

¿CÓMO COMO?
EXPERIENCIA GRUPAL PSICODINÁMICA
CON PERSONAS OBESAS
EN EL ÁREA BÁSICA DE SALUD¹

Ana Costa

La idea de realizar un grupo con personas obesas surgió, por un lado, en un Congreso de Salud Mental y Asistencia Primaria donde un equipo de enfermería presentó un grupo psicoeducativo para estos pacientes, de 1 año de duración, que no obtuvo los resultados esperados y ello nos animó a repensarlo. Por otro lado, desde el equipo de enfermería (Diplomat Universitari d'Infermeria, DUI) de nuestra Área Básica de Salud (ABS), nos plantearon las dificultades que tenían en los seguimientos de dietas prescritas por los Médicos de familia (MF) dado que muchas resultaban ineficaces. Dentro del Programa de Soporte en Salud Mental a la Atención Primaria (PSSAP) del Servei Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya (2006), pensamos que era una buena contribución profundizar algo más en este tema de salud pública (la OMS lo considera la gran epidemia del siglo XXI) y compartir pacientes y resultados.

I. Aportes teóricos

¹ Colaboraron en este grupo: A. Jachewich, psicóloga y psicoterapeuta, E. Torrent, médica de familia y M. Duch, diplomada universitaria en enfermería. Las sesiones se realizaron en el ABS Manso-Poble Sec de Barcelona.

La obesidad se produce por el desequilibrio entre las grasas que se necesitan y las que se ingieren siendo el resultado de la interacción de factores genéticos, ambientales, neuroendocrinos, psicológicos, sociales y de comportamiento. Por tanto, además de la *prevención*, solo se muestran eficaces los tratamientos que combinan y atienden a esos tres componentes:

- al componente hormonal (situado en el hipotálamo), prescribiendo tratamiento farmacológico si está desequilibrado (disfunciones de la glándula tiroides, niveles de insulina, etc.).
- al componente cognitivo-conductual (en la zona cortical) que tiene que ver con el aprendizaje de dietas y de conductas para una alimentación saludable abordando los malos hábitos alimentarios, el ejercicio físico necesario, etc.
- y al componente emocional (en el sistema límbico) que se refiere a todo aquello psicológico más inconsciente que está debajo del desequilibrio alimentario.

Si en el tratamiento de la obesidad se prescinde del tratamiento psicológico y solo se atiende la dieta y el ejercicio, está demostrado que no hay continuidad en el proceso y se fracasa porque pronto los pacientes recuperan el peso perdido. Según diversos estudios sobre el tema publicados en el *American Journal of Psychotherapy* (2013), esto promueve en los sanitarios, por contratransferencia, dar mensajes de moralización a sus pacientes; o bien les lleva a actuar la indiferencia, despidiéndoles; o la desesperación por no obtener mejoras, acusándoles de glotones.

Se concluye en dichos metaanálisis que, dados los malos resultados a largo plazo, se entiende que para algunos pacientes el tratamiento deberá ser indefinido y habrán de ser atendidos como crónicos, requiriendo el uso de psicofármacos para acompañar el proceso, tipo ansiolíticos, antidepresivos o compuesto de topiramato. Se define como “cura” que el paciente baje a un peso más saludable que el anterior, realista a sus posibilidades sin crearse ideales, y mantenerse en él durante cinco años.

Trabajar en la prevención sería identificar los indicadores que hacen que un paciente derive a una obesidad mórbida peligrosa para su salud (pensemos en la obesidad infantil) e intervenir antes de que ésta llegue a instalarse y no sea reversible si no es con

una cirugía bariátrica, con los riesgos y costos que supone, tanto médicos como psicológicos.

En definitiva, se trataría de abordar el síntoma desde una *óptica integral bio-psico-social*.

Lo psicológico

Es fundamental para iniciar un plan de abordaje de la obesidad contar con la cooperación y motivación del paciente –que no acuda únicamente porque el médico o la enfermera se lo indiquen–. Asimismo, es imprescindible que los profesionales del ABS evalúen el tiempo que el paciente dedicará al ejercicio y cómo podrá organizarse en preparar su alimentación específica, antes de empezar cualquier tratamiento. Añadiría que sería preferible esperar a que eso pueda ser posible y trabajar la demanda desde el médico de familia, a empezar precipitadamente y fracasar.

El concepto psicológico de hambre es una tensión emocional y simbólica de un estado de necesidad que está relacionado con el vínculo primigenio con la madre o figura de cuidado que lo habrá de satisfacer. Esta necesidad primaria se da desde el nacimiento y está programada para la supervivencia de la especie. Cuando un bebé siente el malestar del hambre –o de cualquier otra clase–, al darse en un momento evolutivo de confusión yo-otro y de emociones que no se diferencian, protesta para ser satisfecho porque la ansiedad que siente es de desintegración, de fragmentación y de muerte. Es entonces cuando la madre debe interpretar, gracias a su capacidad de *revêrie*, si debe saciar el hambre o si se trata de otras ansiedades que tiene que contener desde un vínculo afectivo sensorial que produce placer y calma.

Si la comida es el antídoto permanente ante otras ansiedades que provocan el llanto del bebé y se contienen sistemáticamente por vía concreta dando el pecho o el biberón, me pregunto si no será este patrón la base para establecer un funcionamiento desajustado que se actuará siempre ante la emergencia de otras emociones penosas. Eso sucede si hay un déficit en la capacidad de *revêrie* de la madre y no puede diferenciar, contener ni ayudar a

elaborar otras ansiedades indigeribles para la primaria y aún rudimentaria mente del bebé. Es posible que en esa misma base se anclen también otros comportamientos adictivos posteriores, de manera que ante una sensación de malestar, la respuesta sería un apaciguamiento rápido vía oral, con ingesta de tóxicos o pastillas, o en la infancia una *tablet* (y no de chocolate).

En el comportamiento de los pacientes obesos, el uso indiscriminado de la comida se explicita unas veces como calmante-recompensa y otras puede ser usado como un castigo en un funcionamiento autodestructivo devorador relacionado con iras hacia el objeto, pero que recaen sobre el sujeto. En ambos casos –recompensa o agresión– aparece la culpa, aunque no se identifique conscientemente y se proyecte en otro o en el propio *self*, lo cual retroalimenta la necesidad de que ésta sea calmada nuevamente, vía ingesta, cerrando así el círculo vicioso.

Si en el funcionamiento bulímico hay un exceso de necesidad, en el trastorno anoréxico, por el contrario, se niega narcisísticamente la necesidad misma de comer, de más difícil manejo terapéutico.

Se ha demostrado en diversos metaanálisis (R. Sylvia y M.D. Karasu, 2013) que el abordaje psicológico de las patologías alimentarias bulímicas se deben centrar en el paciente y no en su obesidad-síntoma porque resultan ineficaces si se quedan solo con la manifestación más conductual. Lo que aportan las terapias psicodinámicas es *insight* sobre qué relación simbólica se tiene con la comida en patrones desordenados o patológicos, así como la posibilidad de explorar y abordar qué representa en la fantasía del paciente bajar de peso. Es por ello que se han mostrado más eficaces los tratamientos conducidos por psicólogos que por dietistas. Por otro lado, los estudios citados concluyen mejores resultados para *los abordajes grupales* que para los individuales. En cualquier caso, se advierte que irán dirigidos hacia el terapeuta sentimientos de ira y se recomienda trabajar las defensas (negación, racionalización, proyección, disociación) frente a todo tipo de ansiedades, clarificándolas, porque los pacientes intentarán sabotear el tratamiento y aislar el comportamiento del afecto.

Mientras se está a dieta se produce un estado que los expertos llaman de “depresión-dieta”, que genera ansiedad, irritabilidad, fatiga y depresión. Se da aún más

este estado si a la vez el paciente recibe un tratamiento psicológico que se centra en lo emocional, más que en lo racional-conductual, porque estimula conectar con sentimientos difíciles, cosa que no ocurre en otros tratamientos que no cuestionan profundamente nada afectivo. A la vez me parece ligado a ese estado de “depresión-dieta” el hecho de que si la ingesta es usada como ansiolítico o antidepresivo, restringirla pudiera producir una especie de síndrome de abstinencia.

También se ha demostrado que en las terapias psicodinámicas, las mejoras psicológicas que se incorporan se mantienen *estables* en el tiempo y promueven otros desarrollos, a diferencia de los abordajes más conductuales que funcionan a modo de un yo auxiliar externo que se diluye cuando la “clase-sesión” ya no está.

Lo social

Hay un elemento social de mucho peso en el comportamiento alimentario porque está asociado culturalmente a los acontecimientos relacionales y por eso cuesta mucho contenerse y no procurarse el placer sano que representa comer y beber moderadamente. Por otro lado, a diferencia de los objetivos que se plantean con otras adicciones, obviamente no se puede pretender la abstinencia, sino la autorregulación. En el grupo terapéutico que hemos llevado a cabo, ante la restricción de la dieta propuesta por enfermería, aparecían fantasías como: “me van a matar de hambre”, “mi enfermera es una maltratadora, me lo quita todo”, etc., lo cual muestra las fantasías de muerte que suscita la restricción alimentaria y también la proyección de los aspectos agresivos en el profesional que les pone límites.

En el CIE-11 se tipifica la obesidad como trastorno médico, pero en el DSM-V se contempla un epígrafe relativo a: “factores psicológicos que afectan al estado físico”, es decir, ya no se considera la obesidad como trastorno. Se retiró, en parte, porque se entiende como resultado de disfunciones metabólicas y también por la presión de la numerosa población americana obesa, en un intento de quitar el estigma que representa estar en el DSM. La obesidad en nuestra cultura y en nuestra época causa problemas de

autoestima porque genera discriminación tanto en adultos como en niños, dado que los cánones de belleza están asociados excesivamente a la estética de la delgadez. Aun así, cada vez hay más niños muy obesos a causa del sedentarismo, del abandono cultural de la dieta mediterránea y por el abandono de las funciones de la *mar-parentalidad* que deberían cuidar de eso.

Nuestra mirada siempre ha sido desde la salud y no desde la estética, porque un sobrepeso bien asumido – que no una obesidad – no es ningún problema.

Lo biológico y las neurociencias

Existe un componente orgánico, hereditario, que determina desde la infancia la propensión a tener “muchas y crecidas boquitas con ansias de comer”. Nos referimos a las células adiposas, que piden demasiado aporte energético. Se produce una disfunción de estas células si no reciben tantas calorías como requieren porque en el momento en el que sí las tienen acumulan más grasas de las necesarias para procurarse la supervivencia. Por eso se produce el conocido efecto “rebote” al dejar las dietas y se recupera rápidamente de nuevo el peso perdido o incluso uno mayor.

El metabolismo es un componente de origen hereditario, en efecto, pero organizado después desde lo psicológico, porque se pueden contrarrestar las características orgánicas en la medida en que uno puede modular desde el comportamiento las fallas corporales en pro de la propia salud y del autocuidado.

Estudios desde las neurociencias (S. Rexford Ahima y Mitchell A. Lazar, 2013) aportan que en el estómago y en el sistema digestivo –el “segundo cerebro” (M. Mosley, 2012)– hay más de 100 millones de neuronas que producen serotonina y benzodiazepinas en mayor medida de lo que lo hace el cerebro. El cerebro y el estómago están interconectados a través del nervio vago, lo cual ayuda a entender la sensación placentera, relajante y euforizante que tiene para todos el hecho de comer y beber moderadamente, más allá de saciar la necesidad de hambre y de sed. Pero en los pacientes que nos ocupan, su hambre no es fisiológica, nunca se sacian porque –hipotetizamos– son otras

ansiedades las que pretenden mitigar inconscientemente y fallan sus mecanismos de contención. Por otro lado, sabemos que un mal funcionamiento emocional a menudo tiene efectos en los desequilibrios digestivos, enfermedades inflamatorias o autoinmunes ,y al contrario, los trastornos orgánicos también producen desequilibrios psicológicos. Así pues, los sistemas emocionales, endocrinos, inmunitarios y neurológicos, están siempre interconectados. Ya sabíamos que cuerpo y mente están íntimamente unidos, por eso la salud mental es parte de la tarea del médico de familia que atiende la globalidad de la persona que consulta, pero las neurociencias aclaran el sustrato biológico donde se produce y cómo, y *ratifican* lo que la experiencia clínica psicodinámica lleva décadas sabiendo.

II. El grupo

Pensando esta experiencia grupal previamente con nuestro equipo, el Centro de Salud Mental de Adultos de Montjuïc (CSMAM), se plantea de entrada no reducir la experiencia a la alimentación, pues se aventura que aparecerá mucha impotencia y desánimo en los pacientes para seguir eficazmente alguna dieta. También nos preguntamos cuál será la representación mental del alimento en cada uno de ellos: ¿Será antídoto de sentimientos de angustia, de auto maltrato? ¿Habrá violencia en la transferencia hacia el terapeuta? ¿Se verá la competitividad entre ellos? ¿Aparecerá la avidez y la necesidad de llenar vacíos emocionales internos?

Bion (1963) muestra cómo el cuerpo deviene una frontera continente de malestares cuando éstos no pueden ser contenidos simbólicamente en el espacio mental. Habrá que ver, pues, cómo el eje neuro-endocrino, se pone en marcha de forma anónima y unánime en el inconsciente grupal y comprobar si se produce algún movimiento.

Se cuestiona qué papel tendrá el sexo en el grupo –¿lo libidinal se fija en lo oral?– y si aparecerán indiferenciaciones y fijaciones a nivel primitivo. Pensamos que probablemente la acumulación de emociones estará relacionada con la incapacidad de disolver y metabolizar simbólicamente otras “grasas emocionales”. Pronosticamos que lo

depresivo estará en la base de muchos de los pacientes y nos preguntamos si observaremos una inhibición pasivo-agresiva o, por el contrario, veremos un manejo sano de la agresividad que organiza acciones de adaptación eficaces.

Así pues, el Grupo de análisis de la demanda (GAD) en 8 sesiones (A. Costa, G. Mateu, M. Villegas, E. Trullen y A. Jachewicz, 2013) que realizamos en las ABS para trastornos adaptativos al que nos enfrentábamos iba a ser estimulante y singular: sería monográfico por el síntoma común de la obesidad, teníamos muchos interrogantes previos, íbamos a trabajar en paralelo a otros profesionales del ABS, y con pacientes que, aun aceptando de buen grado la propuesta de sus MF de participar, no habían hecho demanda de atención psicológica. Había 12 pacientes citados, demasiados...

Índice IMC

El índice de masa corporal (IMC) es el referente utilizado comúnmente en la literatura científica, aunque incompleto, para definir la obesidad. Resulta de dividir el peso por la altura al cuadrado. Estos son los intervalos:

- < de 16 – desnutrición
- =17-20 – peso bajo
- < de 25 – normal
- > 27,5-30 – sobrepeso moderado
- =>30-35 – obesidad
- > de 35 – obesidad mórbida

Criterios de inclusión en nuestro grupo

La selección de pacientes fue realizada –como siempre en un GAD– por sus MF o DUI. Estos profesionales derivan directamente porque saben bien de qué se trata el grupo, dado que casi todos ellos han sido observadores en otros GAD no monográficos que vamos

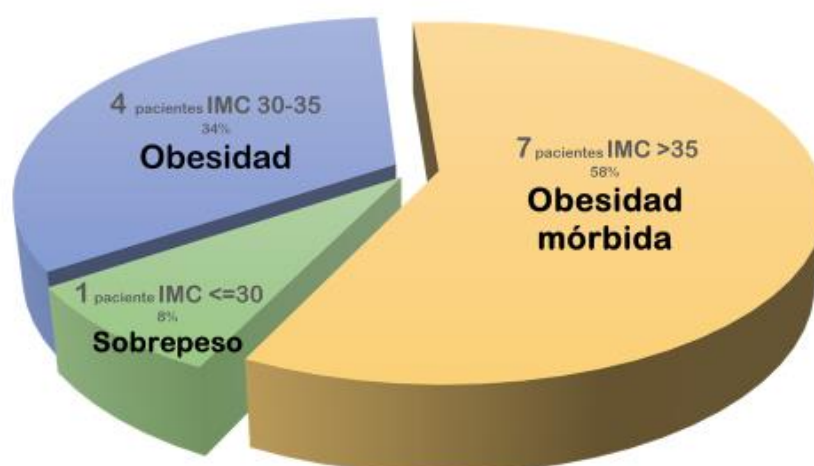
realizando trimestralmente en el ABS desde hace ya más de 5 años. Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes con IMC ≥ 30
- No problemas endocrinos asociados
- No trastornos mentales severos
- No medicación psicofarmacológica
- Motivados y sin proyecto de cirugía bariátrica
- Dispuestos a seguimiento quincenal con enfermería.

La idea era que la obesidad resultara básicamente de componentes psicológicos y que no fuera secundaria a otros trastornos.

La distribución de los 12 pacientes resultó la siguiente:

Índices IMC en el grupo

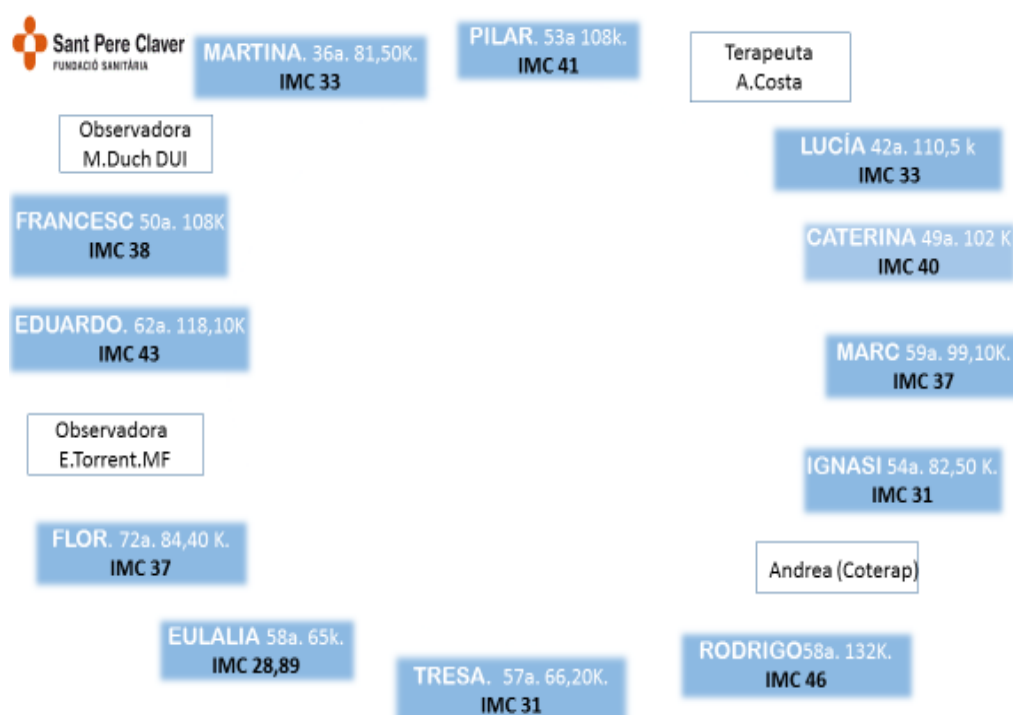


Destacar que la mayoría eran pacientes con obesidad mórbida.

El equipo de enfermería del ABS fue coordinado por una DUI, que también

participó como observadora en el grupo y se ocupó del seguimiento quincenal de dietas y pesos de cada paciente y de los test pre y post grupo. De la evaluación de dichas pruebas se encargó la psicóloga que participó como co-terapeuta y que realizó también una detallada transcripción de todas las sesiones. Asimismo asistió como observadora del grupo una MF del propio ABS. El papel de la co-terapeuta y de las observadoras, con quienes nos reuníamos durante una hora al finalizar cada sesión, fue fundamental para ir “digiriendo” todo el material que aparecía.

Participantes



Fueron 5 hombres y 7 mujeres, de edades comprendidas entre los 36 y los 72 años, con sus respectivos pesos e índices IMC. Se “colaron” tres participantes no indicados², que además

² La no indicación viene dada porque a veces los MF no pueden calibrar el estado mental grave de algunos pacientes en el poco rato que tienen de visita, que luego sí se despliega en los procesos grupales. En otras

eran vecinos³ (Eulalia, en tratamiento psicofarmacológico por trastorno mental importante y que no presentaba obesidad; Teresa, en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos; y Rodrigo, con problemas endocrinos ya asociados debido a sus 132 kg. de peso).

III. Material clínico: evolución del grupo

En el *setting*, nada más entrar en la sala grupal, ya había una puesta en escena comunicativa hacia los pacientes: íbamos a tratar de su salud física y mental en su Área básica de salud (ABS), en un trabajo multidisciplinar de cuatro profesionales dentro del grupo: una MF y una DUI de observadoras y dos psicólogas. Fuera del grupo intervenían sus MF en la derivación y las DUI en el seguimiento de las dietas.

Van entrando uno a uno puntuales los 12 pacientes propuestos, menos uno que llega tarde. Nos presentamos las profesionales primero y explico el *setting*, las ocho sesiones en total durante ocho semanas, a razón de una por semana; la visita post-grupo individual, el compromiso de asistencia puntual y de confidencialidad, etc. La consigna es: *empezar a entender juntos cuáles son sus dificultades para cuidar de su salud y conocerlos/se mejor* (no hacemos ninguna alusión a la bajada de peso, que no era el objetivo, ni a lo que comen o no comen, porque enfermería ya está actuando en paralelo).

En la primera sesión aparecen los contenidos básicos de los conflictos que a lo largo del proceso se irán trabajando:

Flor: –*Empiezo yo. Me llamo Flor y me sobran 33 kg...*

Eduardo: –*Dejé de fumar y me engordé, además, porque tuve un cáncer y me puse a comer para estar preparado* (se emociona y no puede seguir).

ocasiones la no indicación es simplemente porque las derivaciones no han sido correctas.

³ Estas circunstancias son habituales en los grupos del ABS, dado que hasta que no se inicia nadie puede saber si algún participante conoce a otros y pueda resultarle incómodo, o pueda estar contraindicado. Es fácil que ocurra dado que actuamos sobre un distrito concreto de la ciudad. Naturalmente, cuando sucede, damos la opción de posponer la participación a otro de los grupos previstos en el ABS, pero en ocasiones los participantes declinan esa opción.

Pilar: –Yo como correctamente, es que mi cuerpo se descontrola por un tema de azúcar...

Lucía: –Yo he hecho todos los regímenes posibles... dietas milagro.... Y lo que pierdo, luego lo recupero, es por los nervios, yo creo...

Caterina: –Yo también. Desde los 12 años (tiene 49) que hago régimen, estoy aburrida y mi cuerpo se cansa ya... Empiezo el lunes y lo dejo el martes.

Marc: –Yo estoy así porque ahora no trabajo. Hicieron un ERE y ya creo que no volveré a trabajar a mis 55 años, y no me muevo.

(Entra Rodrigo, se le repite setting).

Ignasi: –Lo mío es desde los 30 años, cuando dejé de fumar... Todo me lo echo encima... y como rapidísimo.

Francesc: (Trae un bloc de notas para apuntar pautas, que señalo en otro momento de la sesión, pero no apunta nada) –A mí me pasa lo mismo, lo mío es porque no me muevo desde que tuve problemas en la rodilla y no salgo casi porque no trabajo ya. Quisiera que me expliquen una solución.

Terapeuta (T): –Si nosotras tuviéramos una solución de esas ya estaríamos forradas (se ríen todos). Lo que podemos hacer aquí es pensar entre todos para tratar de comprender sus dificultades y entender todos mejor.

Martina: (Es una profesional de la salud) –Desde que dejé de fumar me he engordado, aunque antes comía y fumaba, las dos cosas juntas. Me doy atracones. Pude dejar el tabaco pero no la comida, no me siento llena hasta que me duele la barriga... Tendría que existir una pastilla para controlar esto..., sería ideal (todos se ríen).

T: –O sea Martina, que nunca se sacia, y solo la frena el dolor del cuerpo...

Martina: –Sí... estoy todo el día pensando en comer.

Eulalia: –Yo sigo la dieta pero me castigo mucho, sobre todo por la noche, puedo coger la nocilla y las galletas y no parar. No puedo controlar la ansiedad que siento.

Teresa: –A mí me pasa un poco lo de todos... Tengo mucha ansiedad y me comería lo mío y agarraría la comida del que está al lado mío. Y si no es de régimen, mejor... Estuve con mi marido haciendo un régimen y yo bajé 6 kg y él 11 kg... ¡Y le tengo una manía! (Se ríen).

T: *–Da rabia eso, ¿no? (En tono humor...).*

Rodrigo: *–Yo estoy así por un tratamiento con cortisona que me infló y nunca más bajé de peso. En casa tenía problemas de ansiedad y comía y bebía de todo. Yo quisiera un régimen de esos con sobres de proteínas, que mi hija ha tomado, y parece que es apretar un botón y listo.*

T: *–Parece que el grupo espera de nosotras un botón, una pastilla, una fórmula que solucione el problema, pero lo que nos proponemos es pensar y entenderse más, para cuidarse mejor.*

Acabadas las presentaciones se agolpan las comunicaciones concretas sobre qué comen, cuánto, cómo... Se interrumpen y tengo que intervenir para contener su avidez y señalar, ahora y aquí, la necesidad que expresa el grupo de comérselo todo indiscriminadamente. Lo señalo en relación al tiempo. Muestro la dificultad de esperar a que acabe el otro.

Interviene Eduardo de nuevo, refiriéndose al cáncer que tuvo. Le doy espacio para que pueda explicarlo mejor, haciéndome eco de su sufrimiento.

Martina: *–Es que no poder comer cosas nunca más de la vida te deprime y aún te dan más ganas, como si fuera una rebeldía.*

T: *– (Lo subrayo).*

Martina: (Sigue explicando...) *–Después de un atracón pienso: ¿qué has hecho? ¡Encima me siento culpable...!*

Teresa: *–A mí me pasa igual, no puedo parar de pensar en el chocolate y me siento mal.*

T: *–¿Y qué piensan de esto que dicen Martina y Teresa, de la culpa que sienten después? ¿Cómo lo entienden?*

El grupo queda pensativo pero sigue con sus expresiones en lo concreto.

Pilar explica: *–A veces no como nada y otras me comería un toro entero... Y no puedo parar.*

Lucía le dice: *–Hasta que te sientes mal, ¿no?... Igual que yo.*

T: (Recojo la desorientación a la que somete Pilar a su cuerpo, la falta de autogestión y propongo que me explique algo más). *–Además de comer, explíquenos algo*

más de usted para que nos vayamos conociendo (explica algo de su trabajo).

Caterina: –Yo como cuando estoy aburrida y paro de trabajar. Antes vomitaba, pero desde que quedé embarazada a los 27 años dejé de hacerlo para no perjudicar al bebé. Ahora me atraco y me digo: te aguantas... Cuando salgo y me distraigo no como tanto, pero en casa necesito llenarme de alguna cosa aunque me haga daño. También tuve tres abortos, pero no creo que fuera por eso...

T: –Explíquenos algo más, Caterina, de los abortos...

Caterina: –En el primer embarazo engordé 40 kg. porque tuve que hacer reposo, luego llegaron los abortos porque los fetos no se acababan de desarrollar (deja al grupo en silencio).

T: –¿Y cómo ha ido asimilando el dolor que debió de representar?

Caterina: –Tuve que ir al psiquiatra. Me dijo que tenía un agujero en el estómago y que podrían cortármelo con el by-pass este, pero dije que no... Fui a un hipnotista que me sirvió para el tabaco, pero en este caso me dijo que no me podía ayudar porque si dejaba de comer me moriría.

T: –¿Comer, entonces, sería como una forma de llenar ese agujero de los abortos en el vientre? A ver si podemos ir entendiéndolo mejor...

(Caterina queda impactada con la intervención. Se produce un corto silencio pensativo grupal).

Y emerge Rodrigo: – ¿Pero alguna estrategia para controlar esto no nos dará?

T: –Una pastilla, una solución, una estrategia... Tendremos que entender el sentido de lo que trae cada uno al grupo, como ahora mismo ocurre y produce inquietud. Esa es nuestra tarea y quizá eso ayude a encontrar estrategias mentales de contención que ayuden a cuidarse, cada uno las suyas.

Pilar: –Yo a veces como por comer, no porque tenga ganas... Es como para castigarme.

Eulalia: –Tú has dicho la palabra clave: castigarse, como hago yo... Me meto en la cocina y me como lo que he comprado para mis hijos. Luego me desprecio a mí misma, me siento culpable, tiro a la basura el paquete vacío y me siento como eso, una basura, y cuando me dicen mis hijos: ¿dónde están las pipas o el chocolate? Les tengo que mentir y

me siento culpable.

T: –*Eulalia lo cuenta como si no pudiera contener las ganas de meterse algo en el cuerpo, como si fuera una raya de cocaína.*

Martina: –*Sí, es una adicción. En el momento que mientes y te escondes, es eso... Mi marido es adicto a otras cosas y hace igual que yo con la comida.*

Ignasi continúa: –*Yo siento que no tengo conciencia de lo que me pasa. Yo no pico, pero en el trabajo me siento mal, ver que a tantos compañeros los están echando. Pienso, ¿y si me toca a mí?*

T: –*Es importante lo que dice Ignasi, y es común a todos aquí. No sabemos qué les pasa. Eso es lo que trataremos de trabajar entre todos en esta experiencia que empezamos hoy. Quizá esté asustado por esa situación, pensar que pueda perder el trabajo...*

Ignasi: –*Más que miedo, es rabia.*

T: –*¿Y la compensa quizá comiendo, como dice Caterina, que tapa agujeros?*

Eulalia: –*Yo me quedé viuda con 2 hijos, y tuve que tirar para adelante con ellos sola... (sigue hablando del esfuerzo que hizo en solitario, y aunque sus hijos parecen estar bien, ella se siente insatisfecha de cómo lo hizo). No me pude permitir una depresión pero al dejarlos en el cole me ponía a llorar y así cada día... Siento un punto de dolor (pasó hace 10 años), no sé si esto tiene que ver con el comer y con mi castigo.*

T: –*Van apareciendo en el grupo sentimientos ligados a la necesidad de comer desmesuradamente, que no tienen que ver con la necesidad de alimentarse que dice Pilar. Vemos el aburrimiento, llenar vacíos, la incertidumbre, el prepararse para..., perder el trabajo, los abortos, la viudedad, dejar otras adicciones, etc. Sentimientos importantes para ir discriminando en estas sesiones que empezamos hoy, todos juntos.*

Siento que el tiempo de 60 minutos es insuficiente para tantos comensales grupales y al final de esta sesión les propongo aumentar la duración en 15 minutos más. Y aceptan.

En esta primera sesión ya aparecían la frustración y el miedo a que éste fuera otro intento de mejora abortado, también observamos la falta de contención de impulsos, la culpa persecutoria; la indiferenciación de necesidades emocionales producidas por ansiedades varias, que no son hambre, la aidez, los duelos, y la fantasía de que restringir

la comida es igual a muerte, fantasía que apareció reiteradamente a lo largo de todo el proceso.

El grupo intentó desde el inicio defenderse del pensamiento propuesto, de la tarea, en un supuesto básico de dependencia regresiva hacia las terapeutas. Una vez desmontado eso, *desidentificadas* del papel de que les íbamos a dar soluciones rápidas, se instaló en el grupo un clima de trabajo confiado y con mucho sentido del humor, que predominó a lo largo de las sesiones. Apenas hubo ausencias. Solo una paciente, Pilar, tuvo que abandonar el grupo tres sesiones antes de finalizar y ya no la contamos en los post test.

Fueron apareciendo temas importantes y resistencias muy arduas de lidiar por la concreción y fijación recurrente a qué comían, qué cantidades, etc., como si solo fueran lo que son, en relación a la comida. Cuando intentaba, en los primeros momentos del grupo, abrir paso al resto de su vida emocional, me encontraba una y otra vez con referencias directas a la comida, tales como: “a mí, lo que me gusta, es el bacalao frito...”, o “yo me he apuntado a un curso de cocina...”. Pudimos ver la gran dificultad de obtener otras compensaciones libidinales: “sales mal del trabajo y como un hábito, para no llegar con mala leche a casa, te tomas un bocadillo, una cerveza, dos o tres... para dejarla ahí...”

Pero poco a poco, cuando en el grupo logramos dar espacio al mundo interno de los pacientes, apareció el sexo.

Rodrigo lo planteó así: – *¿No será que el chocolate, dicen, es un sustituto del sexo?*

Eduardo: – *No sé..., pero si no como, ¿qué me queda?... ¡Si tras la operación ya no puedo!* (Se emociona y deja al grupo sumido en un silencio respetuoso).

Martina: – *Pues yo no entiendo que sea un sustituto... Aunque si cada vez que como chocolate tuviera relaciones sexuales, imi marido estaría encantado!*

Francesc: – *Es que variar e ir a comer cosas nuevas a un sitio diferente es un placer superior al sexo, porque en eso no puedes variar, siempre con la misma mujer aburre* (no lo dice con humor).

T: – *Parece que hablan de un placer erótico con la comida, que supera o compensa a otro tipo de placeres.*

Más adelante trajeron de forma bastante unánime y sorprendente la necesidad de comer a solas, sin que nadie les interrumpa, como un placer auto erótico. Así, comentaba

una paciente:

–Solo esperaba a quedarme sola para abrir la nevera y comer lo que quisiera. Es que ya desde los 15 años no encontraba sentido a lo demás. De hecho, por eso me independicé, para comer cuanto quisiera y cuando quisiera.

Otra paciente añade: –Mi momento de placer conmigo misma es el desayuno, en silencio... Y no aguanto que nadie me diga nada.

Un tema que exploramos –y que era compartido por todo el grupo– es la relación con los hábitos infantiles y la madre nutricia:

–Así era en casa y así he seguido haciendo... Apuntando la dificultad de diferenciación adulta, no solo en lo referido a la alimentación.

–Yo estoy acostumbrada a la vida en casa de mis padres (paciente de 62 años) y con los cambios no estoy bien. De pronto todo es distinto: en lugar de vino, agua; en lugar de queso y embutido de postre, ahora fruta a las 11h de la mañana y sin acompañarla de nada más.

También fuimos viendo como el comer estaba ligado a las ansiedades de muerte de las madres de los pacientes, las cuales les sobrealimentaban para “reforzarlos” en la vida:

–Mi madre siempre venía con un vaso de leche por la noche, aunque no tuviera apetito, o con comida. Me decía mi madre que estaba gordita, pero aun así insistía: come, come.

Francesc también recuerda a su madre dándole los filetes a pares y de propina.

Otro paciente explica grandes carencias afectivas, añadiendo: –Ellos pasaron tanta hambre que no querían que a nosotros nos faltara de nada.

Y otra paciente dice: –Lo malo es que ahora veo que yo hago lo mismo con mis hijos.

Teresa: –Me ponían unas inyecciones diarias cuando era pequeña para que comiera más porque mi madre creía que no comía bastante. ¿Será que me han hecho efecto ahora?

Otra paciente añade: –Cuando emigramos aquí comíamos todo lo de allí, más lo de aquí, en el restaurante que teníamos.

Vemos que se trata de patrones alimentarios, desajustados todos ellos, frente a otras

ansiedades.

Muchos de los pacientes intentaban maniobras conductuales para procurarse límites desde fuera, que nos hicieron gracia a todo el grupo: dos de ellos tenían un cerdito en la puerta de la nevera que cuando se abría gruñía: *–Pero yo le digo: calla, calla, y la abro igual.* Otra paciente pone una foto de un hígado enfermo para disuadirse; otra pone una foto de cuando estaba delgada y joven; otra paciente recomienda limpiar los cristales, porque a ella le sirve para olvidarse del hambre; etc. Nos llamó mucho la atención el uso de mecanismos de defensa muy instalados, frente a ansiedades que básicamente eran depresivas y persecutorias.

La proyección de la necesidad en el otro, algunos de los miembros del grupo la expresaban en relación a la enfermera: *–En otras dietas anteriores lo que hacía era restringirme días antes del control para que ella estuviera contenta, viera que había hecho bien los deberes y así no me maltratará. ¡Es que me lo quita todo!* Otro paciente expresa: *–Pensar en otro hace que no estés ocupado por lo que te pasa; si lo haces obligado por otro, vale, pero para ti no encuentras las ganas...* Aunque alguna paciente con más *insight* podía tomar contacto con sus proyecciones, como Lucía, que explica, llorando, como el marido se saltó un día el régimen pre-operación bariátrica y le propinó una bronca importante. *–Y yo me miro y tengo los mismos problemas. No quiero acabar como él, pobre.*

Cuando explicaban esfuerzos y mejoras en la contención y en el peso observaba que esperaban mi reconocimiento. Eso fue manejado como un sacrificio realista y a largo plazo que implicaba una satisfacción para ellos por su salud, para evitar actuar la contraidentificación transferencial hacia la terapeuta, es decir, asumir que sus esfuerzos eran para satisfacer a la “mamá-terapeuta”. El grupo actuó de reforzador y continente, tanto de los esfuerzos y mejoras que se iban produciendo como del sufrimiento que traían, de ahora y de antiguo.

La proyección de la culpa inicialmente era continua.

Ignasi: *–Yo no tengo la culpa, es que mi cuerpo no quema bien las grasas, no nos vamos a culpabilizar por eso. La situación del trabajo no es culpa mía... La industria alimenticia le pone unos aditivos a las patatas que te crean adicción.*

Flor añade: –*He leído que hay un gen y una proteína que no funciona bien y por eso estamos así.*

Otro paciente: –*Tendrían que venir las parejas para aprender también que no deben ofrecernos comida, porque en mi caso mi problema se llama “marido”.*

– *¿Qué voy a hacer si mi suegra cocina tan bien? ¡No lo voy a tirar a la basura!*

– *Es que los escaparates te llaman, deberían prohibirlos ahora en fiestas* (este paciente se refiere a vísperas de Navidad, época en que se realizó el grupo).

La negación fue recurrente e impactante:

– *¡Pero si yo estoy bien y ni como...!*

– *Yo peso igual que de joven, no me veo gordo* (el peso de ese paciente en ese momento era de 118 kg. y su IMC de 43).

– *Yo muchos días solo bebo agua y me engorda...*

De forma que la justificación negadora era permanente y se convertía en una defensa primitiva anti-pensamiento. Esta negación de la evidencia despertaba en los profesionales un sentimiento contratransferencial de desesperación que cuando se “actúa” es el que produce respuestas superyoicas por parte del profesional sanitario, tal y como señalábamos anteriormente.

La disociación con las consecuencias dañinas de su estado en forma de múltiples problemas orgánicos, que ya tenían, era muy rotunda:

– *Yo tengo que dormir con oxígeno, pero no tiene que ver con la obesidad.*

– *Mis rodillas están doloridas siempre, pero el traumatólogo no dice que influya el peso.*

El grupo usaba masivamente defensas proyectivas por el sufrimiento que suponía la reintroyección de algunos contenidos mentales dolorosos, como decía una paciente tras unas sesiones: –*Si en el grupo nos riñeran estaría mejor, así podrías decir: vale, pues sigo. El problema es que yo ahora veo que depende de mí y veo que otros pueden y yo no... Ahora estoy peor que antes...* (llora).

El trabajo terapéutico consistía en ir señalando –procurando no resultar superyoica– la culpa *versus* la responsabilización e ir trabajando las ansiedades y defensas que ponían en marcha. Cuando ya se había alcanzado un clima de trabajo confiado, me

centré mucho en poner en palabras la muerte y el daño explícito que se resistían a ver.

Ignasi: *–Comer como lo hacemos nosotros es como activar un interruptor de escape, como en la juventud, que uno quería lo prohibido. El interruptor es buscar un premio extra, como una salida... Eso ayuda a tirar para adelante.*

T: *–Un interruptor que también puede acercarnos a la muerte.*

Todos: *–No, no tanto... Eso no se piensa... ¡Nos vamos a asustar viéndolo así!*

T: *–No lo piensan, no, por eso estamos aquí, para pensarlo y poder regularlo mejor.*

Francesc: *–Yo estoy muy bien de salud, no tengo azúcar ni nada. Que me digan por qué no puedo comer.*

Rodrigo: *–A mí no me pasa eso, pero a mi mujer sí que se lo digo: ya tuviste un ictus y mira, tu hermano murió de esto el año pasado, con 50 años.*

T: *–Ahora el grupo minimiza los riesgos de salud que muchos de ustedes ya tienen, quizá porque asusta el riesgo de muerte que se “auto procuran” y es difícil de asumir la responsabilidad que cada uno tiene en eso.*

Observamos un común estado de depresión de base por acumulación de duelos no elaborados, pérdidas congeladas en el tiempo: la viudedad de 10 años de Eulalia; o Flor, que aún llora a su madre después de 30 años; o los abortos de Caterina 25 años atrás. En una sesión, esta paciente trajo un sueño muy angustiante y sugerente, en el que estaba sin poderse mover, tirada en el suelo, con gente de su familia alrededor, gritando, pero nadie podía oírla ni verla. Sentía mucho dolor, hasta que una enfermera, ya en el ambulatorio, le daba un puñetazo en la barriga y le quitaba el dolor. *–Parece que tengo un alien dentro.* Este sueño se elaboró en el grupo. Una paciente dijo que para ella el sueño representaba todo lo que “se traga” y se queda dentro, ella sola, y luego le duele. Yo lo relacioné también con lo que le pasaba a otra paciente del grupo, que a menudo lloraba en las sesiones sin poder expresar sus sentimientos, sintiendo quizá que nadie del grupo se hacía eco de su dolor y desesperación; y sin poder tampoco pedir ayuda de otra manera, esperando tal vez poder extirparse el malestar de forma abrupta.

Flor expresa en otro momento: *–Yo ya no tengo ganas de cuidarme, si me muero me da igual. Antes me importaba también la estética, ahora ya no me importa nada, ni la*

salud. Otra paciente describía con humor el uso que hacía de la comida, tras poder elaborar el sentido de sus atracones en el grupo: *–Entonces para mí el chocolate es un antidepresivo ¿no?, solo que estos se llaman “antidepresivos Nestlé”.*

La principal emergente grupal de este aspecto autoagresivo, que siempre acompaña a lo depresivo, fue Eulalia, que dos días antes de la 6ª sesión realizó un gesto autolítico con sobreingesta farmacológica, requiriendo atención en urgencias y que –afortunadamente para ella– pudimos trabajar juntos.

Respecto a la pérdida de trabajo, algunos de ellos así lo vivían:

–A mí me echaron con 58 años para poner a un joven de estos que parece que se van a comer el mundo...

–A mi marido y a mí nos echaron a la vez, sin opción a escoger nada. Vives con miedo y te compensas, tienes que callar y callar engorda. Cuando me vi sin faena me puse a hacer mil cosas para no pensar.

T: *–¿En qué?*

–En que toda la vida trabajando para acabar así... Sentir que uno ya no vale para nada.

–Yo hacía de chófer de mi mujer, la llevaba al trabajo y cuando volvía ya tenía la nevera para mí solo.

Expresan la envidia hacia los que no están como ellos:

Teresa: *–Otros comen tres veces más y no engordan; mi marido, por ejemplo, ique me da una rabia!*

Un paciente trae una viñeta cómica al grupo, que lee para todos, y añade: *–No, yo no quiero adelgazar, lo que quiero es que engorden los demás* –en una explícita alusión a los profesionales del grupo–. Y agrega: *Yo no tengo envidia de los que no están obesos.*

Pese a todo ello, pudieron expresar mejoras en la comprensión y en la contención a medida que íbamos trabajando:

–Entonces, se trataría de que este interruptor, que se dispara automáticamente y nos impulsa a comer, pase a ser manual, ¿no?, que lo podamos controlar.

–Ignasi: –Lo que tendríamos que hacer es aprender a cuidarnos nosotros y no esperar que nos lo den otros (es el paciente que al principio del grupo echaba la culpa a la

industria). *Este tren que hemos cogido tiene que seguir después del grupo. Yo me fui a un buffet libre y me acordé de aquí y pude controlar mejor las ganas de devorarlo todo.*

–*No era consciente del daño que me hago (el mismo paciente que decía antes: ¿por qué no puedo comer si estoy bien?)*

La paciente de la foto en la nevera: –*Me siento mejor, más ágil, con menos hambre y con capacidad de frenarme. Veo que cuando voy a atracar la nevera me puedo esperar un poco más...*

–*Yo he tomado conciencia de que hay otros sentimientos y que me justifico porque me cuesta.*

La paciente de las proteínas: –*Nosotros tenemos manía a los delgados, pero tenemos un metabolismo que hay que cuidar de otra manera.*

–*Yo he perdido kilos, respiro mejor y mis analíticas están mejor.*

–*Yo al menos ahora sé por qué lo hago, aunque a veces sigo..., pero otras no.*

Aparecieron ansiedades de separación al finalizar, como en todos los grupos, pero más acusadas, porque en ellos se existen fijaciones orales muy primitivas que hacían sentir como abandono la falta de este “otro alimento”; pero fue trabajable en el grupo. Fue general el agradecimiento de todos ellos.

Reflexionando sobre esta experiencia grupal en el espacio de supervisión de nuestro equipo del CSMAM, cuando faltaba una sesión para terminar, consideramos que el grupo funcionaba, en términos de Bion, básicamente como un grupo de trabajo, muy movilizador, intenso a pesar del tiempo acotado, o por eso mismo.. A raíz de esas reflexiones se planteó la buena idea de visita post alta a los 6 meses de finalizar el GAD. Vimos también cómo el sentido del humor respetuoso ayudaba a digerir algunos momentos y que el grupo mostraba capacidades para alimentarse de la experiencia. Y, una vez más, se evidenció el potencial terapéutico del trabajo interdisciplinar desde el ABS (A. Costa, G. Mateu y M. Villegas, 2010).

Se corroboraron muchos de los contenidos que pensábamos aparecerían y también la necesidad de continuidad asistencial para algunos de los miembros del grupo. Queremos destacar el estigma que supone la obesidad porque es visible, frente a otro tipo de voracidades invisibles aunque igual o más destructivas como la avaricia, la ambición

desmesurada, las ansias de poder, los egos insaciables, etc.

En las visitas post-grupo individuales, la indicación para Eulalia fue de seguimiento farmacológico y psicológico en el CSMAM, para Martina psicoterapia, para Lucía seguimiento mensual en el ABS y para Flor, el *Grup de gent gran* que se realiza en ABS y es de frecuencia semanal. Al resto se les emplazó a la visita post alta grupal que se realizaría a los 6 meses y, a partir de ahí, valorar su situación.

El test EDI-3 para Trastornos de conducta alimentaria (TCA) pre y post grupo. Evolución del peso

Se escogió este test porque, además de cuantificar los TCA desde lo conductual, mide también algunos factores de personalidad y así pudimos evaluar sus variaciones. Hemos seleccionado dos de los indicadores que resultan de las puntuaciones de las diferentes escalas: el *Índice de riesgo de TCA* y el de *Desajuste psicológico general*. Los resultados requerirían un estudio más detallado para ver el sentido de algunas puntuaciones, ya que tomar conciencia y no negar algunos problemas puede aumentar la puntuación de algunos ítems y, sin embargo, ser un efecto positivo. Pero a modo de indicadores, estos fueron los resultados. Hemos añadido también la evolución del *Peso*, medida por la DUI.



Resultados Test EDI-3 pre y post -grupo

	Índice de riesgo TCA (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal)	Peso		Desajuste psicológico general
BAJAN ↓	6	6	MEJOR	8
IGUAL =	1	1	IGUAL	2
SUBEN ↑	4	4	PEOR	1

Aunque los parámetros *Índice de riesgo* y *Peso* coinciden, no coinciden todos los participantes que dan esos resultados.

Nos parece relevante el dato de que 8 de los 11 pacientes evaluados muestran mejoras en el índice de *Desajuste psicológico general*.

Seis meses después...

Acuden todos, menos tres, que justificaron su ausencia. Fue un reencuentro esperado por todos, por pacientes y también por los profesionales. Explicaron que tenían al grupo muy presente y que eso había hecho que muchos de ellos siguieran bajando peso poco a poco y autorregulándose mejor en las dietas que seguían con enfermería. Expresaron que tomaron conciencia del daño y asumieron su responsabilidad en el cuidado de su salud, unos más, otros menos, y otros nada. Por ejemplo, Rodrigo, que ya mostró su impermeabilidad, parecía que nunca hubiera pasado por el grupo. A Marc le vimos igual de aplanado como siempre y ganó el peso que había perdido durante el grupo, incluso lo

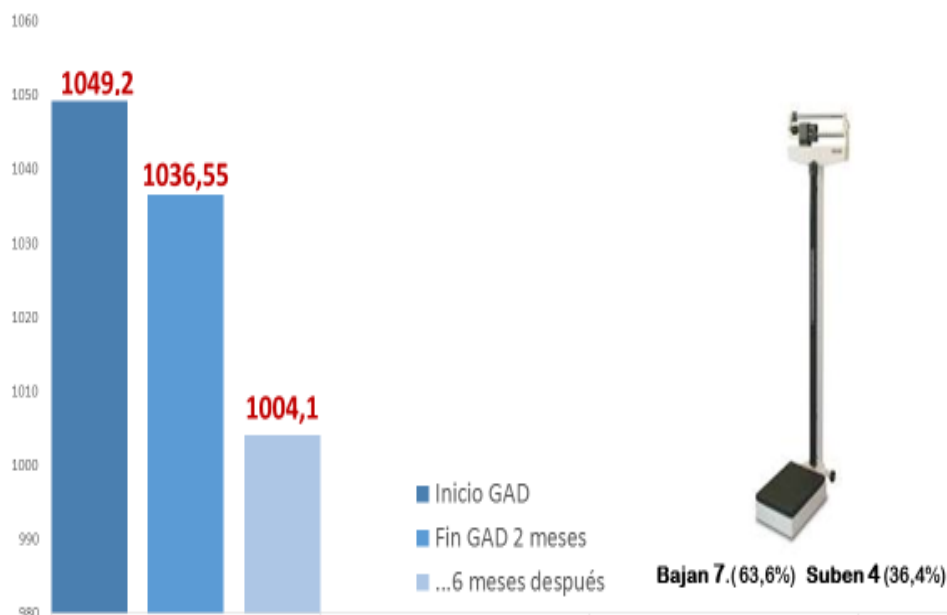
aumentó respecto al principio. La paciente con aspectos más melancólicos, Caterina, no pudo venir, y a través de su médico de familia tiene propuesta de seguimiento psicológico y quizá farmacológico en el CSMAM, aunque sabemos que va bajando de peso.

Un participante nos sorprendió porque, a pesar de haber mostrado pocos recursos yoicos durante el grupo, fue el que más bajó durante el proceso grupal, 11 kg., y pudo mantenerse en la mejora de 9 kg. respecto al principio porque, dijo, en un curso de cocina *había aprendido a cocinar más sano...* (pensamos si el “curso-grupo” habrá ayudado a cocinar mejor también en la mente). Teresa, que inició el grupo con tratamiento antidepressivo y ansiolítico, fue prescindiendo de la medicación hasta abandonarla.

Otros pacientes, expresaron más beneficios en su estado de salud mental general no relacionado con el peso, que ni nombraron. Se les veía más vigorosos a casi todos. La paciente más adictiva había mejorado su disposición a un tratamiento psicológico, ya que en la visita individual post grupo no lo había aceptado. Otra paciente, Lucía, se fijó metas realistas de dieta y ejercicio: *–Despacio y a largo plazo, estoy haciendo por fin algo bueno para mí.* Llevaba 22 kg. de mejora sin grandes esfuerzos, y nos dio la buena noticia de que, por fin, se había quedado embarazada.

Respecto a los pesos registrados en los seguimientos realizados por enfermería, estos fueron los resultados a los seis meses de finalizar el grupo:

Evolución peso



Tras 8 meses desde el principio del GAD se observa:

- progresivas bajadas de peso desde el inicio, no muy importantes, pero que marcan *una tendencia* que se mantiene aún después de finalizar el grupo.
- bajan de peso 7 pacientes (63%) y suben 4 (36%).

Aunque los datos no se pueden extrapolar dado el pequeño número de pacientes, sí podemos concluir:

–La necesidad de que el grupo pudiera tener una continuidad mínima de un año para ser más relevante.

–Se confirma el ABS como el lugar más adecuado donde proponer este trabajo interdisciplinar (J.L. Tizón, 1999).

–Los resultados de la intervención psicodinámica grupal se mantienen en el tiempo, al menos durante 6 meses.

Así pues, en esta aventura aprendimos todos algo más de cómo son, cómo comen, algunos porqués... Y nos alegró saber que muchos de ellos lo llevan incorporado como alimento mental. Y éste, no engorda.

Referencias bibliográficas

Ahima, R.S. y Lazar, M.A. (2013), “The health risk of obesity”, *Science*, núm. 23.

Bion, W.R. (1963), *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, 1966, Paidós.

Costa, A., Mateu, G., Villegas, M., Trullen, E. y Jachewicz, A. (2013), “Salud Mental y Áreas Básicas de Salud: Puntos de Encuentro”, *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, vol. 9, núm. 4. http://www.revistagpu.cl/GPU_Dic_2013.pdf

Costa, A., Mateu, G. y Villegas, M. (2010), “Intervenciones grupales en las ABS”, *Revista on-line de la Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP)*, núm.1.

Direcció General de Planificació i Avaluació del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Generalitat de Catalunya (2006), Barcelona, Isb: 84-393-7175-6.

Mosley, M. (2012), *The second brain in our stomachs*, BBC Four, Gran Bretaña.

Sylvia R. y Karasu, M.D. (2013), “Psychotherapy-lite: Obesity and de role of the Mental Health Practitioner”, *American Journal of Psychotherapy*, vol. 67, núm. 1.

Tizón, J.L. (1999), *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, vol. I y II, Barcelona, Herder.

Resumen

En este artículo se presenta una experiencia de intervención psicodinámica grupal de 8 sesiones de duración con pacientes obesos y obesos mórbidos (IM=>30) en el Área Básica (ABS) de Salud Manso-Poble Sec de Barcelona, realizada en paralelo al seguimiento de las dietas por parte del equipo de enfermería del ambulatorio. Se realiza en el contexto del Programa de Soporte en Salud Mental a la Atención Primaria (PSSAP) del Servei Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya implementado por Sant Pere Claver - Fundació Sanitària, que desplaza a profesionales psicólogos y psiquiatras a distintas ABS de la ciudad desde sus CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) .

Se aportan los resultados de una evaluación, mediante el test de Trastornos de la conducta alimentaria EDI-3, realizada en tres momentos del proceso: al empezar el grupo, al acabar éste y a los 6 meses, tras una visita grupal post alta. Se presenta material clínico relativo a las sesiones de grupo. Es una experiencia más abierta que cerrada, que nos ha

aportado tantos interrogantes como ideas de comprensión psicopatológica de este complejo síntoma que es la obesidad.

Palabras clave: intervención grupal psicodinámica, obesidad, áreas básicas de salud, trabajo multidisciplinar.

Ana Costa

Psicóloga Especialista Clínica. Psicoterapeuta.

CSMA Montjuïc, Sant Pere Claver - Fundació Sanitària.

acosta@fhspereclaver.org