando. Patricia: *“Contame ¿qué sentís con este peso? ¿Qué te genera este cuerpo obeso?”* La paciente dice: *“Angustia, no me reconozco, me cuesta elegir ropa, no me dan ganas de salir, estoy como más aislada de todos...”* (Primera Observación)

Patricia le pregunta a una paciente nueva: *“¿Te pesaste hoy? ¿Cuánto estás pesando?”* La paciente dice: *“peso 95 kilos, nunca había pesado tanto que yo recuerde.”* (Primera Observación)

A otra paciente nueva: *“Bueno Mariana, me imagino que te habrás pesado antes de entrar. Contanos cuál es tu peso actual.”* - Paciente: *“Más de lo esperaba, peso 98 kilos”* (Cuarta Observación)

Por imagen corporal, 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, lo cual se observa por ejemplo, cuando las pacientes nuevas dicen: *“nunca había pesado tanto que yo recuerde”* ó *“Más de lo esperaba, peso 98 kilos.”*

En su texto sobre Psicoterapia de la Obesidad, Zukerfeld (1979) dice:

*“Pienso que de diferentes maneras los autores hablan de tres diferentes registros de una única experiencia que llamamos imagen corporal. El primero de ellos sería el registro de la forma que incluye la idea consciente que el sujeto tiene de su propio cuerpo en cuanto a aspecto, postura, dimensiones, ubicación en el espacio y movimientos. (...) El segundo registro sería el contenido: éste involucra la posibilidad del reconocimiento de las sensaciones intero y propioceptivas (cenestésicas, etc.) y de las necesidades corporales (hambre - sed, etc.) (...) El tercer registro es el significado: aquí se entiende al cuerpo como un conjunto de zonas erógenas y erogeneizadas en el curso de la evolución individual; implica la posibilidad de simbolización y es por lo tanto un registro vinculado a la existencia de un sistema Inc., inaccesible al sensorio y solamente inferible a través de sus diferentes manifestaciones. La imagen corporal podría entonces definirse como una estructuración de una forma con su contenido y significado...”* (Zukerfeld, 1979, Pág. 75 y 76)

Respecto al registro del *significado*, 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.

### 3.3.10 Reconstrucciones de Identidad

Como en el ejemplo anterior: 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”*. (Tercera Observación)

Otra paciente: *“A mi me paso que ayer tuve como una discusión con mi marido donde él me dijo algo que me molestó y me di cuenta que en otro momento me hubiera callado o puesto a llorar, pero esta vez, sin embargo, le respondí. Y me di cuenta de que no fue tan difícil ni se vino el mundo abajo como yo pensaba.”* (Tercera Observación)

Una paciente dice: *“Yo no puedo creer la diferencia de mi vida ahora a hace un año atrás. Llevo bajados 35 kilos y todos los años me tengo que hacer un control médico en el Hospital Roffo 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.”* (Tercera Observación)

Una paciente comenta que fue a una fiesta y se sintió desbordada. Patricia le dice: *“Lo más probable es que siempre hayas sido así sólo que antes no lo registrabas. Antes ibas a la fiesta y comías, y ahora que estás en tratamiento estás empezando a ver, estás empezando a verte”*. Patricia mira a todo el grupo y dice: *“Les aviso que esto les va a pasar a todos, porque a partir de acá, de este tratamiento, nunca van a volver a ser los mismos aunque coman mucho, porque se genera una nueva mirada que antes no teníamos”*. (Primera Observación)

Este concepto, está íntimamente relacionado con los dos conceptos anteriores de identificación e imagen corporal.

En el grupo podemos observar que una de las principales modificaciones en el paciente obeso suelen expresarse como un “no me reconozco”, lo cual viene acompañado de un sentimiento de angustia, porque no pueden seguir reconociéndose en el marco de la identidad de ser gordos.

Las intervenciones de la coordinación y las recepción positiva que el grupo tiene de las mismas promueve que los participantes del grupo comiencen a distinguir entre *estar gordo* que es visto como una situación momentánea o temporal, y *ser gordo* que está mas a nivel de la auto-evaluación o auto-consideración que tiene la persona de si misma, es decir, mas al nivel de su identidad. 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.

### 3.3.11 Coordinador como Modelo

Patricia: *“Recién en mi propio tratamiento, cuando empecé a bajar de peso, pude ver mi potencial y recuerdo que también pude ver el de mis compañeros de grupo, donde muchos no puedo ahora se volví en un ahora puedo y quiero, porque la vida se sigue moviendo y al bajar de peso, nos agarra mejor parados, integrados en lo emocional, en lo físico y en lo psíquico.”* (Cuarta Observación)

Patricia estaba diciendo que se necesita graficar lo que se come y da un ejemplo personal de una situación que ella considera grafica la idea. Dice: *“Nosotros (se refiere a ella y a Jorge, su marido) teníamos una pareja de amigos doctores (...) nos enteramos que este médico amigo estaba en Terapia Intensiva bastante mal por x motivo y eso nos tomó por sorpresa y nos puso muy mal, pero lo que les quiero marcar de este relato es lo grafico que fue para mí ver que Jorge agarró las zapatillas y se fue a correr mientras lloraba, pero yo sin embargo, fui directo a la heladera para transitar la angustia comiendo aunque no recuerdo si lloré o no. Acá podemos ver la diferencia qué existe en cómo elaboramos las descargas, ¿no les parece?...”* (Primera Observación)

Si bien acá sólo presentamos dos párrafos, podemos ver a lo largo de muchos de las observaciones ya analizadas que Patricia se muestra como el modelo a seguir o el ideal a alcanzar. Cuando las pacientes relatan una situación, un sentimiento o una idea, es común que Patricia lo ejemplifique con alguna conducta que ella realizó en una situación igual o parecida como es el ejemplo del segundo párrafo donde ella relata su vivencia y su conducta adictiva frente a una situación dolorosa. Continuamente genera mecanismos de identificación para que el grupo la tome como modelo. En uno de los ejemplos, también incluye a su marido como modelo, quien es también fundador y director médico de la institución. En este caso, la pareja de fundadores y directores de Estilo Vida, funcionan como modelo de pareja y de matrimonio ideal, y a un nivel más latente como pareja parental, madre y padre de los pacientes obesos que para curarse, deben imitarlos.

Además de Patricia, en los grupos de *Estilo Vida* podemos ver otras modalidades de coordinación distintas, aunque también complementarias entre sí. Darío es un paciente recuperado, que actualmente está en fase de mantenimiento. Los pacientes sienten que él pelea por lo mismo que ellos, es más comprensivo, más humano y brinda el relato de su propio adelgazamiento como modelo a seguir pero desde el punto de vista de la solidaridad, del “se puede” y con su relato trata de transmitir el logro y el entendimiento mutuo desde la empatía. También coordina los encuentros de fin de semana, que son encuentros informales, al margen del programa oficial de *Estilo Vida*.

Guillermo, que es Psicólogo, coordina desde un rol más profesional, trata de establecer un marco teórico más claro y de darle más coherencia al discurso planteado desde Estilo Vida. Le da formalidad a las palabras de las pacientes, quienes sienten en el saber psicológico un respaldo y aval importante, sobretodo, cuando Guillermo, logra hacer una interpretación de un sentimiento o situación.

A partir de lo observado en los procesos grupales, es necesario destacar que la mayor identificación que se genera es con Patricia como modelo a seguir, no sólo porque ella habla de su propia experiencia de adelgazamiento, sino porque para cada comentario de los pacientes, se pone ella como ejemplo, presentado situaciones de su propia vida, lo cual indirectamente convoca a los pacientes a que aspiren a llegar a la misma resolución de sus propios problemas. El camino señalado por Patricia es visto por supuesto como el más adecuado, porque ella es la más exitosa de todos los miembros de la institución, transformó un grave problema personal en objetivo de lucha y de cambio, para sí y para otros, logró alcanzar el éxito, y no solo en lo personal, sino también en lo económico.

Este posicionamiento que la coordinadora constantemente busca, también promueve actitudes de veneración o adoración de parte de los pacientes hacia ella. Si Patricia es la dueña, la directora médica, la coordinadora principal de los tres grupos, la modelo fundamental a seguir, por la forma en que se ha recuperado, y por la forma en que mantiene su peso, queda muy claramente visible, que la sumatoria de lugares y de atributos positivos, le confieren el máximo prestigio, una conducta intachable, una reputación incuestionable, y por lo tanto, el lugar de máximo poder en la organización, y en la mente de cada uno de sus pacientes. Y esto es una de las claves que hace funcionar adecuadamente el tratamiento de adelgazamiento en Estilo Vida.

### 3.3.12 Discurso Superyoico o Spuntalado en el Ideal del Yo

Patricia pregunta, dado que es viernes, cómo se ven para afrontar el fin de semana y una paciente comenta: *“A mi se me hace difícil sobretodo los fines de semana (...) siento que es más complicado porque están todo el día mis hijos y nietos, sobretodo los domingos familiares, y tengo que cocinarles”*. Patricia dice: *“Acá hay una cosa muy clara, el equilibrio tiene que empezar por nosotros, aprender a no involucrarnos en la comida de los otros. Tenemos que trabajar en cómo nos posicionamos nosotros que somos adultos en el lugar de adultos y no en el lugar de nuestros hijos que todavía se están formando. También hay que reconocer que muchas veces cocinamos o compramos en el supermercado lo que en realidad queremos comer nosotros y que nuestros hijos nunca nos pidieron. ¿Alguna vez dijeron: hoy no tengo ganas de cocinar u hoy no quiero que vengan todos?”* (Primera Observación)

Patricia a una paciente que dice estar haciendo todo bien pero que no baja de peso y comenta que lo único que no hace es comprar las viandas: *“Bueno, te propongo que por una o dos semanas trates de comprarte las viandas y no cocinar para que de verdad aprendas visualmente cuál es la medida que tenemos que utilizar aunque igualmente nunca es lo mismo cocinar que descongelar una vianda. Tenemos que tener en cuenta que aunque usemos la bandeja como porción indicada, nuestra tendencia es siempre a aumentar la porción aunque esto no sea de manera consciente, porque es muy difícil lograr una comida de 150 calorías y sobretodo al principio del tratamiento.”*

- Paciente: *“Bueno, voy a hacerlo.”*

- Patricia: *“Y vas a ver que seguro el problema estaba ahí y vas a empezar a bajar bien de peso.”* (Segunda Observación)

Patricia: *“La delgadez permite ponernos ecuanímenes, decisivos, equilibrados y empezando con el límite en la comida, después podemos empezar a poner límite a otras cosas.”* (Segunda Observación)

Otra paciente dice: *“...el sábado fui a una reunión y no me llevé la vianda por lo que sé que comí de más. Aunque no sé cómo igual bajé de peso, lo que me molesta es la actitud que tuve ese día.”* - Darío dice: *“...pero yo lo que me pregunto es ¿Por qué decidiste, aunque sea por ese momento, dejar de lado tu deseo de delgadez y optaste por no llevar la vianda o cuidarte? (...) Yo creo que tenés que volver a ser la protagonista de tu vida y no correrte y el protagonismo te lo da el cuidado, en este caso la vianda en una reunión.”* (Segunda Observación)

En estos ejemplos, podemos observar que no se busca solo lograr un cambio de conducta alimenticia, como se ha visto en otros extractos analizados, sino que la delgadez es el objetivo final al cual debe llegar el paciente. La presencia de metas mucho más exigentes generan un efecto de sobreadaptación en los pacientes. Por esta razón es que hablamos de discurso superyoico o fuertemente sostenido en el Ideal del Yo.

Para entender a qué nos referimos con el concepto de Super Yo vamos a definirlo por medio de su función. El Super Yo, de acuerdo a Freud (1988) es la instancia psíquica que tiene la función general de representar a nivel psicológico inconciente las normas e ideales familiares y sociales, convirtiéndose así en un intermediario entre el sujeto y la cultura o la sociedad a la que pertenece. Es la instancia que promoverá la represión de los contenidos psíquicos inaceptables. En el superyó se suele distinguir dos partes, el llamado “ideal del yo” y la “conciencia moral”. El primero señala las situaciones, estados y objetos valorados positivamente por el sujeto y a las que tenderá su conducta. La conciencia moral, a través de la Autoobservación o Autocrítica pone en juego las prohibiciones y las sanciones a las que cada sujeto debe someterse.

Patricia, en su rol de coordinadora del grupo, adopta un discurso superyoico, observando, criticando y sancionando las actitudes, acciones y deseos de los participantes, promoviendo el rechazo y la represión de los contenidos psíquicos inaceptables. Si lo que se quiere en *Estilo Vida*, es promover un cambio en los hábitos de alimentación, Patricia actúa entonces como la *voz de la conciencia*, cuya función es la prohibición de determinadas comidas y conductas, es decir la barrera que marca los hábitos que no deben continuarse. El discurso superyoico, por ser un discurso de prohibición, es un discurso que pone límites, que busca que el sujeto evite lo prohibido, en esa medida, resulta poco útil para favorecer el aprendizaje de nuevas conductas o hábitos.

El discurso que apunta más hacia el Ideal del Yo podría tener una función más proactiva, señalando cuales son las metas u objetivos a alcanzar. Los ejemplos arriba presentados, parecen mostrar que el objetivo de llegar o desear la delgadez, sería el ideal al cual aspiran todo los pacientes de *Estilo Vida*. Ahora bien, enmarcado así, esta delgadez oculta una situación de alto riesgo para los pacientes, los ideales generalmente nunca se alcanzan, porque son ideales, esto puede ser una situación de mucha frustración y tensión difícil de superar, especialmente en pacientes que tienen mucho sobrepeso, o que tienen una historia de vida ya muy marcada por la obesidad. Si el ideal es la delgadez, si se orienta a alcanzar la fantasía de que adquirir un cuerpo delgado, eso es el sinónimo de éxito, de felicidad. Es un *ideal corporal social* que está altamente influenciado por los mitos y valores sociales que priorizan insistentemente la necesidad de tener un cuerpo esbelto, jovial y trabajado, que también es altamente maleable y modificable a voluntad. Si se fomenta la idea de que la fuerza de voluntad de cada sujeto es lo que permite o no a alcanzar este ideal, el fracaso puede llevar a fuertes sentimientos de impotencia, debilidad, inadecuación y falla personal. ¿es realmente la salud el objetivo principal al que apunta esta organización? ¿o simplemente está haciendo espejo a los discursos que se promueve cotidianamente en la sociedad de consumo, que igualan las ideas de belleza, delgadez, éxito y felicidad?

### 3.3.13 Construcción de un Discurso *Supra-científico*

Patricia le dice a una paciente que dice sentir hambre que eso le pasa si está comiendo más de 600 calorías pero que esta cantidad de calorías no va a ser por siempre: *“...Después será tratar de mantener un equilibrio entre las grasas y la combustión... Acá es donde se empiezan a desdibujar los roles porque me veo divina pero no puedo habilitarme a llegar al peso que me corresponde (...) El factor emocional está ligado al factor humor. Y el humor, desde la medicina, tiene que ver con los fluidos en nuestro cuerpo que pueden frenar el adelgazamiento (...) Recuerdo que una paciente siempre decía estoy hinchada y a esto me refiero con mal humor a un funcionamiento de lo humoral, pero en buen humor, uno no dice estoy desinflado como sinónimo de no tener problemas...”* (Primera Observación)

Patricia: *“Para llegar a la obesidad, tuve que haber convivido anteriormente con otros excesos, tener un sí fácil, ser complaciente, no tener horarios para los otros, etc. Todo esto es exceso, y como vos decís, es ocupar más lugar del que nos corresponde no sólo espacialmente hablando sino también en ocupar*

*el lugar de los otros.... En nuestro caso, nuestra cabeza interpreta que hemos utilizado en muchas y variadas situaciones la comida como combustible, que es lo normal, sólo que en nosotros hay un exceso de comida con recargas de más, porque tener más combustible ayudaba a que yo pudiera estar más para los otros.” (Segunda Observación)*

Patricia a una paciente que no baja de peso aún haciendo las cosas bien: *“El tratamiento con sus reglas obligatorias, lo que trata es de generar un hábito, crear una nueva conducta a seguir, a copiar. Esto pasa por ejemplo con la obligación de tomar siempre un caldo antes de comer porque aunque suene raro, el caldo y el yogur son simbólicos para mí, nos ubican en tiempo y espacio, nos ayudan a decidir, a estar limpios de mente y poder continuar un día sobrio.” (Segunda Observación)*

Patricia: *“Nosotros, nos relacionamos más con la letra “O” que con la letra “Y”, incluso en la forma de estas letras y su relación con el cuerpo. Somos totalmente excluyentes y esto tiene que ver con un facilismo, con una comodidad que incluso nos llevó a estar como estamos y estando así, gordos, es cuando creemos que no tenemos potencial para nada. Es más, estando así, ni siquiera elegimos ni sabemos elegir, nos volvemos descartables.” (Cuarta Observación)*

Patricia le habla a una paciente que dijo que cuando tiene ganas de comer queso, lo hace mediante una tarta de queso y cebolla en el almuerzo o la cena a lo que Patricia dice: *“Si bien no está mal, porque lo comes en un horario de comida, genera un mal hábito (...) No se trata de trabajar solamente con lo que no me gusta sino con generar nuevos hábitos de alimentación, un nuevo vínculo con la comida. Trabajar con los automatismos que nos llevan directo a calmarnos con comida. Aprender a darle tiempo al cerebro de que pueda decidir si sí o no al comer, si es necesario comer por fuera del plan y aprender a detectar cuándo en realidad el organismo tiene hambre y cuándo es en realidad ansiedad u otra cosa pero no hambre real”.* (Primera Observación)

Patricia es médica y muchas veces utiliza un discurso fuertemente apoyado en el saber médico, en el saber de las ciencias de la fisiología, de la química, de la física, para explicar conceptos formales de la patología de la obesidad, o para explicar por qué es conveniente tomar los suplementos vitamínicos, e incluso para explicar los complicados procesos químicos y fisiológicos de por ejemplo la “acidosis”. Para los pacientes este saber médico se vuelve la verdad, algo que les resulta indiscutible, algo que no se puede confrontar. Pero esta construcción de discurso de *saber profesional y especializado* que Patricia realiza, y que en gran parte toma del Dr. Ravenna (2006, 2007), no termina aquí. En cada reunión, ella va combinando y recombinando estos saberes científicos con muchos otros trozos de conocimientos de sentido común, conocimientos de psicología de autoayuda, conocimientos de la historia de la medicina, etc. etc. Todos estos elementos disímiles son acomodados a su gusto, en el marco de metáforas y deslizamientos de significado muy potentes, con imágenes, con palabras clave, que ayudan a grabar en la memoria de los pacientes estas ideas. Este discurso “multiprocesadora”, que hace un collage donde entra todo, analizado mas objetivamente, posee una lógica totalmente falaz. Se sostiene fundamentalmente en las imágenes y los efectos emocionales que dispara en el auditorio. Y se sostiene también en la repetición de las mismas ideas o ejes centrales.

¿Cuál es la función de este discurso pastiche? Nos parece que actúa como discurso prestigiado, verdadero, validado, tal como lo hace el discurso científico. Pero su autoridad no termina allí, supera al discurso científico, ya que lo incorpora en un discurso que parece ser científico, pero que está reforzado, potenciado porque incluye un conjunto mucho mas amplio de elementos muy diversos, que ofrecen la posibilidad de usar mágicamente cualquier lógica argumentativa para sostenerlo. Ya no es solo algo superior, como lo es el discurso de la ciencia, que es considerado verdadero porque responde a un método, una lógica y una demostración científicas, sino que se torna incuestionable, cualquier crítica o duda acerca del mismo, puede defenderse con las piruetas argumentativas más caprichosas. Se trata de un discurso que, al no tener lógica clara ni cierta que lo structure, al ser tan flexible y multiforme, no ofrece puntos de fisura, por lo tanto otorga un lugar de mucho mayor poder a quien lo implementa.

## 4. Conclusiones generales

### 4.1. Comparación de los Dispositivos Grupales trabajados y los grupos de *Estilo Vida*

Aquí vamos a intentar responder a nuestra pregunta inicial que indagaba a qué tipo de grupo corresponde esta modalidad de grupo que observamos en las charlas grupales de *Estilo Vida*. ¿Se asemeja más a alguno de los cinco tipos de grupo trabajados en el Capítulo II? Se parece más al Grupo de Autoayuda, al de Aprendizaje, al grupo de Reflexión, al grupo Terapéutico o al Grupo Operativo. O se trata de una combinación de dos o más de ellos. O se trata de algo completamente diferenciado y específico.

#### 4.1.1 Grupo de Autoayuda

En el Capítulo II hemos visto que en este tipo de grupo, los miembros se unen en una situación de grandes necesidades personales para compartir tópicos y sentimientos que generan un alto nivel de identificación, fuertes sentimientos de comprensión y contención, lo cual produce a su vez mucha cohesión interna en el grupo y mucho sentimiento de pertenencia en los integrantes. Todos estos factores potencian el proceso de curación o evitación del sufrimiento que los pacientes realizan a través de los grupos de autoayuda. En este caso, de *Estilo Vida*, el tema compartido por los miembros es el dolor de la obesidad, enfermedad a la que llegan todos más allá de las causas específicas de cada persona. El objetivo común que persiguen las reuniones grupales por un lado es ayudar a que todos los pacientes puedan llegar a un peso pactado, aprender nuevos hábitos alimentarios, que es el texto manifiesto del propósito de la institución. El objetivo común de todos los asistentes a las charlas grupales es compartir experiencias, sentimientos, historias, motivaciones, recursos y estrategias de abstinencia, pero sobretodo, que el paciente pueda sentirse comprendido y contenido, situación que ellos no tienen en el entorno cotidiano.

De acuerdo a lo que mostró el análisis realizado a través de las 13 categorías analizadas, podemos afirmar que hay bastante similitud entre los grupos que se arman para las Charlas Grupales en *Estilo Vida* y los Grupos de Autoayuda, tal como están definidos en la bibliografía presentada, especialmente en el modelo descrito por Lieberman (1996). Afirmamos esto, porque en los Grupos de *Estilo Vida* se considera a la obesidad como una **Conducta Adictiva**, de la cual nunca será posible llegar a una total recuperación y ante la cual es importante desarrollar **técnicas o recursos de autocontrol** y de afrontamiento. Estos son principios idénticos a los que se utilizan en Alcohólicos Anónimos y en la mayoría de los grupos de Autoayuda que se conocen. En los grupos de *Estilo Vida* se producen fuertes procesos de **identificación** que tienden a generar procesos de **normalización**, es decir, que los pacientes se sientan comprendidos y aceptados, tanto en su patología, su peso e **imagen corporal**, como en sus dificultades vinculares y sociales, etc. Los grupos también sirven para expresar y adquirir el **manejo de las emociones**. Los grupos sirven como espacio de adquisición de un **nuevo mapa cognitivo y emocional** para relacionarse de otra manera con la comida y restringir o controlar su conducta adictiva. Todo el proceso de inclusión, participación, mantenimiento, y progreso que se va dando en los grupos de *Estilo Vida* lleva a **reconstrucciones de Identidad** en los sujetos pacientes. Dentro de los grupos, los **coordinadores funcionan como modelo**, en la medida que todos ellos, **profesionales y no profesionales**, han realizado tratamientos de adelgazamiento del mismo tipo que hacen los pacientes que asisten a los grupos.

Desde el lado de la coordinación, si bien los tres coordinadores han llevado a cabo su propio proceso de adelgazamiento, Darío es el coordinador que se parece más a los coordinadores de los Grupos de Autoayuda. Por un lado, él no es profesional, mientras que los otros dos coordinadores sí lo son. Darío comparte sus experiencias desde un plano de mayor igualdad con los pacientes, él manifiesta que sigue siendo paciente de la institución, más allá de coordinar un grupo. Asimismo, Darío, es quien genera encuentros extra-grupales en el club, en las fiestas de fin de año y otras fechas similares. Llega antes de los grupos para desayunar con los otros miembros y muchas veces también se queda a almorzar con el mismo fin. Darío recibe un salario por su rol de coordinador, si bien el mismo no fue pactado desde los comienzos de su trabajo, sino que se fue generando con el tiempo. En este sentido, también, puede verse que originalmente respondía muy claramente al modelo de coordinador de los grupos de autoayuda, ya que no percibía honorarios por su tarea, solo con el tiempo comienza a tener cierto reconocimiento como profesional o especialista dentro de *Estilo Vida*.

Por último, la construcción constante de un **Discurso supra-científico** por parte de los miembros de la institución, y la repetición del mismo por parte de los pacientes, impide la confrontación o crítica del discurso institucional acerca de la patología y del método de tratamiento. Muchas veces el contenido de este discurso apunta a establecer que la única forma válida y exitosa de enfrentar el problema de la obesidad es realizar el tratamiento integral que propone *Estilo Vida*. Esta aceptación de que el tratamiento ofrecido es la única alternativa para curarse es similar a la característica que Lieberman (1996) asigna a los Grupos de Autoayuda, los cuales son considerados como **Sitio Único**, es decir, los pacientes sienten que es el único sitio donde pueden abordar y curar su patología

#### 4.1.2 Grupo de Aprendizaje

El análisis realizado a través de varias de las 13 categorías encontradas, también nos permite observar que los grupos que funcionan en Estilo Vida comparten varias características con los Grupos de Aprendizaje, especialmente con aquellos que responden más a la teoría clásica del aprendizaje, donde el docente, modelo de saber, imparte el conocimiento y el alumno sólo debe incorporarlo mecánicamente, sin opinar, ni mucho menos discutirlo.

En efecto, en los grupos y en *Estilo Vida* como tratamiento integral, se exige la adquisición obligatoria de **hábitos de conducta**, como por ejemplo, el cumplimiento de la dieta, la prohibición de ingerir ciertos alimentos, o a ciertas horas, o en ciertos lugares, etc. etc. En estos aprendizajes se toma muy en cuenta qué estímulos y qué respuestas se van encadenando, los **recursos y la técnicas de control** son fundamentales para esto. En todas las reuniones de los grupos, tanto las prácticas educativas (control del pesaje como una forma diaria de rendir examen) como la labor de los coordinadores docentes, van estableciendo programas de **Refuerzos Positivos y Refuerzos Negativos**, a través de premios y castigos. La **coordinadora como modelo** funciona como fuente de imitación de conductas, percepciones, razonamientos, emociones, etc. Los grupos en general son un ámbito de **aprendizaje social y por imitación**.

Más aún, la coordinadora general, arma un vínculo especial con cada uno de los pacientes, no es sólo la docente, sino también la líder del grupo, por el alto grado de idealización que su figura despierta. Se posiciona en un lugar psíquico de mucho poder, desde donde utiliza un **discurso superyoico** fuertemente **apuntalado en el Ideal del Yo**, que le permite enseñar, transmitir, inculcar de una manera muy directa su saber, su modelo de conducta y de reacciones emocionales hacia los pacientes. La producción y reproducción constante de un **Discurso supra-científico** es una estrategia que refuerza el aprendizaje por repetición, ya que al tratarse de un discurso caprichoso, con lógicas cambiantes e impredecibles, impide la confrontación o crítica del discurso institucional acerca de la patología y del método de tratamiento. Este discurso pasa a ser, entonces, la única alternativa para curarse.

Por lo analizado podemos afirmar que el tratamiento para la obesidad de *Estilo Vida* es esencialmente un dispositivo de reglas, prohibiciones, prescripciones, cuyo objetivo es cambiar conductas, generar nuevos hábitos alimenticios, a partir de copiar y repetir lo que indica un docente que sabe lo que hay que hacer y funciona como modelo. Patricia es un componente fundamental de este dispositivo, las charlas grupales que ella coordina se parecen mucho a una clase dictada por una experta, y el grupo de pacientes que la escucha, muchas veces pierde su funcionamiento grupal y se transforma generalmente en una serie o aglomeración de alumnos, que en tanto individuos, están ahí sólo para aprender o adiestrarse en la adquisición de un nuevo modelo cognitivo y comportamental. Tanto el rol de coordinadora-docente que desempeña Patricia como el dispositivo de terapia de *Estilo Vida* siguen muy de cerca al modelo del Dr. Ravenna (2006), quien afirma:

“...los hago venir todos los días o todos los días posibles. Acá hay una obediencia innata, porque la dieta es fácil, no da hambre”. “La asistencia a los grupos dura mientras el paciente lo necesite y se sienta gratificado y enriquecido. No se establece una relación de dependencia mayor a la que uno puede tener con un profesor o con un curso de posgrado (cosa normal); se trata de una relación de intercambio con otros, en la que se recuerda el punto débil de en común: el vínculo con la comida.” (Ravenna, 2006, Pág. 181)

#### 4.1.3 Grupo Terapéutico

El análisis realizado a través de las categorías halladas, también nos permite sostener que en *Estilo Vida*, no se trabaja como se hace en los Grupos Terapéuticos. El encuadre de un grupo terapéutico, como veíamos en el capítulo II, alienta a los integrantes a trabajar de manera detenida y en profundidad con las emociones, las motivaciones, la historia personal, los significados más singulares de cada sujeto. Los profesionales deben colocarse en una posición acrítica, no deben funcionar como líderes, ni modelos, ni educadores, para permitir y estimular que cada integrante revele sus sentimientos, concientes e inconcientes y su conflictiva actual. Nada o casi nada de esto sucede en *Estilo Vida*. En primer lugar, porque se parte del supuesto que la curación no es posible, los pacientes solo podrán abstenerse de tener sus **Conductas Adictivas**.

En segundo lugar porque el encuadre siempre prescribe cómo **manejar las emociones**, se acepta la **catarsis grupal** de las mismas, pero no se la puede analizar. En las reuniones grupales no se trabaja con el por qué, tampoco se trabaja con la culpa, ni otros sentimientos, ya que se los considera inadecuados para el tratamiento. Si bien la institución promociona que uno de los elementos más importantes del tratamiento son las emociones, no se hace cargo, ni permite que los puedan poner en juego con libertado sus sentimientos, mucho menos analizarlos, por ejemplo, para que se pueda identificar qué emoción lleva a cada paciente a comer, para que pueda conocerse y en el futuro pueda saber mejor qué le está sucediendo.

Si a los pacientes nuevos se les consulta sobre cuál consideran fue el detonante para desarrollar la obesidad, es sólo a título informativo, dado que no importa si fue a raíz de un embarazo, de un cambio laboral, de un duelo, de un cambio de vida, etc. Ya que no se trabajará con la causa de la enfermedad. Al respecto, y ampliando lo que ya trabajáramos en el apartado de Manejo de las Emociones veíamos que Ravenna expresaba:

“Sabemos que el hecho de hablar de *conductas* tiene siempre la connotación de estar dejando de lado lo central del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales (...) Ante esta observación cabe remarcar que en el tratamiento de la adicción a la comida no sirve indagar en temas personales muy profundos porque, en general, funcionan como justificativo y barrera para seguir comiendo. En realidad, cuál es el detonante que lleva al exceso importa menos que sacarse de encima esos kilos de más que ponen en riesgo la vida.” (Ravenna, 2006, Pág. 168)

En tercer lugar, porque el objetivo fundamental no es terapéutico sin educativo, los grupos sirven para sostener, acompañar, el **aprendizaje de nuevo hábitos de conducta alimentarios**. En cuarto lugar el lugar que tiene el coordinador del grupo es el de educador, **modelo**, y hasta objeto **superyoico** persecutorio, esto contradice fuertemente el encuadre terapéutico presentado más arriba. A pesar de que uno de los coordinadores es un psicólogo, su presencia en las charlas no es desde el lugar de terapeuta. Aunque a veces intenta interpretar algunas situaciones, generalmente es desplazado o tapado por la coordinadora, quien transmite el mensaje que lo importar le no es lo que el paciente dice, sino que el paciente obedezca. Es así que este tipo de establecimientos decide trabajar principalmente sobre el síntoma y si a la persona le interesa indagar en las causas más profundas de su obesidad, deberá iniciar un tratamiento psicológico por su cuenta.

#### 4.1.4 Grupo Operativo

Si consideramos la definición de grupo y la definición de grupo operativo que da Pichón Rivière (1981), podemos ver que hay varios elementos o componentes que están presentes en el caso de los grupos de *Estilo Vida*. Para este autor es muy importante el proceso de **identificación** que se da entre los miembros de un grupo. La identificación entre los miembros permite la construcción de una mutua representación interna, lo cual genera la *Pertinencia al grupo*, permite adecuados niveles de *Comunicación y Cooperación* para la realización de la *Tarea*.

Todo grupo debe tener como elemento común una tarea “que constituye su finalidad”, es decir que el objetivo fundamental del grupo, lo que le da sentido, es que tenga una tarea y que la lleva a cabo en la realidad, tanto externa (tarea explícita) como interna (tarea implícita). En el caso de los grupos que tiene *Estilo Vida*, la tarea más concreta que tienen es sostener y acompañar el **Aprendizaje de nuevos hábitos de conducta**. Otro elemento, de los Grupos Operativos, que podría verse como presente en los grupos de *Estilo Vida* es la conformación de un *ECRO* (esquema conceptual referencial y operativo). La **producción de un discurso supra-científico**, con el cual se manejan los integrantes de los grupos podría ser visto como un *ECRO*.

En *Estilo Vida*, el objetivo explícito y hacia donde se dirige la tarea de todos los integrantes es la delgadez, es decir, el objetivo manifiesto de los pacientes es el de bajar de peso, que según la institución se logra modificando los hábitos de conducta. Si bien esta tarea es lo convocante para la reuniones de estos grupo de pares, cada proceso de adelgazamiento está planteado como propio de cada persona. No todos llegarán a cumplir con la tarea e incluso quienes lleguen lo harán en distintos momentos, lo que genera que, el objetivo de adelgazamiento se viva más como un objetivo individual que como uno compartido, dentro de un grupo.

Cuando nos referimos al trabajo grupal, debemos tener en cuenta los conceptos de *pre-tarea*, *tarea* y *proyecto*. Estos son los distintos momentos que debe atravesar un grupo para hacerse efectivamente cargo de la tarea. Durante la pre-tarea, por ejemplo, el sentir, pensar y actuar se encuentran disociados y como afirmamos anteriormente, en los grupos de *Estilo Vida* no se admite la realización de la elaboración de los procesos internos, emocionales, simbólicos de los pacientes. No se permite esto a nivel individual, mucho menos a nivel grupal. La actividad de los grupos entra entonces en lo que Pichón Rivière (1981) denomina un *como si*, lo cual puede llevar a una postergación eterna, como entrar en un Supuesto Básico como los que ha descrito Bion (1971). Dejar pasar el tiempo, postergando la elaboración de los miedos básicos que permitan acceder a la tarea, especialmente a la tarea implícita, condenando al grupo a una constante frustración. Esta situación, es una alta frustración para los participantes del grupo, quienes sienten que se motivan, se comprometen y ayudan en vano.

En conclusión, si bien habría algunos elementos que parecen ser similares entre el Grupo Operativo y los grupos de charlas que tienen los pacientes de *Estilo Vida*, en realidad esta similitud no es tal, ya que en los grupos de *Estilo Vida*, la tarea se plantea siempre a nivel explícito e individual, no como un proceso

o un logro del grupo, ni algo que involucre también el nivel intersubjetivo implícito o interno. Otro tanto sucede con los esquemas conceptuales compartidos por los pacientes, estos no pueden ser considerados un ECRO, porque no son producidos por ellos, sino que son bajados por la coordinadora general y en representar un modelo de tratamiento integral general, que tampoco es privativo de *Estilo Vida*.

#### 4.1.5 Grupo de Reflexión

Como hemos desarrollado en el Capítulo II, los Grupos de Reflexión se convocan y reúnen para que sus miembros trabajen en forma conjunta una problemática en común que les inquieta, para indagar y explorar juntos ese ámbito de la realidad que les preocupa y sobre el cual quieren operar del mejor modo posible. Este tipo de grupos, incorporan la experiencia personal y el conocimiento vivencial de sus miembros, como instrumentos importantes en este proceso de análisis colectivo, en la medida en que las personas reconocen su parte de incidencia en las situaciones analizadas. La propuesta de estos grupos es promover, estimular el debate creador y el intercambio de experiencias concretas que recuperen la riqueza de la grupalidad y amplíen las perspectivas de abordaje de los problemas que plantea. En los "Grupos de Reflexión" el foco está puesto en el proceso complementario, progresivo, de profundización en el problema que se estudia, lo cual se nutre de la diversidad de sus integrantes y sus experiencias singulares. En los grupos de *Estilo Vida* se pone el mayor hincapié en repetir y copiar **hábitos de conducta**. No se realiza una reflexión sobre un problema o tema sino que se incorpora de manera pasiva y acrítica un **discurso supra-científico**, que estructura un modelo conductual, cognitivo y emocional ya preestablecido y transmitido directamente por dispositivos y prácticas de la institución, así como por los coordinadores de los grupos los cuales se colocan en el lugar de **modelo** a seguir. Como se puede ver, ni el objetivo, ni el encuadre, ni las prácticas y procesos grupales que se desarrollan en los grupos de charla de *Estilo Vida* son coincidentes con lo que sucede en los Grupos de Reflexión.

#### 4.2 ¿Qué tipo de grupos son entonces los Grupos de Estilo Vida?

"Somos lo que hacemos repetidamente. La excelencia, entonces, no es una acción sino un hábito." Aristóteles.

Según lo trabajado y analizado hasta aquí podemos ver que los grupos de *Estilo Vida*, los que se corresponden a las llamadas *Charlas Grupales*, toman una modalidad de trabajo singular, que guarda puntos de semejanza importantes con el *Grupo de Autoayuda* y el *Grupo de Aprendizaje*, mientras que tiene muy pocas o casi ninguna de las características de los *Grupos Terapéuticos*, los *Grupos Operativos* o los *Grupos de Reflexión*. ¿Cómo podríamos entonces llegar a conceptualizar a estos grupos de una manera más precisa? ¿Una manera que de cuenta de la especificidad de su funcionamiento, y de la singularidad de su identidad? Creemos que la mejor alternativa es utilizar el concepto de Dispositivo Grupal (Del Cueto y Fernández, 1985) que ya hemos presentado en el Capítulo II.

Del Cueto y Fernández (1985) definen al grupo como "espacios tácticos donde se da la producción de efectos singulares e inéditos." Los grupos tienen siempre una inscripción institucional sea ésta real o imaginaria. Consideran que un grupo se estructura como tal, no tanto por su tarea, sino por un conglomerado de *representaciones imaginarias grupales comunes* que se van generando en los propios procesos intersubjetivos, grupales, institucionales y sociales en los cuales el grupo está inmerso.

Siguiendo a Foucault (1987), las autoras proponen usar el término Dispositivo Grupal para dar cuenta de que los Grupos constituyen un "*complejo entramado de múltiples inscripciones*", imposibles de abordar desde una sola disciplina. No se puede dar cuenta de los acontecimientos grupales desde un solo cuerpo teórico: el psicoanálisis, la sociología, la teoría de la comunicación, la psicología social, según las autoras y con las cuales coincidimos, todo abordaje de lo grupal supone introducirse en un campo donde se producen *múltiples atravesamientos*.

Entre estos múltiples atravesamientos que caracterizan a los grupos de charla para pacientes de *Estilo Vida* están los siguientes:

**Conocimientos de sentido común y representaciones sociales** que atraviesan hoy a los grupos: imágenes y actitudes de nuestra cultura hacia los obesos, el saber popular, las imágenes de cuerpo asociadas a la belleza y al consumo en nuestra sociedad y en nuestra época

**Saberes** que atraviesan a los grupos: saberes científicos que explican la obesidad: Biología, Fisiología, Medicina, Nutrición, Psicología Psiquiatría, el modelo Médico Hegemónico y los modelos de la Salud apoyados en lo tecnológico, la obesidad como patología, enfermedad, adicción, característica de personalidad, etc.

**Instituciones** que atraviesan a los grupos: Las instituciones que se organizan de acuerdo al modelo de Grupo de Autoayuda, por ejemplo: Alcohólicos Anónimos, en muchos casos conectados con las Instituciones Religiosas; otras instituciones dedicadas al tratamiento de la obesidad, ALCO del Dr. Cormillot,



el Modelo y la Organización del Dr. Ravenna, Organización *Estilo Vida* (características materiales, económicas y empresariales)

**La historia, personalidad, el estilo, los objetivos y deseos** de Patricia, dueña de *Estilo Vida*.

**El estilo y la personalidad de los coordinadores**

**La personalidad, historia, afectos y deseos de los pacientes**

Es decir, siguiendo a Del Cueto y Fernández (1985), la mejor manera de caracterizar a los grupos de *Estilo Vida*, es concebirlos en tanto dispositivos grupales, como los espacios singulares, inéditos que surgen en cada reunión como anudamientos singulares y únicos de todos estos atravesamientos. Todos los elementos que componen un dispositivo grupal (procesos, roles y formaciones imaginarias) siempre son necesarios pero nunca son suficientes. Que se pueda pasar de la aglomeración o serie al grupo siempre es una apuesta. En muchas oportunidades las charlas grupales de *Estilo Vida* funcionan como verdaderos grupos, pero en otras oportunidades solo son una serie. Nos referimos a esto, ya que observamos que en el grupo, cuando llega Patricia, no hay más interacción entre los pacientes, sólo se limitan a escuchar a la oradora y a identificarse con lo que ella relata. Los integrantes sólo hablan entonces cuando la coordinadora les cede el espacio porque levantaron la mano o en respuesta a alguna pregunta de ella. Estas aglomeraciones de pacientes, son instrumentos que usa el dispositivo de disciplinamiento de las mentes y los cuerpos. La idea como decía Foucault (1987) es que los sujetos se sientan observados más allá de que lo estén siendo realmente; y por esto se genera un dispositivo de disciplinamiento. En este caso, los pacientes deben sentirse siempre observados para mantenerse en su conducta y debido a esto es que hay muchos pacientes que manifiestan que mientras tengan un control (balanza, patricia, el grupo) pueden seguir bajando de peso. En cambio, en el grupo, sujeto es parte de una red en la que se fomenta la interacción dialéctica con otros, esto repara colectivamente lo dañado, el sujeto cambia su historia. El sujeto y el grupo al cual pertenece se apropian de sus necesidades, de su experiencia, elaborando e integrando, modificándose y modificando la realidad, algo que Pichón Rivière (1981) denominaba adaptación activa a la realidad.

## 5. Bibliografía

- Anzieu, Didier y Martin, J. Y. La Dinámica de los Grupos Pequeños. Ed. Kapeluz, 1971, Buenos Aires.
- Bion, W.R. Experiencias en Grupos. Ed. Paidós, 1980. Buenos Aires
- 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.
- Dellarossa, Alejo. Grupos de Reflexión. Ed. Paidós, 1979. Buenos Aires.
- Dominguez, Norma. Cómo coordinar Grupos. Ed. Longseller, 2006. Buenos Aires.
- DSM – IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. Ed. Masson. 1995. Buenos Aires.
- Exley, Kate y Dennick, Reg. Enseñanza en Pequeños Grupos. Ed. Narcea, 2007. Madrid.
- Fernández, Ana María y Del Cueto, Ana María. El Dispositivo Grupal. Ed. Búsqueda, 1985. Buenos Aires.
- Fernández, Ana María. El Campo Grupal. Notas para una genealogía. Ed. Nueva Visión, 2008. Buenos Aires.
- Foucault, Michel. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Editores Siglo XXI, 1987. México.
- Freud, Sigmund. Obras Completas. Volumen 14 (Ensayos CXIII a CXXIV). Ediciones Orbis S.A. 1988. Buenos Aires
- García, Mercedes y Waisbrot, Daniel. Pichón Riviere: Una vuelta en Espiral Dialéctica. Centro Editor Argentino, 1981. Buenos Aires.
- Laplanche y Pontalis. Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Paidós. 1971. Buenos Aires.
- Lieberman, Morton. Grupos de Autoayuda, en Kaplan H. y Sadock, B.: Terapia de Grupo, Ed. Médica Panamericana, 1996. Madrid.
- Maisonneuve, Jean. La dinámica de los Grupos. Ed. Nueva Visión, 1985. Buenos Aires.
- Olmsted Michael. El Pequeño Grupo. Editorial Paidós, 1981. Buenos Aires.
- Parysow, Roxana. Aspectos psicológicos en Obesidad. Un intento de interpretación. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Licenciatura en Nutrición. Editorial Universidad de Belgrano, 2005. Buenos Aires.

- Pichón Rivière, Enrique. El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Ed. Nueva Visión, 2008. Buenos Aires
- 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
- Sartre, Jean Paul. El Ser y la Nada. Ed. Losada. 1966. Buenos Aires.
- Zuckefeld, Rubén. Psicoterapia de la Obesidad. Ed. Letra Viva, 1979. Buenos Aires.

#### Consultas de Internet:

- Alvarado Sánchez, Alicia María; Guzmán Benavides, Evelyn; González Ramírez, Mónica Teresa. Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención Psicológica en Pacientes con Obesidad. 2005, México. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29210214> (Consulta: 15 de mayo 2009)
- Barón, Edmundo. Facilitación del Aprendizaje desde la Vivencia. 2005. Buenos Aires. [www.funlibre.org/EE/EBaron.pdf](http://www.funlibre.org/EE/EBaron.pdf) (Consulta: 15 de Julio 2009)
- Boere George y Gautier Rafael. Teorías de la Personalidad. Albert Bandura. 2002. Buenos Aires. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/bandura.htm> (Consultada: 14 de Julio 2009)
- Bonet Serra, B; Quintanar Rioja, A.; Sentchordi Montané, Lucía; Pérez-Lescure Picarzo, F. J.; Martínez Orgado, J. A. y Lindo Gutarra, D. Terapia de Grupo para el tratamiento de la Obesidad Infantil. 2007. España. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2341446> (Consulta: 18 de Julio 2009)
- Domenech López, Yolanda. Los Grupos De Autoayuda Como Estrategia de Intervención en el Apoyo Social. 1998. España. [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5802/1/ALT\\_06\\_08.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5802/1/ALT_06_08.pdf) (Consulta: 23 de Julio 2009)
- Dr. Cormillot, Alberto. Ortorexia, ¿Perder la Salud o Cuidar la Salud? 2009. Buenos Aires. <http://www.drcormillot.com/index.php?s=editoriales&id=316> (Consulta: 10 de Junio 2009)
- Dr. Cormillot, Alberto. ¿Por qué algunas personas engordan y otras no? 2009. Buenos Aires. <http://www.drcormillot.com/index.php?s=articulos&id=141> (Consulta: 10 de Junio 2009)
- Dr. Cormillot, Alberto. ¿Soy Obeso? ¿Cuánto tengo que bajar? 2009. Buenos Aires. <http://www.drcormillot.com/index.php?s=articulos&id=167> (Consulta: 10 de Junio 2009)
- Dr. Cormillot, Alberto. Vigorexia, el culto al Gimnasio. 2009. Buenos Aires. <http://www.drcormillot.com/index.php?s=articulos&id=318> (Consulta: 10 de Junio 2009)
- Dr. Cormillot, Alberto "Qué es el hábito de Pica" 2009. Buenos Aires. <http://www.drcormillot.com/index.php?s=articulos&id=319> (Consulta: 10 de Junio 2009)
- Edelman, Lucila y Kordon Diana. A Manera de Introducción a la Teoría y Practica de los Grupos. Editorial Vertex. Buenos Aires, 1992. Buenos Aires. <http://www.editorialpolemos.com.ar/pdf/v7/edelmanx.pdf> (Consulta: 22 de Junio 2009)
- Garaulet Aza, Marta. La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. 2006. España. <http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2006-n4-Revision-La-terapia-de-comportamiento-en-el-tratamiento-dietetico-de-la-obesidad.pdf> (Consulta: 15 de Junio 2009)
- González Fernández, Natalia y García Ruiz María Rosa. El Aprendizaje Cooperativo como estrategia de Enseñanza. Ed. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), 2007. España. <http://www.rieoei.org/expe/1723Fernandez.pdf> (Consulta: 15 de Julio 2009)
- Helman, Norberto. Los grupos de reflexión en las alteraciones del funcionamiento de los Servicios de Salud Mental. 1997. Buenos Aires. [www.apdeba.org/publicaciones/1997/01-02/pdf/Helman.pdf](http://www.apdeba.org/publicaciones/1997/01-02/pdf/Helman.pdf) (Consulta: 20 de Junio 2009)
- Ley de Trastornos Alimentarios. 2009. Buenos Aires. [http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos\\_1.php?id=18&id2=82&id3=2316](http://www.ciudadyderechos.org.ar/derechosbasicos_1.php?id=18&id2=82&id3=2316) (Consulta: 10 de Julio 2009)
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311 2006. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> (Consulta: 10 de Junio 2009)
- 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. <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf> (Consulta: 28 de Junio 2009).
- Vasquez Echeverría, Alejandro. Estudio de la teoría de la adicción a los carbohidratos. Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UdelaR. 2004. Uruguay. <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Estudiodelateoriadeladadicionaloscabohidratos.htm> (Consulta: 23 de Junio 2009)

- Zavalla, Catherine, Sepúlveda Malka, Passi, Germán y Flores Gustavo. El Condicionamiento Operante de B.F.Skinner. 2005. Buenos Aires. [http://www.uhu.es/36102/trabajos\\_alumnos/pt1\\_07\\_08/biblioteca/2historia\\_educacion/autores/skinner/condic\\_skinner.pdf](http://www.uhu.es/36102/trabajos_alumnos/pt1_07_08/biblioteca/2historia_educacion/autores/skinner/condic_skinner.pdf) (Consultada: 14 de Julio 2009)

## 6. Anexos

### Anexo Nº 1

#### Registro de las Observaciones realizadas en el “Grupo de la mañana” en el Centro de Adelgazamiento Intensivo *Estilo Vida*.

##### (29-05-09) Primera Observación

Está Patricia sola coordinando. Alrededor de 20 pacientes. Se comienza 10.10hs

Patricia toma la lista de pesos que le dio la administrativa y empieza a nombrar los apellidos de la paciente y a tomar los pesos que fueron dados. Una vez finalizado esto, pregunta si hay pacientes nuevos y una mujer levanta la mano.

- Patricia: Contame cómo te llamas y cómo llegas a *Estilo Vida*.

- Paciente: Me llamo Marta, y vine acá porque tengo una conocida del barrio que era bastante rellenita y el otro día que la vi la encontré bárbara en relación al peso y le pregunté qué estaba haciendo para bajar y me comentó de este lugar así que llamé por teléfono, averigüé y vine. Patricia le pregunta el nombre de esta persona y cuando la paciente la nombra Patricia dice recordarla en el turno noche.

- Patricia ahora pregunta: ¿Te pesaste hoy? ¿Cuánto estás pesando?

- La paciente dice: peso 95 kilos, nunca había pesado tanto que yo recuerde.

- Patricia: Y ¿cuánto consideras que deberías pesar? –Prosigue la coordinadora-

- Paciente: creo que con 70 estaría bien, no?

- Patricia: ¿Y cuánto medís? 1.62 dice la paciente.

- Patricia dice: Sé que todavía no tuviste la consulta con el médico pero yo creo que por tu altura deberías estar por lo menos en 65 kilos. Igual esto lo va a determinar el médico. Contare ¿qué sentís con este peso? ¿Qué te genera este cuerpo obeso?

- 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 y siento que mi familia no me entiende. Bah, en realidad yo tampoco lo entiendo.

- Patricia: ¿Qué es lo que no entendés?

- Paciente: 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. Hice miles de dietas y tratamientos y si bien generalmente bajo de peso, luego vuelvo a subir. Igual, nunca estuve antes en este peso. Es mi máximo y no quiero seguir subiendo. Es doloroso (dice con voz quebrada).

- Patricia observa que hay varias pacientes llorando y le pregunta a una de ellas: ¿Por qué lloras?

- La paciente dice: “porque sé lo que es el dolor de la obesidad y la entiendo. Me hace recordar a mi cuando vine que estaba con la misma angustia por dentro pero tratando de hacerme la fuerte. Es una enfermedad de m..... y es verdad que los que no la padecen no lo entienden”. Patricia y casi todos los integrantes asienten con la cabeza.

- La coordinadora señala a otra paciente y se la muestra a Marta (la paciente nueva) a quien le dice: “¿La ves ella? bueno, Ana 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. Le llamamos el ejemplo del espejo porque nos permite demostrar con una imagen más que lo que podemos decirte con mil palabras. Bienvenida y no faltes, sobretodo al principio.”

- Ana, la paciente que fue tomada de ejemplo dice: “Primero quiero darte la bienvenida y además, quiero decirte que la felicidad que siento hoy de ver que se puede y del “estar haciendo” es incomparable con cualquier otra cosa. Vas a ver que se puede”.

- Después, Patricia -dirigiéndose al grupo- pregunta: “¿Cómo están? ¿Cómo se ven para enfrentar un fin de semana?” Es viernes.

- Una paciente se anima a hablar y comenta: “A mi se me hace difícil sobretodo los fines de semana porque aparte de tener mayor exposición a la comida debido a los eventos o reuniones a los que me invitan, siento que es más complicado porque están todo el día mis hijos y nietos, sobretodo los domingos familiares, y tengo que cocinarles”.

Varias pacientes asienten y se suman a este comentario.

- Patricia dice: "Acá hay una cosa muy clara, el equilibrio tiene que empezar por nosotros, aprender a no involucrarnos en la comida de los otros. Tenemos que trabajar en cómo nos posicionamos nosotros que somos adultos en el lugar de adultos y no en el lugar de nuestros hijos que todavía se están formando. También hay que reconocer que muchas veces cocinamos o compramos en el supermercado lo que en realidad queremos comer nosotros y que nuestros hijos nunca nos pidieron. ¿Alguna vez dijeron: hoy no tengo ganas de cocinar u hoy no quiero que vengan todos?"

Las pacientes la miran en silencio. Algunas asienten en acuerdo con el comentario y otras mueven la cabeza como un no en respuesta a la pregunta final, pero ninguna habla.

- Habla una paciente quien dice: "Yo no soy nueva, hoy estoy retomando el módulo porque dejé de venir por un tiempo y hoy que me pesé tengo 8 kilos de más. Igual, no había llegado al peso pactado pero no pensé que iba a subir tanto en tan poco tiempo (explica que se fue en marzo para las vacaciones y después no volvió hasta hoy) y a mí lo que me cuesta mucho dejar o no *picotear* es el queso sea del tipo que sea".

- Patricia explica: "El queso tiene el segundo grado de adicción después de las harinas porque a su vez en su composición tiene harina. Por esto es que hay que tratar de generar una barrera con el queso. En mi caso, porque yo soy fanática del queso de rallar fui probando distintas técnicas como por ejemplo: pasar de comprar queso rallado para rallarlo en mi casa a comprar el paquete cerrado. Después lo que hacía era comer de la bolsita con cucharita así que me di cuenta de que esto no me funcionaba y entonces lo empecé a envolver en papel film y ese tiempo que me costaba llegar al queso, era el tiempo que tenía yo para darme cuenta de que era hora de pensar. 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 que acá los hablamos como *recursos*".

- Una paciente cuenta: "Cuando yo tengo muchas ganas de comer queso, elijo una tarta de cebolla y queso para el almuerzo o la cena." Mira a Patricia como buscando su aprobación.

- La doctora dice: "Si bien no está mal, porque lo comes en un horario de comida, genera un mal hábito. Es como los que comen gelatina porque estamos en tratamiento. Es decir, a nivel calorías, no puede decir que aporte muchas calorías el comerla, pero este tipo de tratamiento no la permite porque genera en mí el hábito del picoteo o lo intensifica si ya lo tenía. Abrimos la heladera y comemos gelatina hasta la hora de la cena hasta que un día abrimos la heladera y nos olvidamos de preparar la gelatina y entonces ¿qué pasa? Como otra cosa porque como es un hábito, no puedo contenerme. .... No se trata de trabajar solamente con lo que no me gusta sino con generar nuevos hábitos de alimentación, un nuevo vínculo con la comida. Trabajar con los automatismos que nos llevan directo a calmarnos con comida. Aprender a darle tiempo al cerebro de que pueda decidir si sí o no al comer, si es necesario comer por fuera del plan y aprender a detectar cuándo en realidad el organismo tiene hambre y cuándo es en realidad ansiedad u otra cosa pero no hambre real".

- Una paciente dice que al principio de las dietas las hace bien pero que le cuesta sostenerlas en el tiempo.

- La doctora le explica que si durante el tratamiento tiene hambre es porque está comiendo más de las 600 calorías que plantea el mismo. Y agrega: "pero no es que uno va a vivir consumiendo esta cantidad de calorías por siempre, sino que el tratamiento es hasta un peso ideal médicamente hablando, mientras haya grasa para bajar lo cual será determinado por la antropometría que realiza el médico. Después será tratar de mantener un equilibrio entre las grasas y la combustión. Por eso antes del paso a las calorías definitivas que establece el médico en relación a cada persona, es necesario pasar por un período de adaptación de 900 calorías". Patricia sigue hablando: "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 eternamente. Empiezo a negociar con la comida, con el picoteo y a habilitarme a comer y la tendencia siempre va a *tirar* a lo que construimos en el tiempo pasado y a esto se suma que el entorno nos dice que nos vemos mejor y la mirada del otro pesa. ... El factor emocional está ligado al factor humor. Y el humor, desde la medicina, tiene que ver con los fluidos en nuestro cuerpo que pueden frenar el adelgazamiento como por ejemplo frente al stress o la felicidad. Recuerdo que una paciente siempre decía *estoy hinchada* y a esto me refiero con *mal humor* a un funcionamiento de lo *humoral*, pero en buen humor, uno no dice *estoy desinflado* como sinónimo de no tener problemas... Las emociones hay que tratar de dejarlas acá, en el grupo, para poder irnos más tranquilos."

- Mas adelante Patricia agrega: "En el grupo lo más probable es que se generen fisuras en nuestro interior y mediante el compartir experiencias y sentimientos similares podamos llorar. Esto lo aporta sólo un grupo porque a nosotros, los gordos, no nos sirve la ida y vuelta al nutricionista con un control quincenal donde el nivel emocional no se trabaja y donde sólo importa el plan alimentario y el peso que tenemos en cada visita." "Y por eso las segundas vueltas siempre son más difíciles, porque uno ya sabe de qué trata este plan e

indefectiblemente uno empieza a recordar la primera vez que vino y a comparar que en ese momento bajó los primeros 4 kilos de manera vertiginosa y ahora sin embargo, se bajan con pesar porque cuesta más. En realidad, lo que cuesta –dice Patricia- es volver a ser dócil como la primera vez donde todo era nuevo y había decisión y motivación por hacer porque no había nada por perder. Ahora, que ya se sabe como es, se toma peor porque queremos manejar nuestro *propio librito* de lo que debo y no debo hacer pero lo que yo les puedo decir es que si se toman el tratamiento de manera optimista, el descenso de peso es mejor.”

- Una paciente comenta que no estaba viniendo y le pasó que fue a una fiesta y se sintió desbordada. Dice: “Me pasó que me encontré pensando más en la comida que en la gente que iba a ver esa noche y sentir esto me preocupó”.

- Patricia le dice: “Lo más probable es que siempre hayas sido así sólo que antes no lo registrabas. Antes ibas a la fiesta y comías y ahora que estás en tratamiento estás empezando a ver, estás empezando a verte”.

- Ahora mira a todo el grupo y dice: “Les aviso que esto les va a pasar a todos, porque a partir de acá, de este tratamiento, nunca van a volver a ser los mismos aunque coman mucho, porque se genera una nueva mirada que antes no teníamos”.

- Otra paciente dice: “A mi me pasa que como con culpa”

- Patricia: “La verdad que analizar la culpa no aporta nada, porque la culpa no es constructivista.”

Se sigue hablando de las fiestas y los pacientes van comentando qué recursos se pueden utilizar para no comer de más o poder cuidarse.

- Una paciente dice: A mi lo que me sirve es llegar más tarde cosa de que haya terminado la recepción que es lo que más me cuesta porque me pasan con las bandejas por al lado y me cuesta no tentarme...”

- Otra paciente dice: “sino, lo que hay que hacer es elegir entre comer la entrada o el plato principal pero no las dos cosas y si no se puede estar en la mesa porque la tentación es más fuerte, una buena idea es tratar de ir a conversar con alguien a otro sector o ir al baño o a jugar con algún chico que generalmente nunca se quieren quedar sentados y los padres los obligan porque ellos si quieren comer” (risas de todos)

- Otra paciente dice: A mi me sirvió no acercarme a la mesa dulce para nada pero sí pedirle a mi pareja que me trajera un café. Ahora, sí decidí que sí voy a comer algo en la mesa dulce porque no lo voy a resistir, no voy a mirar *todo* (lo dice con énfasis) lo que lo haya en la mesa sino que conviene que también vaya otro con la idea de lo que queremos y no nosotros, porque nos conocemos y sabemos que en nuestro caso lo visual tiene una fuerte carga.”

- Patricia: “Cuando vemos mucha comida, es decir tenemos una alta exposición a la comida, aunque no la toquemos en ese momento, queda en nuestra cabeza dando vueltas y a esto yo le llamo *Memoria Activa* porque queda dando vueltas en nosotros y puede ser que frente a otros nos portemos de diez pero después estando solos nos salgamos del tratamiento y con más voracidad que si hubiéramos comido en ese momento. Manejar esto es muy difícil y por eso es conveniente tratar de ir a la menor cantidad de reuniones sociales posibles. “ ... “Esto es lo que te habrá pasado a vos –se dirige a la paciente que empezó la conversación de las fiestas- porque tuviste mucha exposición a la comida, pero lo que yo recuerdo es que la vez pasada (se refiere antes de que dejara de asistir por un tiempo) que estabas en tratamiento, también habías ido a una fiesta, pero en ese momento pesaba más la elección que vos hacía de la delgadez, porque no es que no hubo mesa dulce o que la viste y te fue indiferente sino que en ese momento optaste por algo más sano para tu vida, optaste por la delgadez y usaste para eso todas las herramientas que fueron necesarias...”

- Patricia va mirando a todos y continúa: “Nosotros, tenemos y necesitamos “graficar” lo que comemos, porque tenemos que aprender a vivir con una medida que ya no puede ser la de antes... y hablando de graficar, se me viene un ejemplo más que gráfico para que me entiendan...” Empieza a contar algo personal: “Nosotros (se refiere a ella y a su marido) teníamos una pareja de amigos doctores con los que había mucha coincidencia en nuestras vidas más allá de lo profesional y de un día para el otro, nos enteramos que este médico amigo estaba en Terapia Intensiva bastante mal por x motivo y eso nos tomó por sorpresa y nos puso muy mal. Pero lo que les quiero marcar de este relato es lo grafico que fue para mí ver que Jorge agarró las zapatillas y se fue a correr mientras lloraba, pero yo sin embargo, fui directo a la heladera para transitar la angustia comiendo aunque no recuerdo si lloré o no. Acá podemos ver la diferencia qué existe en cómo elaboramos las descargas, ¿no les parece?”.... “Porque esto es así, lo que tenemos que aprender es que ante un detonante, la descarga tiene que ser otra, no la comida. Concientizar. Cambiar el hábito por repitencia, generar recursos, desestructurar y reestructurar. Tenemos que darnos cuenta de que somos formadores de adicción y tenemos una conducta adictiva.”.... “Debemos trabajar con las emociones... Para esto son los grupos y no para hablar de recetas o qué comida nos gustan y cuáles no...”

Son las 12.10hs y Patricia termina el grupo con un “Buena vida para todos”.

**(02/06/09) Segunda Observación**

Son las 10hs. Está Darío solo (ex paciente y coordinador) hasta las 11hs que llega Patricia. Se comienza el grupo con el mismo procedimiento ya comentado.

Tomando los pesos, Darío conversa con una paciente que la noche anterior fue al grupo de las 19hs.

- Darío: "Contamos Estela, cómo te fue ayer en el grupo de la noche y por qué decidiste ir".

- Estela dice: "Fui porque me lo recomendaron ustedes cuando la vez pasada dije que el peor horario para mi es el de las 19hs porque estoy en casa y me agarra hambre. Ya me lo habían dicho muchas veces pero siempre pensé que mi familia se iba a enojar si venía tan tarde hasta que un día Patricia me dijo que los sentara a todos y les dijera lo complicado que era para mi ese horario y al contarles esto todos en mi casa me apoyaron y por eso me decidí a hacerlo. La verdad es que me sirvió mucho estar acá y sobretodo ver que mi familia me ayudó. Patricia tenía razón, sólo era cuestión de hablar con ellos y dejar de presuponer."

Darío sonríe y prosigue con los pesos con breves comentarios a los que subieron algo o están igual en peso comparado a la última reunión que asistieron.

- Darío pregunta: "¿Qué pasó que no bajaron, si hicieron bien las cosas?"

- Una paciente dice: "A mi me molesta darme cuenta que hice las cosas bien pero no bajé lo que esperaba."

- El coordinador responde: "Sí, es molesto ver que 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, o sea, no competir con la balanza, sino que lo lindo es encontrar la motivación en por ejemplo un talle de pantalón menor, poder cruzar las piernas en el caso de las mujeres, llegar a secarse los dedos de los pies al bañarse, atarse los cordones, etc. Y quedate con que hiciste las cosas bien que eso es lo importante y vas a ver que para la próxima reunión vas a bajar más de lo que pensás seguro."

- Otra paciente dice: "Es verdad lo que dice Darío. Lo importante es quedarse con la buena actitud del día porque peor es bajar de peso aún haciendo las cosas mal como es mi caso que el sábado fui a una reunión y no me llevé la vianda por lo que sé que comí de más. Aunque no sé cómo igual bajé de peso, lo que me molesta es la actitud que tuve ese día."

- Darío: "Bueno, bajaste de peso porque habrás hecho muy bien las cosas después de eso ya que seguro estabas asustada pensando en que ibas a subir, pero yo lo que me pregunto es ¿Por qué decidiste, aunque sea por ese momento, dejar de lado tu deseo de delgadez y optaste por no llevar la vianda o cuidarte? Porque si recordamos el primer día que llegaste al grupo estabas angustiada con la vida que llevabas pero también negada, desconfiada, tenías problemas de horario, etc. ¿Te acordás? y ahora venías muy bien... Yo creo que tenés que volver a ser la protagonista de tu vida y no correrte y el protagonismo te lo da el cuidado, en este caso la vianda en una reunión."

Ingresa la doctora Patricia al grupo en silencio para escuchar lo que se está hablando.

- La paciente estaba diciendo: "Si bien sé que me fui del plan, no quiero sentirme culpable."

- Patricia empieza a hablar casi de inmediato diciendo: "Acá, la idea no es hablarte para que sientas culpa"

- Darío: "Yo por ejemplo, el fin de semana tuve un velorio y cuando todos se imaginaban que seguro iba a comer porque estaba triste, yo hice el tratamiento de manera impecable y sin embargo, capaz que en un momento de felicidad empiezo a picotear y ahí me doy cuenta que esa emoción en mi, me lleva a la desorganización y no así la tristeza."

- "Claro -dice Patricia- hay que saber conocerse. Vos sabías que el sábado 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 defender la vianda o aceptar la idea de que te vuelva a pasar lo mismo. Y es importante no minimizar las actitudes porque acá estamos para construir un nuevo vínculo con la comida, que entre otras cosas implica entender cuáles son las propiedades que tienen las sustancias (se refiere a las comidas) y aprender a poner DISTANCIA." (...) "¿Cuántas veces tengo que comprobar que X comida me deja *pegada*? Yo siempre les cuento que para mi, empezar la mañana con una medialuna me deja *pegada* todo el día a los hidratos y lo más probable es que después me cueste hacer el corte de nuevo."

Por corte, Patricia se refiere a consumir sólo lo que indica el plan alimentario que no incluye harinas. El plan afirma que al tercer día de corte, la persona ya no debería sentir hambre.

- Patricia sigue hablando: "... Utilizamos la comida como vehículo para afrontar las cosas y acá es donde necesitamos realizar un cambio de vínculo con la comida, porque si yo prefiero comer para no decirle algo a alguien, o porque estoy mal, o por lo que sea, la comida en realidad, pasa a ser en ese momento algo secundario y lo importante es lo que está por detrás.

No le damos la importancia que hay que darle a esta adicción y esto es porque somos socialmente más aceptados que otro tipo de adicciones pero no debemos olvidar que la primera discriminación de uno

es para con uno mismo. Queremos tratar la adicción con el raciocinio y no se puede, porque la comida en nosotros dispara algo incontrolable, es decir, queremos parar de comer pensando en qué está mal, en por qué lo hacemos pero mientras vamos comiendo y cuando queremos parar ya no podemos o paramos porque ya no hay más qué comer. El tema es que necesitamos llegar a una estabilidad emocional.

Muchas veces pasa que estando en delgadez, después de haber padecido la obesidad, subo unos kilos de más y no los vuelvo a bajar. ¿Y esto por qué? Porque en esta situación sólo yo me discrimino y si no son muchos los kilos recuperados, siento que si bien no estoy en mi peso sigo encajando en la sociedad y entonces no me preocupo, los dejo o hago *como que* no me molestarán. Lo que quiero decir es: ¿Por qué tenemos tan claro que no volvemos más a la hiper-obesidad pero sí somos capaces de mantener *algunos* kilos de más? Hay un lugar social que uno no quiere perder y lo mantiene subiendo y bajando de peso” ..... “No quiero perder la mirada de los otros ni la mía misma. ¿Por qué siempre terminamos siendo el centro de atención de los otros? Primero gordos y el otro insistiendo en que nos cuidemos, después en tratamiento para adelgazar y el otro alentando y motivando o boicoteando y luego en delgadez, ubicados en nuestro peso, el otro que se alegra un tiempo hasta que se acostumbra a vernos en ese estado y ahí es cuando muchos vuelven a subir de peso para que el otro me vuelva a ver.”

- Darío dice: “No hay diferencia entre ustedes pacientes y nosotros los coordinadores. Todos estamos en la lucha diaria, a todos nos cuesta”.

- Patricia asiente y dice: “A todos nos gusta seducir, conciente o inconscientemente, generar *algo* en el otro que puede ser alguien conocido o no, todo el tiempo seducimos” ..... “Cuando estamos gordos, creemos que sólo ofrecemos obesidad y creyendo eso, compensamos con ser más racionales, o los más inteligentes y ¿por qué? porque necesitamos que por lo menos digan “la gorda es la que más sabe; o el gordo es el más compañero” .... “Buscamos aceptación como todos, pero gustar al otro, estando obesos o gordos es *flor* de trabajo. Gastamos mucha energía en esto. La delgadez nos permite ponernos ecuanimes, decisivos, equilibrados y empezando con el límite en la comida, después podemos empezar a poner límite a otras cosas.”

- Una paciente dice: “Yo creo que el gordo ocupa más espacio del que le corresponde en el espacio. He visto, incluso en pacientes que ya bajaron, que muchas veces les pasa que se quedaron con la imagen mental del gordo o viceversa donde 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...”

- Patricia acompaña el comentario diciendo: “Para llegar a la obesidad, tuve que haber convivido anteriormente con otros excesos, tener un sí fácil, ser complaciente, no tener horarios para los otros, etc. Todo esto es exceso, y como vos decís, es ocupar más lugar del que nos corresponde no sólo espacialmente hablando sino también en ocupar el lugar de los otros.”

En nuestro caso, nuestra cabeza interpreta que hemos utilizado en muchas y variadas situaciones la comida como combustible, que es lo normal sólo que en nosotros hay un exceso de comida con recargas de más, porque tener más combustible ayudaba a que yo pudiera estar más para los otros.”

Los pacientes se ven reflejados en este comentario y empiezan a contar situaciones en donde vivieron esto de estar como sea para los demás, aún sin ganas.

- Una de las pacientes dice: “Hasta hace poco, tenía que ir a lo de mis suegros todos los domingos porque sí, porque así era la tradición de mi marido aunque yo no quisiera ir”.

- Otra paciente dice: “Te juro que te entiendo, a veces pasa que uno no tiene ganas de cumplir. A mí me pasa que por lo menos dos sábados al mes, mi hija mayor me trae a mis nietos para que se los cuide porque ella quiere salir, pero nunca me pregunta si los puedo cuidar o no porque lo da por obvio. Y yo no digo que no me encante cuidarlos, pero a veces no tengo ganas de estar corriendo atrás de ellos...”

- Levanta la mano una paciente y cuando Patricia la mira comenta: “A mí me pasa que yo sé que estoy haciendo las cosas bien pero no bajo de peso y no entiendo por qué.”

- Patricia pregunta: “¿Estás tomando la cantidad de líquido indicada?”

- Paciente: “Sí”

- Patricia: “¿Y estás tomando los suplementos vitamínicos? Y ¿hacés las cuatro comidas?”

- Sí, hago todo lo que me explicaron. Lo único que no hago es comprar las viandas por una cuestión económica y me cocino, pero uso la medida de las bandejas de la vianda...

- Patricia: “Bueno, te propongo que por una o dos semanas trates de comprarte las viandas y no cocinar para que de verdad aprendas visualmente cuál es la medida que tenemos que utilizar aunque igualmente nunca es lo mismo cocinar que descongelar una vianda. Tenemos que tener en cuenta que aunque usemos la bandeja como porción indicada, nuestra tendencia es siempre a aumentar la porción aunque esto no sea de manera consciente, porque es muy difícil lograr una comida de 150 calorías y sobretodo al principio del tratamiento.”

- Paciente: "Bueno, voy a hacerlo."
- Patricia: "Y vas a ver que seguro el problema estaba ahí y vas a empezar a bajar bien de peso. El tratamiento con sus reglas obligatorias, lo que trata es de generar un hábito, crear una nueva conducta a seguir, a copiar. Esto pasa por ejemplo con la obligación de tomar siempre un caldo antes de comer porque aunque suene raro, el caldo y el yogur son simbólicos para mí, nos ubican en tiempo y espacio, nos ayudan a decidir, a estar limpios de mente y poder continuar un día sobrio."
- Son las 12.15hs y hay algunas pacientes paradas y otras acomodando sus carteras o bolsas.
- Patricia: "Bueno, como varios ya se están moviendo, me parece que es hora de terminar, aparte me estoy muriendo de ganas de ir al baño con tanto líquido. Buena vida a todos"

#### (04/06/09) Tercera Observación

Son las 10hs y en la sala de las charlas están Darío y Guillermo (el psicólogo). A las 11hs se incorpora Patricia.

Antes de comenzar el grupo, se recuerdan las actividades que los pacientes pueden realizar en la institución y se pide que se apaguen los celulares. Una vez más, se empieza corroborando los pesos y consultando si hay algún paciente nuevo.

- 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" dice.
- Guillermo, el psicólogo, le dice: "Es normal en parte que te pase esto porque antes, la calma inmediata era el picoteo, el recurso inmediato era comer y ahora, en el medio de eso hay una elaboración que hace que pienses antes de ir directo a la acción de comer,"
- Otra paciente dice: "A mi 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 por ejemplo; antes iba a reuniones aunque no quería y siempre recibía controles de todos lados respecto a las comidas. Primero de mis viejos y después de mi marido y ahora siento que se invierten los roles. Cuando me dicen algo (porque de repente me ven que como algo de más) les digo que no necesito que me estén controlando, que esta vez la dieta la hago por mí –se refiere al tratamiento- y que puedo controlarme o no yo sola."

Llega Patricia. Le comentan que están hablando de que hay pacientes que se sienten más irritables que antes desde que empezaron el tratamiento.

- Patricia dice: "Lo que pasa es que ahora el carácter es más firme. Hoy yo fui a llevar mi hija a la pediatra, siempre corriendo con los tiempos, y en la sala de espera leí un artículo de Sergio Sinai que hablaba de criar o educar a los hijos con "suavidad y firmeza". Es decir, se puede ser suave pero no por eso dejar de ser firmes en las decisiones."
- Otra paciente: "A mi me paso que ayer tuve como una discusión con mi marido donde él me dijo algo que me molestó y me di cuenta que en otro momento me hubiera callado o puesto a llorar, pero esta vez, sin embargo, le respondí. Y me di cuenta de que no fue tan difícil ni se vino el mundo abajo como yo pensaba."
- Patricia: "Te entiendo en lo que querés decir. Nosotros somos siempre extremistas, somos del *todo o nada* sin matices en el medio. Tendemos a pensar que el No que decimos o nos dicen es a nosotros pero en realidad el No es a la propuesta. Hay muchos NO que se tendrían que decir y no se dicen y generan más stress y conflictos pero deberíamos saber que el NO aún es aceptar a la persona."
- Otra paciente levanta la mano y dice: "Yo me identifico con lo que dijo la primer paciente y también con la charla del No, yo desde que empecé acá, tengo fama de la loca en mi casa (risas de todos) y siempre por detrás viene el "vos estás así porque no podés comer" (Risas de nuevo).
- Patricia: "El tema es el modo en que se dice ese NO. Cuando uno lo grita, no sólo lo grita para emitir un mensaje sino también para convencer al otro pero sobretodo para terminar de convencernos a nosotros mismos. Esto pasa cuando uno baja de peso. Uno se vuelve más *gánico*, se quiere dar muchas oportunidades que no se dio antes. Es un momento de depuración.... Ojo, también hay exceso en la hiperactividad pero a veces esto es necesario para que después, al bajar, se llegue al equilibrio."
- Otra paciente dice: "Yo ayer fui a la psicóloga y hablamos de la falta de límites y ella me decía que primero uno tiene que enojarse con uno mismo y también después perdonarse uno para poder decir NO a los otros y también perdonarlos"
- Patricia le da la razón y dice: "Ayer en el grupo de la noche, también salió el tema del perdón y una paciente contaba que no puede perdonar al marido por dejarla y de la misma manera no puede perdonarse ella por haberse abandonado antes que él lo hiciera. Hay una "negación", un no poder estar feliz ni siquiera llegando a su peso, a su deseo de delgadez, porque cada vez que baja vuelve a subir. Al no perdonar – se, no disfruta de lo logrado."



- El psicólogo, dice: "La negación es un mecanismo de defensa que muchas veces se asocia con la Proyección donde ponemos lo que no nos gusta de nosotros mismos en los otros y así lo rechazamos y en cierta medida no nos hacernos responsables."

- Patricia: "Perdonar no tiene que ver con complacer y complacer es repetir historias. Perdonar es *hacer de cuenta que...* es dar una segunda oportunidad pero para que se haga algo diferente a lo ya hecho. En la obesidad, me tengo que perdonar por haberme puesto este cuerpo gordo encima."

- Una paciente dice: "Yo no puedo creer la diferencia de mi vida ahora a hace un año atrás. Llevo bajados 35 kilos y todos los años me tengo que hacer un control médico en el Hospital Roffo 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." Los ojos se le llenan de lágrimas mientras recuerda.

- Otra paciente dice: "Todo parece cambiar. Yo empecé hace poquito acá pero mi pareja al ver que me cuido empecé a cuidarse también porque me ve mejor y más cuidada, e incluso trata de incorporar algunos de estos cuidados como por ejemplo el tomar caldo antes de las comidas como hábito familiar incluyendo a nuestros hijos, porque si lo adoptan es bueno como ejemplo. Es decir, mal no le hace a nadie tomar un caldo para comer menos, o no?"

- Patricia: "Lo bueno de lo que contás es que seguramente te motiva más a vos sentirte acompañada en esto, pero es bueno siempre y cuando no pierdas de vista que el tratamiento es tuyo y no de ellos, por lo menos no obligatorio para ellos, porque puede pasar que en algún momento ellos decidan no cuidarse más y vos te enojas o sientas que no te cuidan y no es así. No podemos hacer nuestro tratamiento en función del tratamiento del otro. Acá es un tratamiento único, particular, pero con un refuerzo extra que es lo grupal donde trabajamos más la cabeza, las emociones que lo corporal en cuanto a kilos de más o menos."

Las pacientes asienten. Patricia mira el reloj. Son las 11.55hs y pregunta: "¿Alguien más quiere decir o contar algo?" Todas gesticulan que no con la cabeza.

- Patricia saluda "Buena Vida para Todos!"

#### **(19/06/09) Cuarta Observación**

Son las 10.05hs y en la Sala están Darío y Patricia.

Una vez más, se leen las actividades de la semana y se recuerda que apaguen los celulares. Se toman los pesos y Patricia pregunta si hay pacientes nuevos y una persona levanta la mano.

- Patricia: "Hola, bienvenida. ¿Cómo te llamás?"

- La paciente responde: "Me llamo Mariana"

- Patricia: "Bueno Mariana, me imagino que te habrás pesado antes de entrar, no? Contanos cuál es tu peso actual."

- Paciente: "Más de lo esperaba, peso 98 kilos"

- "¿Y cuál consideras que sería tu peso ideal más allá de que todavía no tuviste la consulta médica? Es decir, no el peso que pensás que te sería cómodo, el ideal que a la vez tiene que ser un número real en el que hayas estado más tiempo en tu vida adulta así podes alcanzarlo y mantenerlo."

- Creo que cerca de los 68 kilos estaría bien.

- ¿Qué sentimientos le genera hoy este sobrepeso?

- La paciente nueva dice: "En principio me molesta la estética" Y agrega: "Lo que me falta es fuerza de voluntad para mantenerme. Me corrí de lugar cuando tuve familia, cambié de trabajo empezando a trabajar desde mi casa y todo eso me llevó al sedentarismo y a subir de peso."

- Patricia: "Sí, nos ha pasado a casi todas acá. El correnos de nuestro protagonismo en la vida y más si se trata de tener hijos y dar todo por ellos. Acá, en las historias del grupo, vas a ver que muchas veces va resonar tu propia historia donde también vemos que el peso cambia generalmente rápido si las cosas se hacen bien pero lo que no cambia a la misma velocidad es la cabeza y muchas veces no cambia nunca para generar un hábito real de alimentación. Por eso, dice Patricia, yo prefiero hablar de cuidado eterno y no de mantenimiento."

- Paciente: "Sí, como te decía, si hago el plan dietario bien, sé que bajo, pero esto de mantenerme es lo que no me sale."

- Patricia: "Capaz sea porque mucho de lo que nos pasa, tiene que ver con el no poder disfrutar. En este caso, disfrutar del logro al que llegamos, la delgadez. No nos sentimos merecedores del placer, del disfrute. El tema está en cada uno pueda descubrir por qué nos pasa esto." "Me acuerdo que hasta hace un tiempo hacíamos un ejercicio con una pizarra que dividíamos a la mitad donde de un lado poníamos las cosas dolorosas de la obesidad desde lo más cotidiano a lo más loco que se nos ocurriera y del otro lado poníamos los logros que se alcanzaban al empezar a bajar de peso y la verdad es que salían cosas

muy interesantes como: lograr atarse los cordones, dejar de sentir que podían dormirse y morir, lograr subir o bajar escaleras, no agitarse tan rápido, poder jugar con los hijos etc...

La idea de la pizarra era trabajar y graficar sobretodo los logros y no lo que se pierde al bajar de peso, no quedarnos con la pérdida en lo posible. Esto hacía que el grupo se sume y aparezcan cosas simples y cotidianas totalmente alentadoras y que apareciera el desafío del "tratar de recuperar". ..... "Muchas veces, logramos ver y reconocer que el *no quiero* es en realidad un *no puedo*. No es que ya no me guste el deporte sino que no puedo hacerlo... no es que no quiera andar en bicicleta sino que no puedo... Como decía antes, nos cuesta estar en "las medias", tenemos mentalidad "todo o nada". Una mentalidad excluyente....

Patricia prosigue: "Recién en mi propio tratamiento, cuando empecé a bajar de peso, pude ver mi potencial y recuerdo que también pude ver el de mis compañeros de grupo, donde muchos *no puedo* ahora se volvían en un *ahora puedo y quiero*, porque la vida se sigue moviendo y al bajar de peso, nos agarra mejor parados, integrados en lo emocional, en lo físico y en lo psíquico."

- El Psicólogo dice: "La obesidad tiene una pulsión de muerte muy fuerte, nos lleva a no jugar, a no vivir, a pelear, nos lleva a lo estático, a lo no móvil, a las discapacidades. Con esta pulsión uno queda arraigado a otras situaciones donde ya no tiene que ver la comida y hay que trabajar con esto."

- Patricia: "Nosotros, nos relacionamos más con la letra "O" que con la letra "Y", incluso en la forma de estas letras y su relación con el cuerpo. Somos totalmente excluyentes y esto tiene que ver con un facilismo, con una comodidad que incluso nos llevó a estar como estamos y estando así, gordos, es cuando creemos que no tenemos potencial para nada. Es más, estando así, ni siquiera elegimos ni sabemos elegir, nos volvemos descartables.

Esto es dinámico. Aunque uno esté quieto, sigue engordando. Por eso siempre decimos que en este tratamiento conviene primero actuar (realizar el tratamiento de manera dócil y obediente) y sólo después pensar, cuando ya tengo la cabeza un poco más despejada y con mayor experiencia por escuchar el grupo. Todo el aprendizaje que obtengamos nos va a permitir empezar a cerrar círculos en nuestra vida, a no dejar más cosas por la mitad sin terminar y lo más importante, a disfrutar de ese logro.

Son las 12.10hs y se da por terminado el grupo.

## Anexo N° 2

### LEY NACIONAL N°: 26396 / 2008

#### Trastornos alimentarios. Obesidad. Bulimia. Anorexia.

Publicado en el B.O. N° 2008 el 03-09-2008

#### LEY 26.396

DECLARACION DE INTERES NACIONAL LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

BUENOS AIRES, 13 de Agosto de 2008  
BOLETIN OFICIAL, 03 de Septiembre de 2008

TRASTORNOS ALIMENTARIOS – OBESIDAD – BULIMIA – ANOREXIA - PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS -PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° - Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

ARTICULO 2° - Entiéndase por trastornos alimentarios, a los efectos de esta ley, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

ARTICULO 3° - Créase el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, que tendrá por objeto:

- a) Instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, en particular:
  1. Sobre las características de los mismos y de sus consecuencias;
  2. Sobre sus aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales y de las formas apropiadas e inapropiadas de su tratamiento;
  3. Sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor;
- b) Disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades;
- c) Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios;
- d) Propender al desarrollo de actividades de investigación;
- e) Promover, especialmente entre los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables
- f) Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades;
- g) Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de los trastornos alimentarios;
- h) Promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) en las acciones previstas por el presente programa;
- i) Promover y coordinar, con las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la implementación de programas similares a nivel local;
- j) Desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y de instruir a la población sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento.

ARTICULO 4° - El Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la presente ley, coordinará acciones en el ámbito del Consejo Federal de Salud con las demás jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de la presente ley.

La autoridad de aplicación dispondrá las medidas necesarias para que en cada una de las jurisdicciones funcione al menos UN (1) centro especializado en trastornos alimentarios.

ARTICULO 5° - NOTA DE REDACCION (VETADO POR DECRETO 1395/08)

ARTICULO 6° - El Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social:

a) La incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también de medidas que fomenten la actividad física y eviten el sedentarismo, y la promoción de un ambiente escolar saludable.

b) La capacitación de educadores, trabajadores sociales, trabajadores de la salud y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

1. Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la problemática alimentaria.

2. Detectar adecuadamente las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones y estrategias para abordarlas a través de una adecuada orientación y/o derivación.

c) La realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres cuestiones relativas a la prevención de los trastornos alimentarios, y los peligros de los estilos de vida no saludables.

ARTICULO 7º - El Ministerio de Salud auspiciará actos, seminarios, talleres, conferencias, certámenes y/o programas de difusión, que contribuyan al conocimiento de los problemas que traen aparejado los diferentes trastornos alimentarios, y las formas de prevención.

ARTICULO 8º - El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social, desarrollará estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares y los planes alimentarios nacionales velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTÍCULO 9º - Los quioscos y demás establecimientos de expendio de alimentos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos.

ARTICULO 10. - La autoridad de aplicación deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios, y que los diseñadores de moda, no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de los jóvenes, en particular de las mujeres.

ARTICULO 11. - NOTA DE REDACCION (VETADO POR DECRETO 1395/08)

ARTICULO 12. - Queda prohibida la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en nutrición.

ARTICULO 13. - El Ministerio de Salud podrá requerir al responsable del producto alimentario publicitado o promocionado, la comprobación técnica de las aseveraciones que realice en el mismo, sobre la calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficio de empleo de los productos publicitados.

ARTICULO 14. - Los anuncios publicitarios en medios masivos de comunicación de productos para bajar de peso, deberán dirigirse, exclusivamente a mayores de VEINTIUN (21) años de edad, debiendo ser protagonizados también por personas mayores de edad.

ARTICULO 15. - 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.

ARTICULO 16. - La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley Nº 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley Nº 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley Nº 24.754, 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.

ARTICULO 17. - Los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general, no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que al respecto establezca el Poder Ejecutivo.

Tal negativa será considerada acto discriminatorio en los términos de la Ley Nº 23.592.

ARTICULO 18. - El Poder Ejecutivo, dispondrá las medidas necesarias a fin de que los establecimientos educacionales y sanitarios de su jurisdicción, cuenten con las comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de las personas que padecen obesidad. Asimismo gestionará ante los gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adopción de normas de similar naturaleza.

ARTICULO 19. - Todas las instituciones de atención médica, públicas y privadas, deberán llevar un registro estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas. A tal efecto la autoridad de aplicación confeccionará los formularios de recolección y registro. La autoridad de aplicación elaborará periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe sobre las acciones llevadas a cabo a nivel nacional y en conjunto con las autoridades provinciales. También se informará de los adelantos e investigaciones que sobre las enfermedades se estuvieren llevando a cabo a nivel oficial o con becas oficiales.

ARTICULO 20. - NOTA DE REDACCION (VETADO POR DECRETO 1395/08)

ARTICULO 21. - NOTA DE REDACCION (VETADO POR DECRETO 1395/08)

ARTICULO 22. - Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

ARTICULO 23. - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FIRMANTES: COBOS-FELLNER-Hidalgo-Estrada

**Referencias:**

Decreto NAC 1415/2008 Comisión Asesora. Redacción de la Reglamentación de la Ley de Trastornos Alimentarios.





