

# La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad

## Group Therapy in a Case of Obesity

Ana Aizpún Marcitllach y Constanza Fernández de Gamboa Aguinaga  
Thinking Psiconutrición, España

**Resumen.** El artículo que a continuación presentamos se centra en el enfoque psicoterapéutico grupal que ilustramos con el caso de Isabel, una mujer con obesidad. Describimos el trabajo que realizamos a diario en un centro de psiconutrición. El tratamiento se compone de un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, médicos, nutricionistas y entrenadores físicos. Nuestro abordaje encuentra su pilar fundamental en los grupos de terapia diarios. El abordaje psicológico se realiza desde dos perspectivas complementarias e imprescindibles: la individual y la grupal. En este artículo nos centraremos en la perspectiva grupal y en describir el proceso psicológico mediante el que Isabel aprende a relacionarse de manera más equilibrada con la comida.

*Palabras Clave:* terapia de grupo, comportamiento adictivo, sobrepeso, estilo de vida, comer emocional.

**Abstract.** The following article focuses on the group treatment of Isabel, a woman with obesity. It is based on the daily work we do in a psycho nutritional center. Psychologists, nutritionists, doctors and personal trainers coordinately provide the treatment from a multidisciplinary approach. Our approach finds its fundamental pillar in daily therapy groups. The psychological focus in the center is implemented from two complementary and indispensable perspectives: that of the individual and of the group. In this article we will focus on the group perspective and develop the psychological process through which Isabel learned to interact with food in a more balanced way.

*Keywords:* group therapy, addictive behavior, overweight, lifestyle, emotional eating.

### El sobrepeso como síntoma

Cuando una persona acude a nuestro centro<sup>1</sup> viene con un motivo de consulta concreto: perder peso y no volver a recuperarlo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la demanda va más allá y quien acude a nosotros busca tratar el malestar emocional que tiene.

En el centro abordamos la sintomatología fenomenológica, el sobrepeso, como el reflejo de un desequilibrio interno así como un problema de relación o de vínculo con la comida. Desde este enfoque los kilos son el síntoma urgente pero no el problema importante. Las conductas de sobre ingesta y el sobrepeso son indeseadas y la persona no puede por sí misma controlarlas. La restricción alimentaria en exclusiva es efectiva mientras el

<sup>1</sup> Método Thinking de Psiconutrición.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora a Thinking Psiconutrición. C/ José Abascal, 55, entreplanta Idza. 28003 Madrid. E-mail: ana.aizpun@gmail.com

objetivo sea la pérdida de kilos, sin embargo no lo es si lo que se busca es instaurar un comer equilibrado a largo plazo. Además, la restricción como única intervención en personas que tienen un patrón alimenticio disfuncional puede incluso tener efectos contrarios a los deseados en un nivel psicológico (Polivy, 1996).

La ingesta compulsiva, es decir, aquella que se produce sin la necesidad biológica de hacerla, se produce por diversos factores: psicológicos, físicos y sociales que deben ser abordados en su conjunto para lograr una evolución favorable a largo plazo. Hablamos de ingesta compulsiva, comer emocional o hambre hedónica, cuando analizamos las conductas alimentarias de personas que comen en exceso, más de lo que necesitan incluso poniendo en riesgo su salud física y psicológica en función de su estado anímico (López-Mojares, 2006).

Nuestro hipotálamo, centro regulador de nuestra sensación de hambre y saciedad, responde a las señales hedónicas que producen los alimentos de alta palatabilidad. Debido al placer que producen una vez ingeridos y al malestar que genera prescindir de ellos, se producen mecanismos adictivos similares a los de otras drogas como la cocaína o el alcohol (López-Mojares, 2006).

El objetivo de este tipo de ingesta no es nutrir al organismo sino obtener un placer inmediato y a corto plazo. Esta es la característica que hace que las personas podamos desarrollar una relación adictiva con la comida donde están presentes la compulsión y la falta de libertad. Otros factores de vulnerabilidad serían por ejemplo diversas variables contextuales y psicológicas como el estrés ambiental, la ansiedad, patrones de aprendizaje disfuncionales, la poca tolerancia a la frustración o patrones alterados del sueño.

Debido a la etiología multifactorial de esta enfermedad, el abordaje multidisciplinar se hace indispensable. Cada disciplina cumple un papel fundamental en el tratamiento de un objetivo común. El centro cuenta con un equipo de médicos que evalúan al paciente y determinan los parámetros a considerar por el resto de profesionales. El seguimiento médico durante todo el tratamiento es constante. El departamento de nutrición elabora un plan de alimentación adecuado a cada persona y controla su evolución a lo largo del proceso. Su labor es también la de re-educar acerca de lo que es una dieta saludable, las porciones, las frecuencias así como desmitificar ciertas creencias erróneas acerca de determinados alimentos. El equipo de entrenadores físicos diseña y ajusta planes de ejercicio físico modulado que las personas puedan ir introduciendo en sus rutinas. El grado de sedentarismo es enorme y nuestro trabajo consiste en recordar que no es cuestión sólo de comer mejor, sino que estamos diseñados para llevar una vida activa en la que haya ejercicio físico. Por último, el departamento de psicología tiene como objetivo tratar esta relación adictiva con la comida. Identificando y comprendiendo cuáles son las situaciones, alimentos o sentimientos que les llevan a patrones de comportamiento adictivos, las personas podrán lograr un mejor autocontrol y un estilo de vida saludable. Sin este abordaje psicológico, el tratamiento tendría pocas posibilidades de ser exitoso a largo plazo puesto que aunque el síntoma es el sobrepeso, la causa es psicológica. Para lograr esto, vemos esencial el trabajo terapéutico que diariamente realizamos en los grupos.

Solamente trabajando la normalización de la nueva forma de comer así como modificando un estilo de vida pasivo y obesogénico se perpetuará dicho patrón saludable (Maziak, Ward y Stockton, 2008). Proponemos un abordaje sostenible a largo plazo que evite la reaparición del sobrepeso. Éste deberá siempre posibilitar la incorporación de una dieta saludable que no se caracterice por la restricción excesiva ni por la sobre ingesta.

### La terapia de grupo: La herramienta principal

Los grupos de terapia son diarios y de carácter abierto y heterogéneo. Todos pueden asistir a todos los grupos que deseen. Las sesiones de psicología individuales tienen lugar cada quince días en principio, a no ser que el equipo clínico considere que una persona necesita una frecuencia mayor.

Debido al carácter abierto y heterogéneo de los grupos estos cambian diariamente tanto en su tamaño como en quienes lo integran ese día. A quienes acuden a ellos les une una misma dificultad pero que se manifiesta en historias, edades, personalidades y espectros de gravedad distintos. Esta característica hace que el encuadre

deba amoldarse a una duración de 90 minutos y a una modalidad más directiva. Cada sesión de grupo debe convertirse en un proceso terapéutico en sí mismo con principio, desarrollo y conclusión (Vinogradov y Yalom, 1989). Los objetivos de trabajo se marcan por sesión y es labor del terapeuta favorecer un clima terapéutico de trabajo personal.

Para lograrlo, cada sesión comienza con un tiempo de caldeo grupal donde se invita a que cada asistente se presente, diga su peso del día y pueda compartir con el resto del grupo cómo se encuentra y cómo llega a la sesión. Durante toda la sesión, el terapeuta incentivará la auto-revelación por parte de cada miembro, buscando así propiciar la mayor cohesión grupal posible, un factor indispensable para que el grupo funcione.

El enfoque más directivo y guiado de estos grupos así como el foco en el “aquí y el ahora” ayuda a mitigar algunas limitaciones de un grupo terapéutico abierto y heterogéneo. En cada sesión sus integrantes pueden trabajar aspectos como la auto-revelación personal, practicar el etiquetado emocional, desarrollar habilidades interpersonales como la asertividad o el compartir estrategias y dificultades.

El abordaje psicológico grupal evoluciona a medida que lo hacen las personas. Al inicio del tratamiento, las personas comienzan a asistir a los grupos de *ruptura*, aquellos que se centran en la toma de conciencia y ruptura con un vínculo disfuncional con la comida y con un estilo de vida contrario al mantenimiento de un peso saludable. A medida que el proceso va avanzando y se van acercando a su peso saludable, se produce el cambio a los grupos de *construcción*. Durante una fase intermedia que llamamos de *consolidación*, la persona puede asistir a ambos grupos, *ruptura* y *construcción*. Estos últimos grupos como explicaremos más adelante tienen un carácter más relacional y buscan no ya la toma de conciencia, sino la construcción de una nueva relación con la comida así como de un “yo” delgado. A lo largo del caso, iremos definiendo más en profundidad las características de cada fase.

### El caso de Isabel: Querer y no poder

Isabel pesa 86 kilos cuando acude al centro. Teniendo en cuenta su altura y su edad, Isabel comienza el tratamiento con un Índice de Masa Corporal (IMC) de 33,59 y por tanto con una obesidad grado II. En su edad adulta Isabel nunca ha pesado menos de 70 kilos, casi siempre ha rondado los 75 kilos pero en los últimos años se ha descontrolado. Durante su primera cita con el médico refiere llevar meses sin pesarse. El objetivo de esta primera visita es, entre otras cosas, establecer un rango de peso saludable y un IMC objetivo tomando en cuenta su edad y su historia médica y descartar posibles complicaciones de salud para realizar ejercicio físico que será una parte indispensable del tratamiento.

El motivo de consulta de Isabel es su deseo de “recuperar el control en su relación con la comida” que según relata, en los últimos años se ha caracterizado por el desorden y una sobre ingesta constante. Sin embargo, durante la primera sesión se pone de manifiesto que el origen de esta mala relación con la comida se remonta a su niñez, cuando recuerda haber comido con frecuencia a escondidas. Desde entonces han sido muchas las dietas, médicos, tratamientos y centros a los que ha acudido buscando una solución a su sobrepeso. Esta es la primera ocasión en la que abordará su problema desde una perspectiva psicológica. A lo largo de los años Isabel ha desarrollado un fuerte sentimiento de indefensión aprendida ante sus propias conductas alimentarias y sentimientos de culpa y vergüenza que han terminado por distorsionar su auto-concepto e imagen corporal y por minar su autoestima.

### Los grupos de terapia en la primera fase del proceso

Isabel empezará el tratamiento asistiendo a los grupos de *ruptura*, aquellos que como indicábamos se centran en la toma de conciencia y ruptura con un vínculo disfuncional con la comida y con un estilo de vida con-

trario al mantenimiento de un peso saludable. Durante esta fase, Isabel seguirá un plan de alimentación donde se han suprimido los alimentos de mayor palatabilidad, más difíciles de controlar, con el objetivo de facilitar la toma de conciencia y la ruptura. El foco además estará en romper con un estilo de vida “obesogénico” que se ha mantenido durante muchos años y acompaña y mantiene el sobrepeso (Amigo, Busto y Fernández, 2007). Los grupos de terapia de esta fase tienen como objetivo: potenciar la toma de conciencia acerca del problema, facilitar la expresión emocional, aprender a manejar recaídas, discutir abiertamente ideas irracionales o distorsionadas acerca de la imagen corporal y sobre todo potenciar el autoconocimiento. Tienen carácter directivo y el terapeuta ofrece constantemente información y pautas de carácter conductual con el objetivo de guiar y dar soporte.

Al entrar a su primer grupo, Isabel experimenta cierto malestar y se le acelera el corazón al darse cuenta de que sus integrantes uno a uno, dicen en alto su peso de ese día.

–María: “Hoy estoy en 79.7 kg, por fin he bajado de los 80 kg.”

–Sofía: “Yo igual que el lunes, no bajo, pero bueno, ya me ha pasado otras veces. En fin, 72.300...”

Cuando llega el turno de Isabel, la tensión en su rostro es evidente. Se siente agredida y reacciona defensivamente:

–Isabel: “No pienso decir mi peso. ¡Eso no se lo digo ni a mi marido! A nadie le incumbe.” Su postura corporal es de defensa, brazos en cruz, silla ligeramente retraída del resto del grupo y ceño fruncido.

Esta reacción no extraña al grupo, es algo frecuente que muchos de ellos han experimentado. Se reconocen en la vergüenza por un peso que les asusta, en la culpa, en el rechazo a su cuerpo, a su imagen y el miedo de no ser queridos. La terapeuta normaliza esta tensión, valida lo invadida que puede sentirse Isabel y espera a que el grupo reaccione. Resulta especialmente enriquecedora la experiencia de los veteranos ante este tipo de situaciones e Isabel podrá escuchar mejor a un igual. Esta espera tiene además como objetivo que comience a darse la acogida por parte del grupo que durará algunos días y que permitirá que Isabel pueda ir bajando sus defensas. En este momento el terapeuta representa un agente externo y amenazante. De hecho así ocurre y es otro de los miembros quien trata de tranquilizar a Isabel:

–Marcos: “Te entiendo, yo al principio tampoco lo decía. ¡Es tan humillante! ¡Qué clase de monstruo pesa 130 kilos!”. Marcos, después de 8 meses ha perdido casi 40 kilos. “Pero mira, una vez que lo dices ya te lo quitas, ¡ya está fuera!”

El terapeuta retoma esta idea. El peso no define a una persona, está “fuera de ella”, es una característica modificable, pero es necesario poder hablar de ello y permitir que otros lo vean para poder aceptarlo. Sin aceptación el cambio es imposible.

–Isabel: “Prefiero no decirlo de todas formas, no me siento cómoda. Además, nadie me dijo que tuviera que decir mi peso en público”.

El terapeuta escucha esta demanda de protección y pasa al siguiente integrante. La información personal que comparten cada uno de los miembros durante los primeros minutos de la sesión sirve de guía para el psicólogo que recogerá las principales preocupaciones que ese día caracterizan al grupo. La sesión de grupo será más productiva cuanto más se amolde su contenido a lo que sus integrantes están afrontando en su presente. En este caso empiezan a surgir temas relevantes como la culpa, los límites o la vergüenza. El psicólogo puede aprovechar esta información de muchas maneras; reforzando el proceso de Marcos y su intento de acoger a Isabel, retomando durante la sesión el concepto de vergüenza o trabajando la asertividad en el grupo y reforzando la claridad con la que Isabel ha expresado su necesidad. En futuras sesiones, el grupo creará un contexto que facilitará nuevas formas de estar de Isabel en relación con otros y consigo misma. Desde el primer día, Isabel puede ver en otros un camino y en este caso, una manera alternativa de relacionarse con su peso. Los demás le sirven como ejemplo de diferentes maneras de actuar ante un problema común. Empieza a sentir que no está sola.

El grupo se convierte en una herramienta al servicio del cambio que permite que quienes lo integran experimenten entre otras cosas como describen Valdés et al. (2005, p. 7): “*La aceptación de la existencia de un problema, la aceptación de los propios límites y el reconocimiento de la necesidad de ayuda, la expresión de espe-*

*ranza, la expresión de la necesidad de cambio, el descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, y el establecimiento de nuevas relaciones”.*

### La toma de conciencia a través del grupo

Cuando se trata de modificar un vínculo disfuncional y adictivo, toda la complejidad del ser humano se pone en juego. El cambio terapéutico pasa por un proceso de toma de conciencia intelectual y racional pero también por una experiencia emocional correctiva que necesariamente moviliza los cimientos de nuestra “estructura psíquica”. No es suficiente con modificar conductas, es necesaria la toma de conciencia profunda. La persona necesita “darse cuenta” del autoengaño que le ha llevado a esta situación y cambiar las excusas por el desarrollo de su responsabilidad (Stevens, 1976). Este “darse cuenta” ocurre especialmente en lo relacional, en grupo. Esto ocurre porque es más sencillo identificar excusas y negación en los demás primero, antes que en nosotros mismos.

Quienes comienzan el tratamiento suelen decir frases que a continuación ilustramos con algunos ejemplos: “Por un poquito no pasa nada”; “No tengo tiempo para hacer ejercicio”; “No me identifico con otros del grupo, yo no tengo tantos problemas”; “He tenido una semana malísima, no he podido evitar comer”; “No tengo tiempo para pararme a tomar una fruta a media mañana”; “En determinadas situaciones sociales no podemos rechazar lo que nos ofrecen”, etc...

El grupo diario tiene un papel fundamental como catalizador de la conciencia que la persona tiene acerca de su padecer. En el contexto grupal cada integrante es un espejo que devuelve al otro los patrones de conducta y dificultades que uno no es capaz de ver por sí mismo, o que distorsiona protegiendo así su auto-concepto.

Un ejemplo de esto sucedió en una sesión de grupo durante el segundo mes de tratamiento de Isabel:

Isabel habla de un atracón que se dio el día anterior, está destrozada porque es la primera recaída desde que comenzó. Cuando la terapeuta le pide que cuente algo más de cómo fue la situación, Isabel relata una discusión con su pareja. Al describir la secuencia de hechos, Isabel describe una situación en la que ella quiso negarse a una demanda de su marido y terminó siendo agresiva y perdiendo las formas. Después se había sentido tan mal y tan asustada, que sin poder controlarlo ingirió grandes cantidades de comida calórica.

–Isabel: Con lágrimas en los ojos, “es que no puedo controlarme, nunca voy a poder conseguirlo.”

–Terapeuta: “¿Por qué crees que comiste ayer Isabel?”

–Isabel: “Porque lo necesitaba, no quería comer pero no pude controlarme. No paré hasta que ya no podía más.”

–Terapeuta: “Ayer te comportaste de manera agresiva intentando expresar tus deseos y opiniones, después fuiste a la despensa. ¿Alguien más se siente identificado con esto? ¿Por qué cuando nos sentimos mal, buscamos cuidarnos pero en realidad acabamos por agredirnos comiendo?”

–Luis: “Yo creo que te enfadó que tu marido te pidiera eso. Te fallaron las formas pero no el fondo. Me da la sensación de que eso es lo que te llevó a comer. Tenías razón en lo que pedías pero no supiste explicarlo como te hubiera gustado”.

Esta situación permite explicar y describir un patrón frecuente en las personas que tienden a comer para aliviar un sentimiento negativo que se les hace intolerable. Isabel ha identificado a lo largo de estos meses que su tendencia a mantenerse en el estado más pasivo y no asertivo, hace que se pase de manera compulsiva al extremo agresivo. En ambos casos no es capaz de conectar con su necesidad y termina por comer como solución. El terapeuta a lo largo del proceso explicará de manera repetida el continuo pasividad-asertividad-agresividad. El grupo trabajará en muchas sesiones cómo la comida se convierte en un intento somático de aliviar una tensión interna que no se sabe gestionar de otra manera (Kenardy, Arrow y Agrad, 1996).

En los grupos de terapia se recurre muy a menudo a una idea clave: “Si el problema no es el hambre, la comida no es la solución”. Los integrantes, por medio del trabajo diario van identificando qué patrones de aprendizaje, situaciones conscientes y no conscientes les llevan a buscar refugio en la comida.



Las recaídas son parte del proceso o dicho de otro modo, en las dificultades está la clave. Cuando tiene lugar una recaída o descontrol, la tendencia de quien la sufre es asustarse. En los grupos el terapeuta siempre reformulará lo que ha ocurrido en términos de aprendizaje. Isabel puede “darse cuenta” en el grupo de que el síntoma es el atracón pero en este caso, la causa es la dificultad a la hora de mostrarse asertiva y tolerar la frustración de generar un conflicto. La premisa es que cuando Isabel aprenda a identificar de manera más certera sus emociones y aprenda nuevas herramientas para manejar y tolerar situaciones que le resultan amenazantes, la compulsión a comer será menor.

### El cambio está en el “hacer”

El cambio está en “hacer algo distinto”. Esta es una máxima en los grupos de *ruptura*. Durante el inicio del proceso, observamos cómo es común la tendencia a racionalizar en exceso y como este mecanismo de defensa distrae y mantiene la sensación de impotencia. Los grupos de *ruptura* se centran en el *hacer* por encima del pensar o comprender. En la acción está el cambio y es *haciendo* como uno puede profundizar en la conciencia de sus recursos, fortalezas y dificultades. Para facilitar esta acción, el terapeuta es una constante fuente de información y de herramientas que permite que el proceso se realice de manera guiada aunque autónoma.

Se enfatiza el rol de aprendiz, la persona está aprehendiendo nuevas maneras de actuar, de pensar, de enfrentarse a las situaciones, en definitiva, de vivir. Está trabajando para deshacerse de hábitos tanto conscientes como inconscientes que mantenían el síntoma del sobrepeso al mismo tiempo que se van construyendo nuevas formas de comportarse ante la comida y ante situaciones en las que en su pasado se anesthesiaban comiendo:

–Isabel: “No se qué hacer por las noches. Estoy sentada en el sofá y no me concentro ni en el libro ni en las noticias. Solo tengo en la cabeza lo que hay en la despensa y el deseo que tengo de comerlo.”

El poder del hábito antiguo es fuerte, son muchos años de sentarse en el sofá y comer hasta el momento justo de irse a dormir. A pesar de llevar ya varias semanas, el hábito sigue presente. Los integrantes se dan estrategias mutuamente:

–Sofía: “Si me permites darte una idea, a mi me sirvió mucho lo que me sugirió otra chica que ya no está porque ha terminado el método. Me dio la idea de darme un gran baño con espuma, música, de tal forma que ahí no se me ocurre comer ni me entran ganas de picar nada.”

El grupo en *ruptura* muestra una fuerte ansiedad y frustración al no poder consumir aquello que les gusta y les “apetece”. La dependencia fue física durante un tiempo pero es sobre todo psicológica, por eso, la motivación constante por parte de los terapeutas y de todo el equipo son vitales. Quien está tolerando la frustración de no comer, necesita comprender que el trabajo que está haciendo no es exclusivamente perder peso, está debilitando una fuerte dependencia psicológica. El terapeuta ejerce de sostén con carácter temporal para ir desarrollando en las personas nuevas actitudes constructivas y conscientes.

Como vemos ilustrado en el diálogo anterior, el grupo es ya un espacio de acogida, tranquilidad y seguridad para sus participantes. Un espacio en el que sus integrantes se retroalimentan sobre lo que están cambiando en cuanto a sus habilidades ante la comida, cómo manejan eventos sociales y familiares o momentos de soledad en casa. Se van enseñando nuevas formas de gestionar sus emociones y como consecuencia, la comida. Empiezan a confiar en que pueden cambiar y conseguir su objetivo.

### El trabajo experiencial para la interiorización del cambio

Al cabo de unos meses de trabajo en el grupo, Isabel se siente experta en la materia, ha expandido su zona de confort. Conoce la rutina del grupo, tiene integrado en su agenda semanal asistir a varias sesiones de terapia. Ya no lo tiene que planificar pues está incorporado en sus obligaciones, aunque mejor dicho, en sus elecciones.

Cuando lleva 4 meses, explica a una persona que inicia el método lo siguiente:

–Isabel: “Es normal que estés pensando todo el día en comida, fijándote en lo que puedes o no comer, pero con el paso de los días verás que te sale solo. Antes de salir de casa cojo un plátano, el caldito y la botella de agua”.

Escucharse dándole ánimos a otro y verbalizando cambios en sí misma, es una fuente de motivación constante. Este es sólo uno de los muchos ejemplos que Isabel ahora puede ver en retrospectiva.

–Marcos añade: “Te aconsejo que vengas a muchos grupos, son lo mejor. Sin ellos es difícil. Sin el grupo un buen día tiras la toalla como en dietas anteriores que más de dos meses nadie aguanta”.

Isabel tiene ya cierta sensación de control y seguridad en su capacidad de lograr su objetivo, sin embargo la ansiedad y el miedo iniciales, han dado paso a una emoción nueva e incómoda, el aburrimiento. Está aburrída de hacer lo mismo durante tanto tiempo. Dice que se conformaría con algún cambio en su alimentación, que se le hace repetitivo. Isabel se ve con un buen manejo de las situaciones y con ganas de “salir al mundo sola”.

La monotonía es clave para la interiorización de un hábito sin embargo a Isabel le cuesta aceptarlo. Racionalmente lo comprende pero emocionalmente no tolera bien la monotonía, perseverar. Llegados a este punto, donde la percepción subjetiva de competencia es alta, nos topamos con otra dificultad: para que el cambio sea real, es necesaria la repetición. Es un peaje que hay que pasar. Isabel necesita experimentar lo que tantas veces ha escuchado en los grupos, la velocidad de cambio físico (los kilos) es mucho mayor que la velocidad del cambio psicológico y es este segundo el que ha venido a buscar.

Ante esta monotonía el terapeuta ha de valorar el momento psicológico en el que se encuentra Isabel. Las personas con las que trabajamos son adultos con una madurez y una biografía detrás que en muchas ocasiones choca con la percepción de sentirse “infantilizados”. Por eso, el grupo trabajará algo común en todos, como una oportunidad para aprender a gestionar una emoción como el aburrimiento. Como describe Yalom en su trabajo sobre el poder del grupo (Yalom, 2000), en el “aquí y ahora” Isabel podrá aprender a identificar y gestionar su aburrimiento de manera sana, tolerándolo. Solo así logrará el distanciamiento afectivo de la comida y podrá generalizar esta experiencia grupal a otros aspectos de su vida. Sólo mediante la vivencia en su cuerpo del aburrimiento junto con el tinte motivacional del grupo, se conseguirá el cambio y la interiorización del mismo (Kenardy et al., 1996).

Isabel está atravesando una fase necesaria para su crecimiento y madurez afectiva. Está viviendo la sensación de control que tiene sobre su relación con la comida y está siendo consciente de la tranquilidad con la que se mueve. Está además tolerando la frustración que le produce este aburrimiento. Ponemos el énfasis en este carácter “experiencial” que diferencia una comprensión racional de una comprensión emocional. Sólo desde esta segunda y gracias a la rutina, dejarán de ser estados y pasarán a ser actitudes.

## El vértigo de la incertidumbre

Isabel lleva ya cinco meses en el centro y ha llegado a su IMC saludable. Durante un mes ha estado en la fase de **consolidación**, durante la que ha podido acudir a grupos de **ruptura** y grupos de **construcción**. Esta fase intermedia suele ser breve y tiene como objetivo suavizar la transición entre un lugar psicológico más dependiente y otro de mayor autonomía. Acudiendo a ambos grupos Isabel ha podido confirmar como tanto su peso como su cabeza están ya preparados para trabajar en un nivel más profundo.

Ha tomado conciencia de que desde los 15 años ha vivido con la constante preocupación de adelgazar, de cambiar su físico. Hoy, con 43 años es consciente de que durante los últimos 24 años ha tenido una tarea pendiente, no estar gorda o gordita, y ha dedicado una gran cantidad de energía física y mental a esto. El pensamiento “tengo que adelgazar, tengo que ponerme a dieta” es parte de ella, ha sido muy automático.

Gracias a su trabajo e implicación, Isabel ha vivido la sensación de gestionar sus emociones de una manera más funcional, identificándolas, aceptándolas y elaborándolas en el presente, sin racionalizarlas ni negarlas.

Isabel ha entrado en conexión con su mundo afectivo. Se enfrenta ahora a un nuevo reto: ¿Qué sienten las personas que están en esta fase? Si no tengo que pensar en adelgazar, ¿en qué pienso?

Ha llegado a una fase hasta ahora desconocida, la de **construcción**, donde su objetivo no es perder peso sino mantenerlo y para ello necesitará aceptar que ya no volverá a ser la de antes. Algo frecuente en las narrativas de los grupos de **construcción** a los que asisten aquellos que como Isabel ya han alcanzado un peso saludable es la pregunta: "¿ahora qué?". Isabel describe un estado de vértigo y de incertidumbre característicos de la sensación vital de falta de sentido. Siguiendo una de las aportaciones de Frankl (1979) hay una diferencia entre lo que se "es" antes de crecer y lo que se puede llegar a ser. Esta diferencia provoca una tensión que es "requisito indispensable de la salud mental". Una tensión sinónimo de desequilibrio intrínseco a cualquier cambio, que a pesar del vértigo que genere, desencadenará un estado de superación.

En el caso que exponemos, Isabel puede ahora experimentar que subyacente a su objetivo físico, había otra realidad, una insatisfacción personal que le llevó a crear una coraza. Se ha deshecho de los kilos, ahora su meta es encontrarse consigo misma, valorarse y seguir creciendo. Isabel con indignación expresará en varias ocasiones: "me sentía mucho más tranquila antes de cambiar de fase". Se encontraba tranquila con un objetivo que conseguir. Una vez alcanzado ese objetivo siente vacío pero se le empuja desde el grupo a marcarse nuevos retos personales.

## El grupo en Construcción

Recordemos que durante los primeros meses de tratamiento, en los grupos, Isabel se ha ido deshaciendo de la vergüenza y ha compartido sus comportamientos "raros" ante la comida. Ha expresado la rabia que sentía cuando le decían que no comiera tal o cual cosa y así la ha sacado de sí misma y de lo insegura que se ha sentido en muchas situaciones por su físico.

A través del grupo ha ido haciendo todo lo contrario: exponerse. Ante los demás pero también ante sí misma. Aunque se siente arropada por el grupo, se siente confusa y algo vacía.

El objetivo en la fase de **construcción** es la "normalización" de los alimentos y la práctica de una forma de comer equilibrada, saludable y autónoma sin tinte afectivo. El concepto clave es la medida, ya no hay restricción de ningún tipo de alimento en el plan de alimentación. Se produce en esta fase un segundo duelo que deben hacer quienes adoptan un compromiso de por vida de cuidarse y mantenerse vigilantes. El trabajo se centra en ahondar más en la personalidad y sus defensas y en la aceptación de que deberán tomar una decisión consciente y diaria. A pesar de haber perdido muchos kilos y de sentir logro y satisfacción, queda todavía por construir una relación sana y nutricia con la comida. Este es un espacio que sirve de laboratorio en el que Isabel y quienes están en esta fase experimentarán con alimentos que en el pasado les resultaron dañinos. Una vez hecha la ruptura inicial con aquellos alimentos con mayor palatabilidad, Isabel vuelve a incorporarlos en su dieta de una manera diferente, con conciencia y con medida. Es necesario antes de terminar el tratamiento que pueda generalizar a todo tipo de alimentos la medida que ha aprendido y practicado en la fase de **ruptura**.

¿Cómo ayuda el grupo ante esta confusión? El terapeuta convierte el grupo de forma más explícita en un sostén afectivo para sus asistentes. El valor terapéutico de esta fase coincide con lo expuesto por Castaño del Blanco (2004), que explica cómo influyen las emociones vividas por un miembro del grupo en la experiencia personal de otro. Los grupos son más reducidos y sus integrantes han recorrido un camino común, esto hace que se genere una gran empatía grupal. Unos para otros son ejemplos de cómo se construye una relación con la comida sana.

En esta fase la labor del terapeuta es principalmente la de sostener estas emociones desagradables guiando al grupo hacia una construcción equilibrada del "yo". Desde un lugar psicológicamente más fuerte, sus integrantes identificarán sus necesidades afectivas distanciando cada vez más el valor relacional y afectivo de aque-



lla forma de comer. En el trabajo de construcción, se ensayarán nuevas maneras de manejo de sus emociones sin restricción y sin descontrol.

La metodología que respalda el trabajo en los grupos de **construcción** se apoya en ideas respaldadas por autores que enfatizan el valor intersubjetivo de una relación. En palabras de Díaz-Benjumea (2008) “la inclinación de nuestro tiempo a desplazar el valor terapéutico de nuestra técnica hacia la relación en sí, y no tanto hacia el insight del paciente.”

Veamos a continuación cómo el grupo es un medio amplificador de las emociones y el canal para una mejor comprensión de las mismas. Mediante el autoconocimiento, las personas podrán elaborar y aceptar sin necesidad de defensas su yo más profundo.

-Lola: “¿Ahora que ya tengo el físico que quería, por qué me enfada el comentario de mi hermana cuando me dijo “te veo demasiado delgada”?”

-Sofía: “El problema es cómo te tomas tú los comentarios de la gente. No les hagas caso”.

-Isabel: “Yo siento que no he cambiado nada, ayer por la noche tuve que salir de casa a dar un paseo porque si no me hubiera comido una caja de galletas entera. No es justo, ya no debería costarme nada, ¡llevo aquí 10 meses!”.

El grupo va ofreciendo un espacio en donde hablan ya no de bajar kilos sino de elaborar sentimientos molestos que les llevan a estar mal y con ello a comportarse con enfado. En el ejemplo recién expuesto, aparecen dos temáticas relevantes en esta fase: el manejo de un “yo” delgado desconocido para ellos y para su entorno, y la constatación de que queda aún mucho camino por andar. Son muchos años contra unos cuantos meses.

El grupo en esta fase genera un clima de aprendizaje y error propio de una cabeza psicológicamente madura. Existe una conciencia corporal acentuada que sirve como termómetro. Esta conexión con sus sensaciones físicas les permiten distinguir lo que es hambre de la sensación de saciedad, apetencia de necesidad y hambre física de hambre emocional. Teniendo en cuenta que el fruto no deja de madurar hasta que cae del árbol, las personas no dejamos por lo tanto de crecer a nivel personal. No es positivo pensar que ya no se va a aprender más.

Gracias al carácter relacional del grupo que hemos descrito aquí y reforzado esto por su carácter heterogéneo, los asistentes se deshacen de la rigidez que les llevó al patrón tipo “todo o nada”. En contraposición a esta rigidez, el grupo enseña el valor de las relaciones interpersonales y la interiorización de una actitud de apertura y flexibilidad. Esto no es otra cosa que lograr el manejo de la interdependencia en el presente a diferencia de la dependencia con la que llegaron al grupo que se expresaba mediante la dependencia de la comida.

Durante muchos años Isabel ha ido tapando aquellas emociones negativas como la soledad, la rabia, la frustración, con mecanismos de defensa que bloqueaban todo el valor negativo de sus vivencias. Se desarrolló así un “yo” secundario a una identidad no querida que tapó -sin eliminar- un mundo afectivo doloroso. Desde un lugar de experiencia de éxito, ha logrado su peso y podrá trabajar mejor en el afianzamiento de su nueva forma de vivir.

## Las técnicas en los grupos

Encontramos muy enriquecedor el trabajo de un equipo multidisciplinar así como el abordaje desde varios enfoques psicológicos que se ponen al servicio de un objetivo común: La toma de conciencia que lleve a una ruptura con el vínculo adictivo y que permita construir una relación con la comida equilibrada (Olmedilla, 2013).

Desde una perspectiva integradora, se utilizan técnicas grupales diversas en función de los participantes que haya en el grupo, del momento del proceso y de las dificultades que se estén viviendo.

Especialmente al principio, aunque como hemos descrito también en las últimas fases del proceso, la psicoeducación es fundamental. Ofrecer explicaciones acerca del origen y mantenimiento de determinados proble-

mas psicológicos así como su impacto directo en las conductas alimenticias disfuncionales, tiene un efecto reforzante en quienes acuden al grupo. Pueden identificar y comprender algunos comportamientos disfuncionales como: la dificultad para identificar y gestionar sus emociones, la poca tolerancia a la frustración o la dificultad para mostrarse asertivos. Toman así conciencia de cómo han influido y todavía influyen variables disposicionales propias y de su entorno en su problema y cómo pueden actuar sobre ellas.

El trabajo, como hemos visto, sería superficial sin un abordaje de tipo vivencial. Tanto en *ruptura* como en *construcción* técnicas como las visualizaciones, el role-playing, la práctica de diversos tipos de respiración o mindfulness sirven de potenciadores de la experiencia. Estas técnicas tienen como objetivo ayudar a la toma de conciencia emocional y a la creación de nuevos escenarios. Recordemos que la racionalización es sólo otra estrategia que aleja a la persona de la toma de conciencia sanadora.

Como señalábamos al describir el encuadre de los grupos y sus características, el uso de dinámicas, ejercicios, artículos o simplemente imágenes que evoquen e inciten experiencias de sus integrantes son muy útiles. Por este medio, se fuerza aún más una tarea común compartida, lo que ayuda a la cohesión grupal.

El trabajo cognitivo de identificación y reestructuración de patrones de pensamiento disfuncionales es también fundamental puesto que son muchas las distorsiones cognitivas que mantienen este problema. Como hemos visto a lo largo del proceso son muchas las creencias y autoengaños que pueden aparecer. En un primer momento existen creencias irracionales relacionadas con cuáles son las causas del problema así como con su percepción subjetiva de autoeficacia. En momentos más avanzados las distorsiones aparecen más relacionadas con las expectativas que se habían depositado en el objetivo cumplido así como en la descripción de cómo es una persona psicológicamente delgada. Por medio de ejemplos, dinámicas y ejercicios se trabaja la importancia del pensamiento y que este sea ajustado a la realidad. Durante todo el proceso, se busca lograr ese cambio entre el “no puedo” y el “no quiero”.

### El valor de la interdependencia: La fase de Equilibrio

Cerca del final de su proceso, Isabel expresaba en sesión: “Sin el grupo siento que me va a faltar algo. El grupo me ha dado tanta tranquilidad.”

Isabel tiene sentimientos contradictorios. Por una parte experimenta una gran sensación de logro, liberación y euforia al enfrentarse a su último grupo antes del “alta”. Por otra parte está triste, se enfrenta a una pérdida.

Estar en grupo, exponerse, escuchar a otros, abrirse al cambio de lo que otros le devuelven de sí misma, pertenece ya a su zona de confort. Aquel rechazo inicial ha dejado paso a una experiencia de vinculación y aprendizaje sanadora. Ha sido beneficiaria y donante de lo que Kohut (2001) llama “eficacia interpersonal”. Ha visto y ha sido vista por un otro que no analiza fallas o carencias sino que va a potenciar cualidades. Resalta el autor el valor que puede tener una persona para la construcción psico-afectiva de otra.

El terapeuta realizará en la sesión de alta de Isabel una importante labor de cierre. Recordará el carácter de “proceso” de lo que ha vivido Isabel y de lo que seguirá viviendo. Definirá la fase que Isabel afrontará fuera del centro como fase de equilibrio. En lo que está por venir, Isabel ya tiene las herramientas necesarias, ahora le queda seguir poniéndolas en práctica buscando día a día y de forma activa el mantenimiento del equilibrio.

### Referencias

- Amigo, I., Busto, R. y Fernández, C. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinología y Nutrición*, 54, 530-534.
- Castaño del Blanco, A. (2004). Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. *Aperturas*

- psicoanalíticas*, 18, recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000318&a=Los-contextos-del-ser-Las-bases-intersubjetivas-de-la-vida-psiquica>.
- Díaz-Benjumea, D. (2008, Diciembre). El tratamiento de una paciente borderline. Sesión clínica en la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 30, recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000554&a=El-tratamiento-de-una-paciente-borderline-Sesion-clinica-en-la-Sociedad-Forum-de-Psicoterapia-Psicoanalitica>
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Kenardy, J., Arnou, B. y Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *Australasian Psychiatry*, 30, 839-844.
- Kohut, H. (2001). *La restauración del sí-mismo*. México: Paidós.
- López-Mojares, L. M. (2006). Obesidad y ejercicio físico. En J. L. Chicharro y A. F. Vaquero (Eds.), *Fisiología del ejercicio/ Physiology of Exercise* (pp. 921-937). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Maziak, W., Ward, K. D. y Stockton, M. B. (2008). Childhood obesity: are we missing the big picture? *Obesity Reviews*, 9(1), 35-42.
- Olmedilla, D. (2013). *Adelgaza con el Método Thinking: No eres gordo, estás gordo*. Madrid: Espasa.
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 589-592.
- Stevens, J. (1976). *El darse cuenta*. Santiago: Editorial Cuatro vientos.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echávarri, O. y Ben-Dov, P. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: Análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyche*, 14, 3-18.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (Eds.). (1989). *A concise guide to group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

Manuscrito recibido: 09/12/2013

Revisión recibida: 11/02/2014

Manuscrito aceptado: 13/02/2014