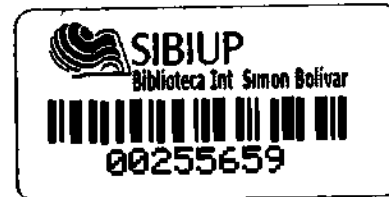


UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA BREVE DE GRUPO PARA PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON EL TRASTORNO POR ATRACON**



PSICÓLOGA
MARÍA EUGENIA DESPAIGNE LÓPEZ DE MARTÍN

**Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología, como uno
de los requisitos para obtener el
grado de Magister en Psicología
Clínica.**

PANAMA, REPUBLICA DE PANAMÁ

2011

ST

30 ENE 2013

Obsequio.

17443

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Número de Código	327-14-06-10-77
Nombre del estudiante:	María Eugenia Despaigne López de Martín Ced 8-360-1000
Título al que aspira:	Magister en Psicología Clínica
Tema de la tesis.	Psicoterapia psicodinámica breve de grupo para pacientes diagnosticadas con el trastorno por atracción
Resumen Ejecutivo:	Este es un proyecto de investigación con diseño de investigación cuasi experimental con pre prueba/post prueba y un grupo (control) en lista de espera, junto a estudio de caso, a realizar en el área metropolitana de la capital En esta investigación se evaluará la efectividad de la psicoterapia psicodinámica breve de grupo, aplicada a un grupo de pacientes que padezcan del trastorno por atracción, trastorno clínico encontrado en el DSM- IV Se llevará a cabo la psicoterapia breve de grupo al grupo experimental, y al final se llevará a cabo una aplicación de la post-prueba a ambos grupos para determinar la efectividad del tratamiento Al grupo en lista de espera, por razones éticas, se le aplicará el tratamiento una vez culminada la investigación.
Nombre del Asesor	Mgtr Ricardo López
Firma del Asesor	_____
Firma del Estudiante.	_____
Aprobado por:	_____
	Coordinador del Programa

	Director de Postgrado de la Vicerectoría de Investigación y Postgrado
Fecha:	_____

***AL QUE ME DIO LA VIDA, ME CUIDA, ME SUSTENTA Y ME DA FUERZAS
CADA DÍA DE MI VIDA***

DEDICATORIA

La educación es la llave que abre puertas inimaginables y permite la superación y el alcance de la realización personal y la independencia. Este es el legado que le quiero dejar a mis hijas, por ello les dedico esta investigación.

A las siete pacientes que participaron en este estudio quienes se comprometieron con valentía a realizar un viaje desconocido a su mundo interno, a encarar sus vidas, la relación con la comida y sus relaciones con las personas que más aman.

AGRADECIMIENTOS

- **A Dios quien es el centro de mi vida y el Dador de todo lo que tengo y lo que me rodea.**
- **A mi esposo Armando y a mis hijas Victoria Eugenia y María Andrea quienes me apoyaron y toleraron mi paso por la Universidad. Sin ustedes y sin su amor y su paciencia nunca hubiese podido terminar este proyecto. A los tres gracias por creer en mí, por regalarme el tiempo que les pertenecía y que tomé prestado para esta maestría. Gracias por darme aliento en los momentos en los que veía oscuridad en el camino.**
- **A mi padre quien me enseñó que cuando uno se educa, el cielo es el límite.**
- **A mi madre por su incansable amor.**
- **A mi abuelita Mago por estar siempre para mí y animarme a terminar.**
- **A Lea Setton, mi mentora y analista de tantos años quien amorosamente me acompañó en todos “mis viajes” siendo esta maestría, uno más de ellos. Por ser un “objeto interno bueno” que me guió durante la aplicación del tratamiento y la escritura de cada capítulo de esta tesis.**
- **Al Prof. Ricardo López por su interés y su delicado asesoramiento. Por el tiempo que dedicó a mi investigación y por sus valiosos conocimientos que aportaron tanto a este proyecto.**
- **A Fanny de Cardoze (madre e hija) y Stella Tribaldos, quienes creyeron en mi proyecto y pusieron en mis manos a varios de sus pacientes. Gracias por la confianza depositada en mí.**
- **A las 26 personas que acudieron a la evaluación y en especial a las siete pacientes que trabajaron con tanta honestidad en el proceso de grupo.**
- **A Tammy, mi amiga inseparable quien a través de los dos años de clases y las largas noches estudio me acompañó y compartió de mil maneras esta travesía que culmina con esta tesis.**
- **A mis profesores, colegas y amigos que de una u otra forma contribuyeron a que pudiera llegar al final de esta obra, en especial a mis compañeras de la Universidad y a la Dra. Betty Benaim.**

INDICE GENERAL

	Página
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I: MARCO TEORICO: LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN LA LITERATURA PSICOLOGICA	6
1. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS	7
1.1. La anorexia Nerviosa	7
1.2. La Bulimia Nerviosa	8
1.3. Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado	9
1.4. Descripción de la experiencia interna de los trastornos de la alimentación	11
2 EL TRASTORNO POR ATRACÓN O TRASTORNO DE SOBREENGESTA ALIMENTARIA	12
2.1. Definiciones del trastorno de sobre ingesta alimentaria y criterios diagnósticos	12
2.2. Diferencia entre sobreingesta alimentaria o atracón, abuso de alimentos y bulimia.	15
2.3. Investigaciones realizadas del trastorno por atracón.	17
2.3.1. Prevalencia, género, peso y etnicidad	17
2.3.2. El trastorno por atracón y estudios realizados en la teoría psicodinámica	19
2.3.3. Estudios realizados en psicoterapia de grupo.	21
3. ACTUALIZACIONES FUNDAMENTALES DEL TRASTORNO POR ATRACÓN	22
3.1. Factores de riesgo psicosociales	22

3.2.	Psicopatología asociada al trastorno por atracón	23
3.3.	La psicología de la salud y la obesidad	25
3.4.	El trastorno por atracón y la obesidad	26
3.5.	El trastorno por atracón, la obesidad y la cirugía bariátrica	32
4.	HIPÓTESIS PSICODINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	34
4.1.	La comida como objeto transicional	34
4.2.	La sexualidad y las transformaciones del cuerpo	35
4.3.	El sentido de los síntomas	36
4.4.	Los trastornos de la alimentación vistos como un ataque al cuerpo,	37
4.5.	Los trastornos de la alimentación y las relaciones objetales	39
4.6.	Los trastornos de la alimentación vistos como desórdenes del <i>self</i>	42

CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

	PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE PSICODINÁMICA	46
1.	EL GRUPO VISTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS RELACIONES OBJETALES	47
1.1.	Las posiciones del Melanie Klein y el grupo	48
1.2.	La repetición de las relaciones primarias en el grupo	48
1.3.	Bion y la " <i>experiencia en grupos</i> "	50
2.	LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA DE GRUPO	52
3.	LA PSICOTERAPIA BREVE DE GRUPO	54
3.1.	Estrategias de la psicoterapia Breve de grupo	56
3.1.1.	Preparación Pre-grupo	56
	a. Criterios de exclusión	56
	b. Composición del grupo	56
	c. Preparación Pre-terapia	57
3.1.2.	Utilización Máxima del Sistema de Grupo	58
	a. La cohesión grupal	58
	b. Etapas del desarrollo del grupo	58

3 2	Técnica Terapéutica	61
3 2 1.	El foco de la terapia	62
3 2.2	Las interpretaciones y la transferencia	62
3.2 3	La interpretación de los sueños	64
3.3	El rol del terapeuta	66
4	LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA BREVE DE GRUPO PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	67
4.1.	El tratamiento integrado de los trastornos de la alimentación	68
4 2.	Etapas del tratamiento de los trastornos de la alimentación	70
4.2 1	Etapas inicial	70
4.2.2.	Etapas intermedia	72
4.2.3.	Etapas final	74
	CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	75
1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	76
2	HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN	78
2 1	Hipótesis principal	78
2 2	Hipótesis secundarias	78
2.3	Hipótesis estadística	79
3	OBJETIVOS	79
3 1	Objetivos generales	79
3 2.	Objetivos específicos	80
4.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	81
5.	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	82
5 1	Variable Independiente	82
5 1 1	Definición conceptual de la variable independiente	82
5.1 2	Definición operacional de la variable independiente	82
5.2.	Variables Dependientes	83
5.2 1	Definición conceptual de la variables dependientes	83
5.2 2.	Definición operacional de la variables dependiente	84

6. POBLACIÓN Y MUESTRA	84
6.1. Población	84
6.2. Muestra	85
6.3. Criterios de Inclusión	85
6.4. Criterios de Exclusión	85
7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN	86
7.1. Instrumento de medición	86
7.2. La entrevista clínica	87
8. LIMITACIONES	88
9. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO	88
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	91
1.1. Heterogeneidad y homogeneidad del grupo experimental	91
1.2. Heterogeneidad y homogeneidad del grupo control	95
2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	98
2.1. Variable Principal	98
2.1.1. Sobreingesta Alimentaria	98
2.2. Variables Secundarias	104
2.2.1. Imagen Corporal	104
2.2.2. Expectativas Relacionadas con Comer	109
2.2.3. Antojos Alimentarios	115
2.2.4. Subingesta Alimentaria	120
2.2.5. Alteración Afectiva	126
3. DISCUSIÓN	132
3.1. Resultados Estadísticos	132
3.1.1. Grupo Experimental	132
3.1.2. Grupo Control	134
3.2. El Tratamiento	135

3.2.1. La entrevista inicial	135
3.2.2. La psicoterapia breve de grupo	136
4. CONCLUSIONES	140
4.1. Sobre la población y la muestra	140
4.2. Sobre los resultados del tratamiento	140
4.3. Sobre los aspectos psicodinámicos del trastorno por atracción, encontrados a través del tratamiento	141
5. RECOMENDACIONES	143
5.1. La investigación	143
5.2. La intervención clínica	143
5.3. En la sociedad en general	144
BIBLIOGRAFÍA	145
ANEXOS	156

ÍNDICE DE GRÁFICAS

		Página
Gráfica N°1	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental de la escala Sobreingesta Alimentaria.	101
Gráfica N°2	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo control de la escala Sobreingesta Alimentaria.	103
Gráfica N°3	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental de la escala Imagen Corporal.	105
Gráfica N°4	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo control de la escala Imagen Corporal.	108
Gráfica N°5	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental de la escala Expectativas Relacionadas con Comer.	111
Gráfica N°6	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo control de la escala Expectativas Relacionadas con Comer.	114
Gráfica N°7	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental de la escala Antojos Alimentarios.	117
Gráfica N°8	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo control de la escala Antojos Alimentarios.	119
Gráfica N°9	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental de la escala Subingesta Alimentaria.	122
Gráfica N°10	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo control de la escala Subingesta Alimentaria.	125
Gráfica N°11	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental de la escala Alteración Afectiva.	128
Gráfica N°12	Comparación entre el pre-test y el pos-test del grupo control de la escala Alteración Afectiva.	130

INDICE DE TABLAS

		Página
Tabla N°1	Edad, sexo y grupo étnico del grupo experimental.	92
Tabla N°2	Escolaridad del grupo experimental.	92
Tabla N°3	Evaluación del propio peso del grupo experimental.	93
Tabla N°4	Edad de inicio de la preocupación por el peso del grupo experimental.	93
Tabla N°5	Máximo tiempo que ha estado en el peso ideal del grupo experimental.	94
Tabla N°6	Comparación del peso antes y después del tratamiento del grupo experimental.	94
Tabla N°7	Edad, sexo y grupo étnico del grupo control.	95
Tabla N°8	Escolaridad del grupo control.	96
Tabla N°9	Evaluación del propio peso del grupo control.	96
Tabla N°10	Edad de inicio de la preocupación por el peso del grupo control.	97
Tabla N°11	Máximo tiempo que ha estado en el peso ideal del grupo control.	97
Tabla N°12	Comparación del peso antes y después del tratamiento del grupo control.	98
Tabla N°13	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Sobreingesta Alimentaria.	99
Tabla N°14	Estadísticas descriptivas: Comparación de la Sobreingesta Alimentaria Pre-test/Post-test del grupo experimental.	99
Tabla N°15	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Sobreingesta Alimentaria.	101
Tabla N°16	Estadísticas descriptivas: Comparación de la Sobreingesta Alimentaria Pre-test/Post-test del grupo control.	101

Tabla N°17	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Imagen Corporal.	104
Tabla N°18	Estadísticas descriptivas: Comparación de la Imagen Corporal Pre-test/Post-test del grupo experimental.	105
Tabla N°19	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Imagen Corporal.	106
Tabla N°20	Estadísticas descriptivas: Comparación de la Imagen Corporal Pre-test/Post-test del grupo control.	107
Tabla N°21	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Expectativas Relacionadas con Comer.	109
Tabla N°22	Estadísticas descriptivas: Comparación de las Expectativas Relacionadas con Comer Pre-test/Post-test del grupo experimental.	110
Tabla N°23	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Expectativas Relacionadas con Comer.	111
Tabla N°24	Estadísticas descriptivas: Comparación de las Expectativas Relacionadas con Comer Pre-test/Post-test del grupo control.	112
Tabla N°25	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Antojos Alimentarios.	115
Tabla N°26	Estadísticas descriptivas: Comparación de los Antojos Alimentarios Pre-test/Post-test del grupo experimental.	115
Tabla N°27	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Antojos Alimentarios.	118
Tabla N°28	Estadísticas descriptivas: Comparación de los Antojos Alimentarios Pre-test/Post-test del grupo control.	118
Tabla N°29	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Subingesta Alimentaria.	120
Tabla N°30	Estadísticas descriptivas: Comparación de la Subingesta Alimentaria Pre-test/Post-test del grupo experimental.	121

Tabla N°31	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Subingesta Alimentaria.	122
Tabla N°32	Estadísticas descriptivas: Comparación de la Subingesta Alimentaria Pre-test/Post-test del grupo control.	123
Tabla N°33	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Alteración Afectiva.	126
Tabla N°34	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Alteración Afectiva.	126
Tabla N°35	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Alteración Afectiva.	128
Tabla N°36	Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Alteración Afectiva.	129

ÍNDICE DE ANEXOS

		Página
ANEXO N°1	Diagnóstico Diferencial de cada una de las pacientes del grupo.	157
ANEXO N°2	Carta de consentimiento informado para las personas que fueron seleccionadas para participar en el grupo.	160
ANEXO N°3	Portada del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria.	161
ANEXO N°4	Diseño de las sesiones de la psicoterapia psicodinámica breve para pacientes con el trastorno por atracón	162

RESUMEN

La presente investigación tenía como objetivo validar la efectividad de una intervención terapéutica breve con enfoque psicodinámico, en un grupo de hombres y mujeres adultos, diagnosticados con el trastorno por atracón. El mismo se realizó mediante un diseño de investigación cuasi experimental con pre-prueba/post-prueba con grupo control en lista de espera y estudio de casos. Se utilizó la prueba de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2008), para evaluar a 26 personas del área metropolitana de Panamá, que tenían entre 21 y los 59 años de edad, de los cuales el 69.23% fue diagnosticado con el trastorno por atracón. El tratamiento de quince sesiones de grupo fue aplicado a siete mujeres del grupo experimental y se esperaba obtener una disminución en la sobreingesta alimentaria y otras variables secundarias. Los resultados finales demostraron que la psicoterapia psicodinámica breve de grupo si es efectiva y reduce significativamente el trastorno por atracón, además de que tuvo un impacto positivo en la regulación del afecto y la imagen corporal de las participantes. Además, se pudo concluir que las mujeres del estudio con el trastorno por atracón manifestaron tener situaciones inconclusas de duelo con la figura paterna y conflictos con la figura materna que tienen que ver con un déficit en la función materna en los primeros años de vida y en la continuidad del ciclo de vida.

ABSTRACT

This research was intended to validate the effectiveness of a brief therapeutic intervention with a psychodynamic approach, in a group of male and female patients diagnosed with binge eating disorder. This study was performed using a research quasi-experimental design with pre-test/post-test with a control group on a standby list and case studies. The "Overeating Questionnaire" by O'Donnell and Warren (2008), was used to evaluate 26 people in the metropolitan area of Panama, who were between the ages of 21 and 59 years, of whom the 69.23% was diagnosed with binge eating disorder. The treatment consisted in fifteen sessions of group treatment and was applied to seven women in the experimental group. The expectation was to obtain a decrease in food binging and other secondary variables. The final results showed that brief psychodynamic psychotherapy group is effective and significantly reduces the binge eating disorder. It had a positive impact in the affect regulation and body image of the participants. We also conclude that women in the study with binge eating disorder demonstrated to have unfinished mourning processes with the father figure and conflicts with the maternal figure related to a deficit in the maternal role in the early years of life and the continuity of the life cycle.

INTRODUCCIÓN

Recuperarse de un trastorno de la alimentación no es un camino fácil. En mi práctica clínica me he visto sorprendida por la inteligencia, habilidades y extraordinarias personalidades de personas que lo padecen. Aún así, incesantemente se quejan de no estar satisfechas con ellas mismas independientemente de lo que diga el mundo a su alrededor. Pareciera que lo único que importa es pesar menos, cambiar la forma del cuerpo o contar las calorías del día con el fin de lograr la figura deseada y llegar al estándar de belleza que impone nuestra sociedad.

El grado de negación de algunos individuos sobre el impacto de las dietas implacables, los atracones, las purgas y la sobredosis de ejercicios es preocupante y muchas veces como terapeuta, la sensación de impotencia ante los pensamientos y creencias tan concretos sobre esta necesidad de tener el control del cuerpo a toda costa, es abrumadora. Solo cuando se llega a un punto en la psicoterapia en el que el paciente se siente lo suficientemente seguro, se revelan ante nuestros ojos las profundas preocupaciones y conflictos que esconde su trastorno de la alimentación.

El ayuno, los vómitos o los atracones se presentan como un síntoma complejo que forma parte del *self* de cada paciente como un aspecto vergonzoso, “loco” e insano que no se puede entender ni controlar y por tal razón hay que guardarlo en secreto. Estoy segura de que estos síntomas encubren una amalgama de agonías internas y tribulaciones interpersonales que son muy difíciles de entender y pensar para el paciente, y por tal motivo se “metaforizan” en la relación con el cuerpo, el peso y la figura.

Una de las metas del tratamiento de los trastornos de la alimentación es entonces ayudar al paciente a que pueda entender estas “metáforas” que encubre su trastorno. Hay que ayudar al paciente a salir de la negación en donde se cree que siendo delgado y perfecto todo estará bien, a realizar que sus problemas son mucho más profundos que el tamaño del cuerpo y hacerlo conscientes de que las situaciones que disparan los atracones, las purgas y/o los vómitos se pueden manejar de formas diferentes. A través de ser honestos con sus propios sentimientos, abriendo un espacio para pensar y sentir en el espacio terapéutico, se pueden empezar a regular sus afectos, tolerarlos mejor y

comprenderlos, sin tener que usar las formas simbólicas que adquiere la comida para lograr este efecto.

No existe una única receta para el tratamiento de los trastornos de la alimentación, pero sí creo que un tratamiento integrado, en donde hayan herramientas psicodinámicas y de otras corrientes, es la vía más contemporánea para ayudar al paciente en la recuperación de su dificultad con la comida.

Siempre he tenido un interés personal en el tema de los trastornos de la alimentación. Cuando comencé mi carrera en la psicología me incliné mucho hacia el entendimiento de la obesidad como un trastorno psicológico más que físico, razón por la cual mi tesis de licenciatura fue sobre el estudio del auto-concepto en adolescentes obesos. Hoy, después de quince años desde que hice mi primera investigación sobre el tema, y después de haberme entrenado clínicamente en la teoría psicodinámica, presento una nueva investigación que tiene que ver con el desarrollo de la obesidad, la bulimia y la anorexia purgativa: el trastorno por atracón y su tratamiento psicodinámico breve en un grupo de mujeres de la ciudad capital.

En el primer capítulo presento una revisión exhaustiva sobre el trastorno por atracón en donde se muestran las diferentes definiciones del trastorno, las investigaciones realizadas al respecto, las diferencias entre el trastorno por atracón, el abuso de la comida y la bulimia, los factores de riesgo psicosociales, el trastorno por atracón y su relación con la obesidad y la cirugía bariátrica, la psicopatología asociada al trastorno y una amplia revisión sobre la teoría psicodinámica existente sobre los trastornos de la alimentación.

En el segundo capítulo presento la técnica que utilice como tratamiento para el trastorno por atracón: la psicoterapia psicodinámica breve de grupo. En este capítulo se encuentra una revisión de la teoría psicodinámica respecto a los grupos, la explicación de las estrategias a utilizar en la psicoterapia breve de grupo y la revisión de la técnica y fases de la psicoterapia breve de grupo aplicada a los trastornos de la alimentación.

En el tercer capítulo presento la metodología de la investigación, la cual explica detalladamente cómo se realizó la investigación en términos conceptuales, operacionales y estadísticos; y en el cuarto capítulo presento los resultados obtenidos, la discusión, conclusiones y recomendaciones del estudio.

Fue muy gratificante encontrar que la técnica en la que me entrené y creo con vehemencia, funcionó para aliviar el sufrimiento y los conflictos de siete mujeres que aceptaron tener un problema con la comida y encararon con valentía su trastorno en el viaje de las quince sesiones de terapia de grupo.

Aprendí mucho de mis pacientes y del proceso de grupo, y encontré nuevas herramientas para continuar trabajando con las personas que estén dispuestas a encarar su trastorno de la alimentación y recuperarse.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN EN LA LITERATURA PSICOLOGICA

*La manera en que comemos es una metáfora de
la forma en que vivimos y también es una
metáfora de la forma en que amamos*

Kati Szamos

1. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Las preocupaciones acerca del peso, las calorías, la dieta o la figura son algo muy común de nuestros tiempos, sobre todo en la mayoría de las mujeres adolescentes y adultas. Una pizza ocasional o un derroche de helado que luego hace sentir culpa por las calorías ingeridas, no hace a nadie bulímico o anoréxico; sin embargo cuando las preocupaciones por el peso, la imagen corporal y la figura se empiezan a ir a los extremos y la vida empieza a girar en torno a la búsqueda de la delgadez, restringiendo cada vez más la comida o empezando a vomitar después de una gran comilona, podemos decir entonces que estamos ante el génesis de un trastorno de alimentación.

Según Zerbe (2008), psicoanalista especialista en trastornos de alimentación, estos trastornos deben ser vistos como un estado o proceso que ocurre a lo largo de un continuo que se extiende de lo sano o aceptable hacia lo insano o inaceptable. Cuando la conducta alimentaria se ubica entonces en lo insano o inaceptable es cuando se hace necesario un diagnóstico formal que normalmente se encuentra en el DSM-IV, en donde se caracterizan a los trastornos de alimentación como “alteraciones graves en la conducta del comer” e incluyen tres diagnósticos específicos, la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado. La característica esencial de estos trastornos es que la autoestima está íntimamente ligada a la forma del cuerpo y el peso.

Los criterios para la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado se definen de la siguiente manera según el DSM-IV TR (2003):

1.1. Anorexia Nerviosa (307.1)

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante un período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).**

- B. Miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Tipos:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

1.2. Bulimia Nerviosa (307.51)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

1.3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (307.50)

La categoría de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas)

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (los criterios son los mismos que en los de la bulimia.)

El trastorno por atracón mencionado anteriormente es el trastorno de interés en la presente investigación, motivo por el cual le dedicaré una sección aparte; sin embargo es importante mencionar que a lo largo de este trabajo se mencionará indistintamente a este trastorno como trastorno por atracón o trastorno por sobreingesta alimentaria.

El DSM-IV es muy útil para definir esta enfermedad, pero evidentemente este manual solo nos dice una parte de la historia. Ninguna lista de síntomas o manual de diagnósticos puede jamás transmitir el verdadero dolor del paciente y su familia, lo única que puede ser una persona y el alto precio que tiene que pagar por sufrir de un trastorno de alimentación. Según el PDM: *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2006), Estos trastornos representan más que un simple problema con la comida y son desórdenes psicológicos con aspectos que frecuentemente no son obvios o discernibles para el observador externo. Baich (1997), define a los trastornos de alimentación como trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y el fundamento de dichos trastornos se hallan en la alteración psicológica.

La conducta alimentaria es lo observable, sin embargo es aún mucho más importante reconocer la experiencia interna de los trastornos de la alimentación, la cual incluye los conflictos emocionales y preocupaciones que manifiestan tener poco que ver con la comida. El PDM (2006), hace una excelente descripción de la experiencia interna de estos trastornos en general:

1.4. Descripción de la experiencia interna de los trastornos de la alimentación (PDM, 2006).

Los *estados afectivos* de individuos con trastornos de la alimentación, pueden incluir síntomas depresivos, como estados de ánimo depresivos, aislamiento social, baja autoestima e interés disminuido en el sexo. En adición a estos problemas depresivos, los síntomas de ansiedad son comunes. Algunos síntomas incluyen temor ante situaciones sociales y características obsesivo-compulsivas ambas relacionadas o no con la comida (p. ej., coleccionar recetas, desarrollar rituales de aseo, acumulación de comida). Las siguientes *preocupaciones emocionales* son comunes en los trastornos de alimentación:

- Sensación de estar muerto de hambre por obtener cuidado y afecto y el deseo de ser protegido y querido.
- Sentimientos de fracaso, debilidad y extrema vergüenza.
- Sentimientos de ser indigno e inefectivo.
- Sentimientos de ser abandonado por otros o que otros retirarán el afecto.
- Sentimientos de rabia y agresión los cuales se sienten aterradores, peligrosos e intolerables, por lo tanto se niegan o se silencian.
- Temor de que la experiencia de las propias emociones lleven a perder el control. Por ejemplo, una mujer anoréxica afirmó que si ella hablara libremente sobre sus sentimientos, ella se encontraría a sí misma “soplando en el viento”.

Los *patrones cognitivos* pueden ser los siguientes:

- Preocupación de ser inadecuado, incompetente y no amado y el desarrollo de estrategias para lidiar con eso.
- Deseo de permanecer siendo un niño. Por ejemplo, “voy a casa de mis padres cada fin de semana porque con ellos no me tengo que preocupar sobre cómo luzco. Ellos me han visto desde que andaba en pañales”.

Los *estados somáticos* pueden incluir la confusión acerca de las sensaciones corporales, incluyendo la inhabilidad de sentir si se está lleno después de comer. El

sentimiento del vacío físico en el estómago puede estar asociado con la sensación de un sí mismo vacío y agotado.

Los *patrones en las relaciones con los demás* pueden estar caracterizados por problemas de control y perfeccionismo, especialmente de la familia de origen. Individuos con trastornos de alimentación pueden pasar largas temporadas tratando de mantener su problema en secreto, en consecuencia las relaciones emocionales de intimidad genuinas se hacen imposibles. Se pueden relacionar con otros superficialmente y en maneras que pueden ser vistas como inmaduras para su edad cronológica. Pueden manejar sus miedos de no ser queridos complaciendo, siendo corteses y teniendo dificultades en aceptar cumplidos.

Después de tener claro en dónde se ubica el trastorno por atracón dentro de los trastornos de alimentación y cómo es la experiencia interna en general de los mismos, dedicaré la siguiente sección a hacer una revisión sobre las definiciones existentes sobre el trastorno, la diferencia entre sobre comer y comer compulsivamente, las características del trastorno, las investigaciones realizadas hasta el momento sobre el tema y la relación de la sobre ingesta compulsiva con la obesidad.

2. EL TRASTORNO POR ATRACÓN O TRASTORNO POR SOBREINGESTA COMPULSIVA

2.1. Definiciones del trastorno por atracón o sobreingesta compulsiva y criterios diagnósticos

En 1959 Stunkard publicó algunas observaciones clínicas de algunos individuos obesos que reportaban haber tenido angustiosos episodios de sobreingesta acompañados de un sentimiento de pérdida de control. Stunkard definió un atracón de comida como “un hecho de una cualidad orgiástica” y notó a su vez que una enorme cantidad de comida era consumida en un período corto de tiempo. También advirtió que un atracón de comida está “frecuentemente relacionado a un evento precipitante específico y regularmente es seguido de un severo malestar y auto condenación”.

Cuarenta años después las observaciones clínicas de Stunkard llevaron a la delineación del trastorno de sobreingesta alimentaria o trastorno por atracón conocido en inglés como *BED Binge Eating Disorder*.

El trastorno de sobreingesta alimentaria o trastorno por atracón ha sido incluido en el apéndice de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (DSM-IV; Asociación Americana de Psiquiatría, 2003), como un trastorno que necesita ser estudiado más ampliamente y también ha sido incluido como un ejemplo de un trastorno de alimentación no especificado. La introducción de este trastorno al DSM-IV ha estimulado la realización de investigaciones sobre este tema en las última década así como muchas preguntas fundamentales sobre la utilidad de de este nuevo diagnóstico. En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992), no existe una categoría diagnóstica apropiada para este trastorno (Mitchell, et al, 2008).

Los criterios diagnósticos propuestos para el Trastorno por atracón según el DSM-IV son:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
 - 1. Ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer , o controlar qué o cuánto está comiendo)
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 - 4. Comer a solas para esconder su voracidad.

5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Este diagnóstico no hace distinción entre comedores compulsivos obesos y no obesos. Es muy importante mantener en mente que en los escenarios clínicos, la mayoría de las personas con trastorno por atracón, tienen diversos grados de obesidad, aunque el diagnóstico no solo se limita a personas con sobrepeso (Spitzer et al., 1993, citado en Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow y Peterson, 2008).

Muchos son los teóricos que han definido el trastorno por atracón, entre ellos mencionaré a algunos que han trabajado con el tema a lo largo de los años:

Kathryn Zerbe (1993), define el trastorno por atracón como una falta de control sobre los alimentos en un período discreto de tiempo, mientras que el individuo a menudo siente que no puede parar de comer y que tampoco puede escoger cuanto comerá.

Roth (1995), propone que un atracón no es solamente el acto de atiborrarse de comida sino también todos los momentos, decisiones y sentimientos que llevan a este acto. Es un síntoma, es decir, una manifestación exterior que delata la existencia de una conflictiva interior.

Arenson (1995), define la sobre ingesta compulsiva como un episodio en el que se come de forma incontrolada y en donde se comparten factores comunes como comer cuando no se tiene hambre, comer por comer, sentimiento de culpa antes, durante y/o después de comer; sensación de vacío que no se llena, se coma lo que se coma; frenesí: comer rápidamente sin saborear la comida y un sentimiento de descontrol o incapacidad para parar.

Sacker (2007), afirma que el trastorno por atracón se caracteriza por períodos de ingesta incontrolados, en donde las grandes cantidades de comida (frecuentemente comidas específicas “favoritas”) son consumidas en poco tiempo. Las personas que sufren de este trastorno usualmente se sienten fuera de control durante el atracón, saben que se están haciendo daño y habitualmente llegan al punto de sentirse desagradablemente llenos, y aún así no paran de comer. Usualmente comen en secreto y a solas; y después del atracón hay sentimientos intensos de culpa, vergüenza y depresión.

La sobreingesta es definida por O'Donnell (2008), como seguir comiendo aun cuando no se tenga hambre.

Coker Ross (2009), define el trastorno por atracón como el comer grandes cantidades de comida en una sola sentada, teniendo la dificultad de no poder controlar cuánto se está comiendo, sintiéndose sin fuerzas para parar de comer así no se sienta hambre o se sienta lleno. Después del atracón se dan emociones de disgusto y vergüenza.

2.2. Diferencia entre sobreingesta alimentaria o atracón, abuso de alimentos y bulimia

Lo que se conoce como descontrol con la comida es una experiencia que, actualmente, dicen padecer al menos una de cada cinco jóvenes (Fairburn, 1998). Sin embargo, para cada una de ellas el significado de esta experiencia difiere considerablemente. Algunas lo ven como una ruptura ocasional de sus pautas habituales que no tiene mayor efecto en sus vidas. Sin embargo, para otras, se trata de un verdadero problema, algo que tiene un impacto negativo en muchos aspectos de su vida. Es importante clarificar entonces cuando debemos de llamar a uno de estos episodios un abuso de los alimentos o una sobreingesta alimentaria o atracón.

Para Christopher Fairburn (1998), autoridad mundial en trastornos de la alimentación, aunque no existen experiencias idénticas en las distintas personas, se ha observado que las verdaderas ingestas compulsivas o sobreingestas alimentarias tienen dos rasgos comunes: la gran cantidad de alimentos ingeridos durante la ingesta y la

sensación de pérdida de control. Este último rasgo, por encima de cualquier otro, distingue la verdadera sobreingesta alimentaria del abuso común de la comida.

Coker Ross (2009), añade que la persona que sobre-come o abusa de la comida se diferencia de la que se atraca en que no hay pérdida de control a pesar de seguir comiendo hasta que se siente muy lleno. No se atraca en soledad y esconde su sobre ingesta. Sin embargo, tanto los comedores compulsivos como los que se pasan en las cantidades de comida presentan problemas con su autoestima, su imagen corporal y las dietas. En ambos existe dificultad para manejar las emociones y tienen tendencia al aislamiento.

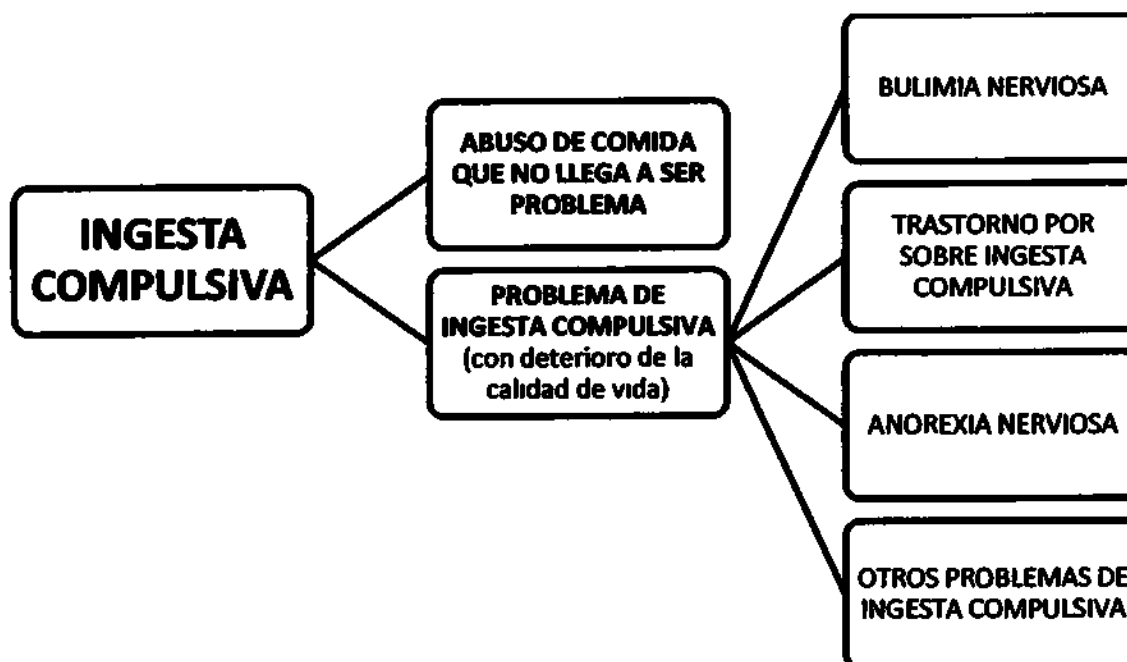
Mitchell et al. (2008), afirman que la definición de un episodio de atracón en el DSM-IV es idéntica tanto para la bulimia nerviosa como para el trastorno de sobre ingesta alimentaria, incluyendo los requerimientos de una ingestión de una cantidad inusual de comida y los sentimientos de pérdida de control sobre el episodio. La angustia con respecto al atracón se requiere para el diagnóstico de los dos trastornos. Esta angustia incluye sentimientos displacenteros durante y después del episodio de atracón, así como la preocupación del efecto a largo plazo en el peso, la forma del cuerpo y la autoestima por los episodios recurrentes de atracones.

Otra área de preocupación es la diferencia diagnóstica entre la bulimia no purgativa y el trastorno por atracón. En 1998, Hay y Fairburn compararon individuos con bulimia purgativa, bulimia no purgativa y trastorno por atracón por un año y no pudieron diferenciar la bulimia no purgativa del trastorno por atracón en términos de características como la frecuencia de los atracones y la psicopatología en general, pero encontraron que las personas con bulimia purgativa eran las que tenían los síntomas más severos.

Aquellos que padecían del trastorno por atracón mostraron una mejor estabilidad temporal en sus vidas comparados con aquellos que sufrían de bulimia de tipo no purgativa y tenían resultados más benignos sobre su trastorno después del año. Los autores concluyeron que esta diferencia de validez predictiva justificaba la diferencia diagnóstica entre bulimia de tipo no purgativa y trastorno por atracón. En adición, ellos sugirieron que los trastornos de alimentación bulímicos podían existir en un continuo de

severidad clínica que va desde la bulimia de tipo purgativo (más severa), hacia una bulimia de tipo no purgativo (severidad intermedia) terminando con el trastorno por atracón (menos severo).

Garfinkel (1995), propone una clasificación interesante de la ingesta compulsiva en donde se observa con claridad cómo un problema de ingesta compulsiva puede darse en cualquiera de los trastornos descritos:



Fuente: Clasificación de las ingestas compulsivas, Garfinkel, 1995

2.3. INVESTIGACIONES REALIZADAS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

2.3.1. Prevalencia, género, peso y etnicidad

En la actualidad existe muy poca investigación acerca del trastorno por sobre ingesta compulsiva, debido a que hasta hace poco se incluyó en el DSM-IV como objeto de futuros estudios (Mitchell et al., 2008). El trastorno por sobre ingesta parece ser común entre sujetos que asisten a hospitales afiliados a programas para la reducción de peso, incluyendo las cirugías bariátricas, llenando los criterios del DSM-IV en un 30%

peso, incluyendo las cirugías bariátricas, llenando los criterios del DSM-IV en un 30% (de Zwann, et al., 2003). El trastorno por atracón es más común en la población en general que la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, con una prevalencia del 2% (Westenhöfer, 2001; Striegel-Moore y Franko, 2003; Favaro et al., 2003; Wade et al., 2006). En un estudio realizado por Spitzer y colegas (1992), solo la mitad de la muestra con sobre-ingesta era obesa (IMC \geq 27.5 kg/m²); sin embargo, Smith y colegas (1998) reportaron que la prevalencia del trastorno por sobre-ingesta entre los participantes con sobrepeso era casi el doble (2.9%) de toda la población (1.5%).

El trastorno por atracón es asociado al sobrepeso y a la obesidad como lo demuestran los resultados de estudios clínicos, comunitarios y de población (Wilfley et al., 2003).

Los datos indican que el trastorno por atracón es común tanto en mujeres blancas como en mujeres negras (Striegel-Moore y Franco, 2003) pero que la prevalencia es significativamente más alta en mujeres blancas (2.7%) comparada con las mujeres negras (1.4%), lo que indica que la raza juega un rol importante en este trastorno. En un estudio comunitario se encontró que las mujeres negras estaban mucho más pesadas y reportaban atracones más frecuentes, sin embargo ellas misma reportaron menos preocupaciones acerca del cuerpo, la figura y la comida; y tendían a tener menos historia de bulimia que las mujeres blancas con trastorno por atracón (Pike et al., 2001). Las diferencias culturales en la aceptación de un cuerpo más grande podría explicar el nivel bajo de distorsiones corporales en las mujeres negras. Las mujeres hispanas parecen tener tasas comparables del trastorno por atracón con las mujeres blancas (Fitzgibbon et al., 1998), sin embargo la prevalencia en individuos hispanos no es conocida.

Las estimaciones disponibles son que las mujeres tienen aproximadamente 1.5 veces más probabilidades de tener trastorno por atracón que los hombres (Spitzer et al., 1992, 1993b; Wilson et al., 1993). Pocos estudios se han enfocado en diferencias de género en pacientes con trastornos por atracón (Barry et al., 2002; Lewinsohn et al., 2002). Los hombres que experimentan este trastorno no difieren de las mujeres que también lo presentan en un amplio rango de índices de imagen corporal, conducta con las

dietas y estrés psicológico asociado al trastorno. Sin embargo, estudios han encontrado una mayor tasa en el abuso de sustancias en hombres. También hay evidencia de que las mujeres presentan mucha más insatisfacción de su imagen corporal, desean mucho más ser delgadas y son más propensas a comer en respuesta a emociones negativas que los hombres; mientras que ellos son más propensos a reportar angustia por comer en exceso (Mitchell et al., 2008).

En Panamá, no existen estadísticas sobre este trastorno, pero sí existen datos sobre la prevalencia de la obesidad en el país. Como ya lo había citado anteriormente, alguien que padece de obesidad no necesariamente tiene que padecer del trastorno por atracón, pero estos datos podríamos usarlos de referencia para tener una idea de cómo podría estar el trastorno por atracón en Panamá. Más adelante, en la sección de Trastorno por Atracón y Obesidad, hablaré con más detalle sobre la estadística de esta enfermedad.

2.3.2. El Trastorno por atracón y estudios realizados en la teoría psicodinámica

Después de haber realizado una amplia búsqueda sobre las investigaciones realizadas sobre el trastorno por atracón bajo el paraguas de la teoría psicodinámica, puedo concluir que existe muy poca evidencia investigativa en este campo. Como Kathryn Zerbe afirma (2008): “La bulimia nerviosa ha sido estudiada menos extensamente que la anorexia nerviosa debido a que ha sido prevalente solo desde los 1970s., y el trastorno por atracón solo está siendo tomado en cuenta desde la década de los 1990s.”, por tal motivo aún queda mucho por estudiar y aprender sobre este trastorno en particular.

Mientras que gran parte de las empresas terapéuticas que tratan con trastornos de la alimentación están centradas en las tradiciones cognitivo-conductuales, los modelos teóricos y de investigación han tendido a moverse hacia otras direcciones. Los avances en la psicología del desarrollo, las investigaciones en el desarrollo del niño, trauma, apego, los nuevos conceptos sobre el desarrollo de la personalidad y los conceptos más nuevos

en psicoanálisis han contribuido a la evolución de una nueva y diferente entidad: la de la regulación del *self* o sí mismo en general y la regulación del afecto en particular (Skarderud, 2009).

Allan Shore (1994), ha producido un trabajo imprescindible en la neurobiología de la regulación y de la desregularización del afecto lo cual ha dado pie a que se manejen conceptos nuevos como el de la *mentalización* (Bateman y Fonagy, 2006), modelo que explica la capacidad para entenderse a sí mismo y a los otros como clave determinante de la organización del *self* y la regulación del afecto, la cual es adquirida en las relaciones de apego tempranas. Estos teóricos plantean que los trastornos de la alimentación, entre ellos el trastorno por atracón, son producidos por fallas en la regulación del afecto y por ende en la capacidad para mentalizar.

Se pueden citar estudios puntuales como por ejemplo el estudio de Cynthia Patton (1992), en el cual se confirmó la hipótesis psicoanalítica de que el atracón era una defensa inconsciente al miedo al abandono. Broberg et al (2001), encontró que la severidad de cualquier trastorno de la alimentación estaba relacionada con el fallo en el apego seguro y los problemas interpersonales.

Skarderud (2007), realizó una investigación muy interesante en anoréxicas entre 16 y 35 años en donde a través de entrevistas clínicas ellas describían cómo concebían las relaciones mente-cuerpo en sus propias vidas. Los resultados de dicha investigación mostraron que existe un “rol simbólico del cuerpo” en el cual las experiencias corporales correspondían a emociones. Esto sugirió que en estos casos existe una capacidad simbólica reducida y una función reflectiva dañada, como un rasgo psicopatológico central de este trastorno. A pesar de que esta investigación se circunscribe a la anorexia, considero muy importante mencionar este estudio pues los resultados encontrados también pueden explicar en parte cómo a través del atracón, la persona simboliza o trata de regular sus emociones igual que la paciente anoréxica.

2.3.3. Estudios realizados en psicoterapia de grupo

Durante la pasada década, investigadores han explorado distintos enfoques psicoterapéuticos de grupo para el tratamiento del trastorno por atracón. Las psicoterapias que más se han estudiado y utilizado para el manejo de este trastorno son la cognitivo – conductual, la psicoterapia conductual dialéctica, el tratamiento conductual del peso y la psicoterapia interpersonal; siendo la psicoterapia cognitivo – conductual la más usada y conocida ya sea utilizada en grupos o a nivel individual (Mitchell et al, 2008). Son raros los estudios psicodinámicos dedicados al tema de los trastornos por atracón, sin embargo sí se han hecho estudios en el tratamiento de la bulimia y anorexia que han contribuido a realizar nuevos enfoques y técnicas en el tratamiento de este trastorno.

En Panamá solo se encontró una investigación dedicada al tema realizada por Itzel Alvarado (2003), en donde se aplicó una terapia de grupo psicoeducativa preventiva a pacientes que presentaban síntomas de algún trastorno de alimentación, logrando una disminución de los síntomas asociados a diferencia de los que no recibieron tratamiento

Desde 1990 diversos investigadores de enfoques que van desde la terapia cognitiva-conductual hasta la psicoterapia psicodinámica interpersonal, han puesto a prueba la efectividad de la psicoterapia de grupo para el trastorno por atracón, pero aún se desconoce mucho al respecto.

Una de las investigaciones que llamó mi atención, debido a que tenía un contenido psicodinámico fue la de Tasca y colaboradores (2006), quienes realizaron una investigación con 135 pacientes con trastorno por atracón (*BED “Binge Eating Disorder”*) en donde fueron asignados aleatoriamente a dos grupo control y dos experimentales en donde un grupo experimental recibiría 16 sesiones de terapia cognitiva-conductual (GCBT) y el otro grupo recibiría otras 16 sesiones de psicoterapia psicodinámica interpersonal (GPIP). Los resultados de los dos tratamientos realizados por igual mostraron que la frecuencia de los atracones se había reducido en comparación con el grupo control en lista de espera. Después de doce meses de seguimiento se observó que la frecuencia de los atracones se había mantenido así como otras variables.

Para las mujeres que completaron la psicoterapia de grupo psicodinámica interpersonal, los atracones post tratamiento, se asociaban a un apego ansioso aumentado. Por otro lado, las mujeres que completaron psicoterapia de grupo cognitivo-conductual, el apego ansioso disminuido se asoció con una mejoría de la frecuencia de los atracones.

Estos investigadores también concluyeron que el apego ansioso-rechazante se relaciona con el abandono de la psicoterapia de grupo cognitivo-conductual. Aunque ambas terapias reducen el atracón, los resultados indicaron que las diferencias individuales a través de tratamientos hacen que varíen los resultados dependiendo del tipo de apego y su intensidad.

Mitchell et al (2008), concluyeron que diferentes enfoques psicoterapéuticos eran efectivos en la reducción o eliminación del atracón en algunos pero no en todos los individuos con trastorno por atracón, al menos en el corto plazo, con una respuesta variable después de un año de tratamiento. Factores como el nivel de atracón de los participantes, el marco del tratamiento y su duración eran importantes en la interpretación de los resultados de estos estudios psicoterapéuticos. Según ellos, estudios adicionales sobre combinación de tratamientos, nuevos enfoques de tratamiento o aumentar los tratamientos estándar y las intervenciones psicoterapéuticas en diferentes etapas del tratamiento son muy necesarias.

3. ACTUALIZACIONES FUNDAMENTALES DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

3.1. Factores de riesgo psicosociales del trastorno por atracón

Comparado con mujeres que no sufren del trastorno por atracón u otros trastornos psiquiátricos, las mujeres que sufren del trastorno por atracón revelaron haber estado expuestas a experiencias adversas en la niñez como el abuso físico y sexual, *bullying* y problemas familiares (p. ej., desórdenes psiquiátricos de los padres, criticismo parental, falta de afecto, poca participación de los padres en la vida de sus hijos o sobreprotección) (Fairburn et al, 1998; Fonagy y Bateman, 2009).

También la auto-evaluación negativa y la timidez parecen aumentar el riesgo de padecer este trastorno y el haber estado expuesto a factores de riesgo como la obesidad (p. ej., obesidad infantil, comentarios críticos de la familia acerca de la figura, el peso y el comer), sin embargo comparado con la bulimia nerviosa, los factores de riesgo para el trastorno por atracón son más débiles (Mitchell et al, 2008).

Striegel-Moore y colegas (2003), reportaron una historia de abuso sexual asociada al trastorno en una muestra comunitaria de mujeres blancas y negras. Interesantemente, la historia de abuso sexual era significativamente más común en mujeres negras (66%) comparada con las mujeres blancas (23.8%) con trastorno por atracón.

Estos factores mencionados anteriormente además del volverse mujer, el rechazo y la demanda del perfeccionismo hacen que se *obstaculice la mentalización*, a través de la distorsión de las cogniciones, la desregularización del afecto y la desorganización de la estructura del *self*, desarrollándose entonces un trastorno de la alimentación (Fonagy, 2009), entre ellos el trastorno por atracón.

3.2. Psicopatología asociada al trastorno por atracón

Los trastornos de alimentación están acompañados de problemas psiquiátricos como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias y trastorno de personalidad borderline (Zerbe, 1995).

Los pacientes con trastorno por atracón son muy similares a los pacientes con anorexia y bulimia en términos de su nivel de actitudes disfuncionales respecto a la alimentación y las ideas sobrevaloradas sobre el peso y la figura.

En muestras clínicas, investigadores han encontrado niveles significativos altos de psicopatología en pacientes obesos diagnosticados con el trastorno por atracón en relación a obesos sin el trastorno, pero no más altos que en pacientes con bulimia nerviosa. Esta psicopatología incluye resultados muy altos en depresión y ansiedad, desorden de pánico, cualquier fobia y dependencia del alcohol, alta frecuencia en

pensamientos automáticos negativos, una prevalencia alta en conductas impulsivas e ira (Bulik et al., 2002., Fassino et al., 2003).

Pacientes obesos con trastorno por atracón también reportaron una baja autoestima significativa y un sentimiento de poca eficacia, comparados con los obesos sin el trastorno (de Zwann et al., 1994 y Miller et al., 1999).

Varios estudios han evaluado la alexitimia en pacientes obesos con trastorno por atracón. La alexitimia es el término utilizado para describir el rasgo de personalidad caracterizado por la inhabilidad para sentir y expresar las emociones. Pinaquy et al., (2003), encontró que este rasgo estaba elevado en algunos de estos pacientes pero no en todos. También encontró que existe una relación entre el comer emocional y los rasgos de personalidad alexitímicos, los cuales se observaron más fuertes en los hombres obesos que en las mujeres (Larsen et al., 2006; Pinaquy et al., 2003). En conclusión el episodio de atracón es usado para regular el afecto.

Con relación a los trastornos de personalidad asociados al trastorno por atracón, estudios sugieren que los trastornos de personalidad más comunes encontrados en los trastornos por atracón, son el trastorno de personalidad por evitación, el obsesivo-compulsivo y el trastorno de personalidad borderline (Mitchell et al., 2008).

Fonagy, Somerfeld y Skarderud (2009), afirman que el trastorno de personalidad borderline es el trastorno del Eje II del DSM-IV con mayor prevalencia de comorbilidad en los trastornos de alimentación, siguiéndoles el trastorno por evitación y luego el trastorno obsesivo-compulsivo.. Sostienen que el atracón, asociado a la bulimia y al trastorno de sobre ingesta tiene que ver con rasgos impulsivos de personalidad y una afectividad inestable.

En las personas con trastornos de la alimentación ha aumentado la aparición de trastornos de la personalidad, del 21 al 97% (Westen & Harnden-Fischer, 2001; citados en Fonagy, 2009) y en las personas con trastornos de la personalidad ha aumentado la aparición de los trastornos de la alimentación (Dolan, Evans.& Norton, 1994, citados y Somerfeld y Skarderud, 2009), debido a que existen mecanismos subyacentes en los

trastornos de la personalidad que crean vulnerabilidad para los trastornos de la alimentación.

3.3. La psicología de la salud y la obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no solo la ausencia de enfermedades o padecimientos” (Organización Mundial de la Salud, 1948). Esta definición nos lleva directamente al tratamiento de cualquier enfermedad física desde un modelo bio-psico-social en el cual se reconoce la importancia de los aspectos micro y macro nivel en la producción de la salud y enfermedad (Taylor, 2007).

Según la OMS (2006), la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, la cual se ha asociado con el riesgo de padecer enfermedades graves como la arterioesclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II, los padecimientos de la vesícula biliar, la artritis, la dislipidemia, el reflujo gastroesofágico, la apnea del sueño, anomalías hormonales, cáncer y la insuficiencia cardíaca.

Debido a que pueden existir influencias psicológicas en el desarrollo de la obesidad que son importantes de entender, la psicología de la salud promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables y lograr el control del peso (Taylor, 2007).

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

En Panamá, la epidemia de la obesidad no se ha quedado atrás. Según la OMS, en el 2005 existía una prevalencia del 19.8% de obesidad mórbida en mujeres y un 8.8% de

obesidad mórbida en hombres (IMC>30). Para el 2015, se estima que esto va aumentar a un 24.7% en mujeres y a un 11.2% en hombres.

Es muy importante saber qué tan frecuentemente el trastorno por atracón coexiste con la obesidad pues no siempre los pacientes que sufren de obesidad padecen del mismo (Mitchell et al, 2008). Desde hace tiempo se sabe que las tasas de atracones de comida aumentan con el aumento de adiposidad (Telch y Agras, 1996). Por otra parte, el trastorno por atracón parece estar asociado con la aparición temprana de la obesidad (Mussell et al., 1995).

La mayoría de las clínicas en Estados Unidos que tratan individuos con trastorno por atracón, reportan que esos individuos presentan varios grados de obesidad y típicamente tienen largas historias de dietas repetidas (American Psychiatric Association, 2003). De hecho la mayoría de los estudios clínicos de trastornos por atracón, incluyen principalmente o exclusivamente personas con sobrepeso.

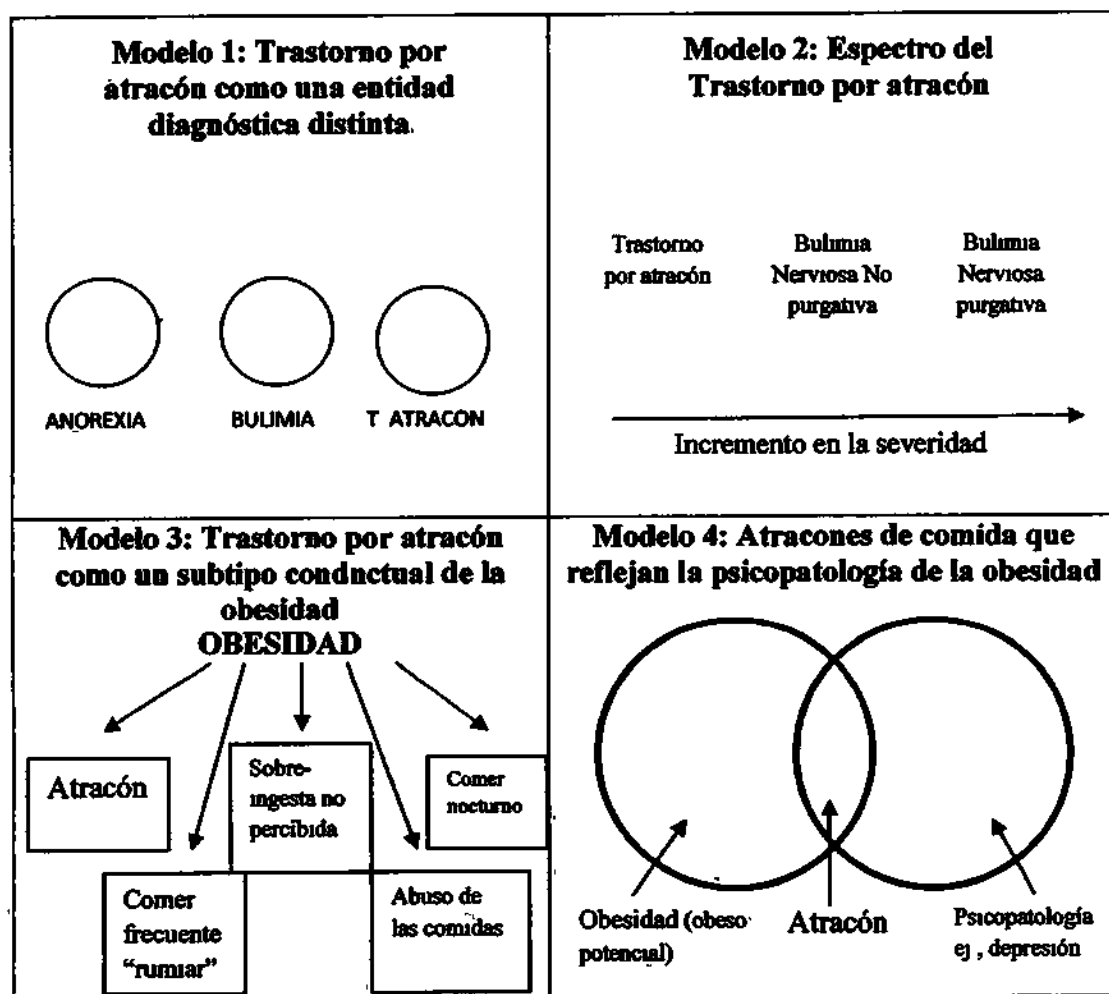
Los individuos obesos con trastorno por atracón presentan un reto para los clínicos debido a que su desorden no se limita a una sola dimensión. De hecho estas personas sufren de una constelación de dificultades que incluyen aspectos *fisiológicos* (por ejemplo la obesidad), la *conductual* (por ejemplo el trastorno por atracón) y la *psicológica* (por ejemplo estrés relacionado con la figura y el peso, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, etc.). Esta constelación de dificultades podemos encuadrarlas dentro del modelo bio-psico-social de la psicología de la salud explicada anteriormente y el tratamiento debe dirigirse hacia cada uno de estos aspectos.

3.4. El trastorno por atracón y la obesidad

Dependiendo de lo que se ha identificado como la característica clínica del trastorno por atracón, el enfoque para el tratamiento y la evaluación de los resultados del mismo puede variar en gran medida. Si el énfasis es puesto en la obesidad y el trastorno por atracón es visto sólo como un medio de llegar a ser o permanecer obeso, entonces el tratamiento debe abordar el peso y por ende cualquier tratamiento en el que no se pierda

un peso significativo terminará viéndose como inefectivo. Igualmente cualquier énfasis teórico en la conducta del atracón o en el estrés psicológico asociado al atracón lleva consigo sus propias implicaciones muy prácticas para el tratamiento y la evaluación de los resultados del tratamiento.

Con el fin de entender las características clínicas de los obesos que tienen el trastorno por atracón; a continuación se presentan cuatro modelos teóricos para el trastorno por atracón y obesidad, formulados por Devlin, Goldfein y Dobrow (2003):



Fuente: Modelos del trastorno por atracón, de Devlin, Goldfein y Dobrow (2003)

Los modelos 1 y 2 hacen énfasis en el trastorno por atracón y no requieren la presencia de la obesidad. Los modelos 3 y 4 son particularmente relevantes al tema de la obesidad y el trastorno por atracón, porque los dos incluyen a la obesidad como una característica explícita del síndrome. El modelo 3 ve al trastorno por atracón como un subtipo de comportamiento potencialmente significativo de la obesidad, relegando al trastorno por atracón a un rol de patrón de conducta que contribuye al desarrollo o mantenimiento de un estado de sobrepeso.

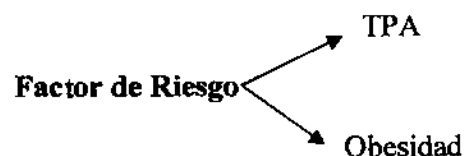
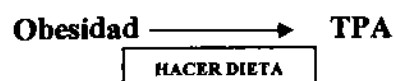
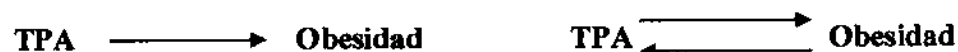
Existe evidencia que sugiere que los atracones contribuyen a la obesidad, sin embargo existe muy poca evidencia de que los tratamientos para el trastorno por atracón produzcan una significativa pérdida de peso (aunque esto sí mitigue el seguir aumentando de peso) por tal razón es difícil afirmar al 100% que el trastorno por atracón es un subtipo de conducta de la obesidad (Devlin et al, 2003). Sin embargo en la medida en que los atracones contribuyen a la aparición de la obesidad, la identificación oportuna y el tratamiento, pueden jugar un rol importante en la prevención de la obesidad.

El modelo 4 ve el trastorno por atracón como un fenómeno que emerge cuando la obesidad o el obeso potencial se superponen con una o varias características psicológicas como la depresión, un temperamento impulsivo o un estrés relacionado con el peso y la figura. Debido a estas circunstancias, de acuerdo a este modelo, un individuo puede desarrollar un trastorno por atracón que, sin embargo, no es tanto un problema en sí mismo, ya que es un reflejo de un problema más profundo. Las implicaciones de tratamiento deben entonces ser enfocadas a los problemas de fondo y no al síntoma (el atracón).

Considero que de los cuatro modelos el #4 es el que más encaja en la presente investigación, ya que, al usar los modelos psicodinámicos que se explicarán más adelante, lo que se está buscando, a través del tratamiento, es el poder manejar los problemas de fondo que llevan al atracón con el fin de que al identificarlos, se reduzca el síntoma, más que enfocarse en el síntoma en sí.

Una de las preguntas más comunes que se han hecho los investigadores de este tema es si el trastorno por atracón es la causa de la obesidad o el resultado. Para

responder a esta pregunta es importante tener claro cuáles son las relaciones de causa entre el trastorno por atracón y la obesidad. Para ello se presenta a continuación una gráfica realizada por Mitchell y colaboradores (2008), que explica esta cuestión. Se usarán las siglas TPA para nombrar al trastorno por atracón:



Fuente: Posibles relaciones de causa entre el TPA y la obesidad. Mitchell et al., 2008

Evidencia de que el TPA lleva a la obesidad

Se han realizado diferentes estudios longitudinales que han sugerido que el trastorno por atracón puede de hecho promover la ganancia excesiva de peso y la obesidad (Fairburn et al., 2000; Field et al., 2003; Hasler et al., 2004; Stice et al., 2005; Tanofsky-Kraff et al., 2006).

Otra línea de evidencia que apoya la sugerencia de que el TPA contribuye a la obesidad, proviene de los estudios hechos en tratamientos para individuos obesos con TPA. Varios estudios (Agras et al., 1997; Raymond et al., 2002; Sherwood et al., 1999; Wilfley et al., 2002), notaron que el cese de los atracones estaba asociado con una estabilidad en el peso a través del tiempo, comparado con la ganancia de peso en marcha en individuos que continuaron con los atracones.

Varios estudios en ambientes de laboratorio también han reportado que individuos obesos con TPA, comparados con individuos obesos sin TPA a la hora de presentarle comida tendían a consumir más cantidades de comida. Estos hallazgos sugieren que individuos con TPA normalmente se encuentran en un estado de balance positivo de energía (por ejemplo, el consumo de calorías es mayor que el gasto), lo que por la ley de la conservación de la energía, debe de conducir a un aumento de peso (Mitchell et al., 2008).

Otra línea de investigación sugiere que un posible vínculo entre el TPA y el desarrollo de la obesidad está en la respuesta al estrés en los sujetos que padecen de TPA. Gluck (2006), reportó que obesos con TPA comparados con obesos sin el trastorno reportaban respuestas al estrés exageradas que se manifestaban con un incremento en los niveles del hambre y el deseo de atracarse; y que también la respuesta del cortisol al estrés está relacionado con la obesidad central en mujeres con TPA. Juntando estos dos hallazgos Gluck sugirió que algunos aspectos del TPA, que ameritan más investigación, son los asociados con la reactividad exagerada al estrés, los cuales contribuyen a la subsecuente obesidad.

Evidencia de que la obesidad lleva al TPA

Algunos teóricos afirman que individuos que son obesos o que tienen el riesgo de convertirse en obesos, podrían iniciar dieta como un intento de controlar su peso y entonces subsecuentemente desarrollar el trastorno por atracón. La sobreingesta puede ser la respuesta a un exagerado control rígido sobre el comer, que periódicamente da lugar a episodios de ingerir comidas descontroladamente (de Zwaan, 2001), aunque esta relación

es menos pronunciada que la relación entre el hacer dieta y la bulimia nerviosa (Fairburn et al, 2008).

Otra vía por la cual la obesidad puede aumentar el riesgo del TPA es a través del estrés asociado a la obesidad. Existe substancial evidencia de que la obesidad está asociada con un significativo estigma (Puhl y Brownell, 2001), y que ciertamente la estigmatización crónica puede estar asociada a un significativo estrés para la mayoría de estos individuos. Es bien sabido que el estrés aumenta en las personas que viven sometidas a hacer dietas crónicamente, que muchos obesos tienden a vivir en dieta y que esos obesos tienden a comer mucho más que las personas de peso normal cuando están estresados (Polivy y Herman, 1999). Por lo tanto parece probable que el estrés asociado a la obesidad podría contribuir a mantener los atracones en los individuos obesos y que esto podría promover el inicio del TPA, pero esto aún no está convincentemente comprobado.

Evidencia de que factores comunes de riesgo pueden llevar al TPA y la obesidad

Las relaciones causales entre la obesidad y el trastorno por atracón son complejas. Existen factores biológicos y genéticos que pueden llevar al desarrollo de la de la obesidad y el trastorno por atracón.

Algunas investigaciones han señalado la existencia de una irregularidad subyacente de los sistemas biológicos que regulan el hambre y los centros de saciedad y que al ser disfuncionales pueden producir sobreingesta de alimentos (Branson et al, 2003). También existen factores genéticos y alteraciones en los transmisores de proteínas que regulan la ingesta que pueden contribuir al desarrollo del TPA (Lubrano-Bertheliet et al., 2006). Para los efectos de esta investigación no entraré en el detalle de los aspectos genéticos del trastorno por atracón, ya que esta información le compete más a la parte médica del trastorno, sin embargo considero importante mencionar estos factores de riesgo como contribuyentes importantes tanto de la obesidad como del TPA.

Factores ambientales como por ejemplo un “ambiente tóxico” con comidas densas e hipercalóricas que sean variadas, disponibles y sabrosas, pueden al menos parcialmente, de forma independiente, promover tanto la obesidad como el TPA (Brownell, 2002).

De igual forma factores psicosociales (mencionados anteriormente) y psicológicos que provienen de las relaciones disfuncionales en la familia, la relación particular con la madre y/o el padre y de la relación consigo mismo, pueden también ser parte de los factores de riesgo que lleven a la obesidad y/o al TPA al usar a la comida como un calmante emocional (Despaigne, 1997).

3.5. El trastorno por atracón, la obesidad y la cirugía bariátrica

Debido al aumento progresivo de la prevalencia de la obesidad, la creciente conciencia de sus consecuencias perjudiciales para la salud y el hallazgo de que muchas de las intervenciones nutricionales, psicosociales y farmacológicas para la obesidad parecen tener un impacto marginal a largo plazo en la reducción de peso, el uso de la cirugía bariátrica ha estado creciendo dramáticamente en los últimos años y seguirá creciendo (Latifi et al., 2002).

Uno de los objetivos básicos en la mayoría de las cirugías bariátricas es el de reducir el tamaño del estómago mediante una intervención quirúrgica a modo que se pueda ingerir sólo una pequeña cantidad de alimento. Existen varias técnicas de cirugía bariátrica utilizadas en la actualidad, las más usadas son: el bypass gástrico, la manga gástrica, y la banda gástrica, las cuales no serán explicadas en esa investigación debido a que también pertenecen a temas médicos.

La cirugía bariátrica es una opción recomendada para las personas que tienen un índice de masa corporal arriba de 35 y puede también ayudar a aquellas personas no obesas que sufren de diabetes tipo 2. Muchas de las comorbilidades médicas que acompañan a la obesidad se ha demostrado que mejoran y, a veces se normalizan después de la cirugía bariátrica a menudo muy rápidamente. Debido a este éxito, expertos en obesidad se están inclinando cada vez más hacia los procedimientos bariátricos como un

tratamiento para los pacientes obesos severos que han sido incapaces de perder peso o de mantener la pérdida de peso mediante otros métodos tradicionales (Mitchell et al, 2008).

Existe una creciente conciencia de que muchos pacientes que son candidatos para la cirugía bariátrica también sufren del trastorno por atracón. Esta realidad plantea la cuestión de si la comorbilidad o no con el TPA tendría ciertos riesgos adicionales y si podría comprometer a largo plazo los resultados de la cirugía (Mitchell et al, 2008).

Varios investigadores que han examinado la prevalencia del TPA antes y después de la cirugía bariátrica llegaron a la conclusión de que el TPA parece ser un problema substancial en muchos de los pacientes que se someten a esta cirugía (Malone y Alger-Mayer, 2004; Larsen et al., 2004; Mazzeo et al., 2005., Allison et al., 2006).

A corto plazo parece haber un claro consenso de que la cirugía bariátrica “cura” el atracón, por lo menos por un período de tiempo (Dymek et al., 2001; Kalachian et al., 1999; Powers et al., 1999). Esta cura temporal puede ser probablemente atribuida al hecho de que después del procedimiento la mayoría de los pacientes se encuentran físicamente incapaces de consumir grandes cantidades de comida debido a la reducción drástica de la capacidad gástrica. Debido a esta realidad, muchos investigadores se han enfocado en el sentimiento de pérdida de control más que en la sobre ingesta objetiva como el criterio diagnóstico esencial para el problemático atracón post operatorio. Esta pérdida de control se define operacionalmente como “un patrón de repetidos episodios de consumo de cantidades pequeñas de comida por un periodo largo de tiempo, acompañado de sentimientos de perder el control” (Saunders, 2004).

Usando esta definición modificada, existe una evidencia creciente de que el TPA puede re-emergir después de la cirugía tal vez aumentando en la prevalencia en dos años o más después del procedimiento quirúrgico (Hsu et al., 1997, 1998, 2002; Kalachian et al., 2002; Lang et al., 2002; Mitchell et al., 2001). También parece haber evidencia de que existe un incremento en la pérdida de control sobre la comida entre más distante ha sido la cirugía y que ésta pérdida de control es un predictor de la ganancia de peso o de la dificultad para seguir bajando de peso (de Zwann et al., 2007).

Con todo lo anterior considero que es muy importante detectar si los pacientes que se someterán a una cirugía bariátrica padecen del TPA con el fin de brindarles herramientas psicológicas antes y después del procedimiento. Esto ayudará a garantizar el sostenimiento de la pérdida de peso a largo plazo y el logro de una mejor calidad de vida emocional para el paciente.

4. HIPOTESIS PSICODINAMICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los teóricos de diferentes tendencias han tratado de explicar y dar sentido al comportamiento extraño y la compleja vida interna de los pacientes con trastornos de la alimentación. De los tres principales derivados de la teoría psicoanalítica (Conflicto entre los impulsos, las relaciones objetales y la psicología del *self*) se han formulado diferentes teorías en las que los trastornos de la alimentación son vistos como expresiones sintomáticas que pueden ocurrir en una psique estructurada, pero que refleja un conflicto interno, o pueden ocurrir en una estructura mental poco desarrollada o incompleta y reflejar un desorden del *self*.

4.1. La comida como objeto transicional

Hilde Bruch (1973), teorizó que los trastornos de la alimentación estaban relacionados con la inhabilidad de identificar correctamente el hambre, las emociones y otros estados del cuerpo. Sospechó que podría existir una brecha afectiva en el comportamiento materno temprano con el bebé, que podría resultar, a través del desarrollo hacia la adultez, en un sentido defectuoso de la eficacia personal y la incapacidad de modular los sentimientos. Si este es el caso, los alimentos pueden ser usados para reprimir sentimientos perturbadores que permanecen en el anonimato y a la vez pueden compensar una relación importante, proporcionando una sensación auto calmante.

Para individuos que padecen del TPA, la comida puede servir como un objeto suavizante en los momentos que hay distancia emocional. Ella puede ayudar a aquellos que se sienten desconectados de sus madres a resistir mejor los sentimientos dolorosos (Zerbe, 1995). La comida entonces podría ajustarse a la definición de Winnicott (1965), del objeto transicional, como un objeto físico, como una cobija o un juguete pequeño, que calma al niño en la ausencia de su madre. En momentos de ansiedad, tristeza o angustia, la comida sirve para sofocar un espíritu débil en todos nosotros, pero en las personas con TPA, la comida puede ser más que un calmante temporal; puede ser una de sus pocas fuentes de paz y calma emocional. Comer por lo tanto, funciona como una forma de automedicación contra los sentimientos dolorosos y al hacerlo se restaura una sensación de bienestar mediante la representación de la función materna, tanto inconsciente como simbólicamente (Zerbe, 2008).

Karl Menninger, (1942/1970, citado en Zerbe 1995) escribió que inconscientemente algunas personas equiparan la comida con el amor y que comer vorazmente puede considerarse como una forma de tomar o incorporar el amor que una persona quiere, ya sea el de una figura paterna, una pareja o un terapeuta. Cuando el amor se frustra, se tiende a seguir buscando a través de usar a la comida como sustituto.

En conclusión el significado simbólico de la comida para las personas con trastornos alimenticios, entre ellos el TPA, es que esta ayuda a llenar vacíos emocionales.

4.2. La sexualidad y las transformaciones del cuerpo

Los psicodinamismos que intervienen en pacientes con anorexia, bulimia y TPA son de naturaleza muy compleja, entre ellos se destacan su íntima relación con la sexualidad y las transformaciones corporales (Persano, 2004). Durante el proceso adolescente acontecen cambios significativos en el cuerpo infantil para dar lugar a las transformaciones puberales. La pubertad o pre-adolescencia implica un cambio y una transformación del cuerpo de una manera muy significativa, ya que un cuerpo de niño se transforma en un cuerpo de adulto.

Esta etapa se caracteriza por profundos cambios estructurales, no solo corporales sino también fundamentalmente psíquicos. La metamorfosis de la adolescencia está signada también por profundas pérdidas. Es muy frecuente observar que los adolescentes durante esta etapa lloran frecuentemente, pero generalmente no saben por qué están tristes, cualquier cosa los emociona y les desencadena el llanto. En realidad están elaborando una situación compleja y complicada para el funcionamiento del aparato psíquico, que implica tolerar la pérdida de la infancia, denominado por Arminda Aberastury (1971), como “el duelo por el cuerpo de la infancia”.

Esta transformación vincular genera situaciones conflictivas muy importantes, y la manera en que esta adquisición de la pubertad es tolerada por la familia y por la propia niña, posibilitará que el desarrollo transcurra por carriles adecuados o no. Son indicadores de un cambio psíquico en la joven, una mayor autonomía, el pudor y la vergüenza que acompañan a los cambios corporales.

En el caso de pacientes con anorexia observamos frecuentemente que el pasaje puberal resulta conflictivo y que presentan generalmente una regresión al cuerpo de la infancia, en casos severos la regresión adquiere inclusive una dimensión somática, con presencia de lanugo y con pérdida de los caracteres sexuales secundarios. Estas pacientes viven de una manera extremadamente conflictiva el arribo de la sexualidad adulta. En algunos casos hay un severo rechazo a la adquisición de la feminidad (Persano, 2004).

De igual forma en pacientes que llegan a la obesidad padeciendo el TPA, las capas de grasa que se ponen alrededor del cuerpo pueden ser, al igual que en la anorexia, una forma de esconder las curvas que trae el nuevo cuerpo de mujer que empieza a emerger en las etapas puberales. Atracarse también puede servir para mantener a otros a distancia. La grasa corporal tiene una función protectora. La ansiedad y la culpa que se asocia con la propia sexualidad o la expresión pública del odio, pueden verse menos peligrosas cuando se rodean de una capa protectora de tejido graso (Zerbe, 2008).

4.3. El sentido de los síntomas

Freud planteó que los síntomas tienen un sentido que resulta inconscientemente oculto. Todo síntoma procede del conflicto de desear y detestar algo al mismo tiempo. El

Yo lo rechaza porque es desagradable, pero a la vez desea que se realice. El síntoma expresaría esta condición insoportable. El deseo se disfraza en el síntoma. Los síntomas se manifiestan en el plano psicológico (fobias, obsesiones, ideas paranoicas etc.), como en el plano corporal: muchos malestares somáticos nos hablan de sufrimientos psíquicos que no pueden resolverse más que por una manifestación en el cuerpo (Menéndez, 2007).

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por síntomas específicos que comprometen a la alimentación. Estos síntomas son los aspectos visibles de la patología; el sentido que ellos ocultan es altamente subjetivo y depende de las historias individuales de cada sujeto (Persano, 2004). Es por ello que los trastornos de la alimentación son considerados en sí mismos una estrategia de afrontamiento por excelencia. Viéndolo de esta manera, nos ayuda a entender cómo los síntomas están siendo usados para adaptarse a dificultades internas y externas (Zerbe, 1995). Estas normalmente tienen que ver con historias en la niñez de abuso físico y sexual; y las vivencias de trauma agudo y crónico como las separaciones prolongadas de los cuidadores principales y la negligencia de los padres.

El hecho de que los síntomas se desarrollen años después, es explicado a través del concepto de la *resignificación a posteriori*, ya que la sintomatología se presenta mucho después que el momento en que se ocasionó el episodio traumático. Este fenómeno sucede porque la significación que él o la joven le otorga a ese episodio es muy diferente luego de la pubertad, es decir luego que acontecieron los cambios corporales y la sexualidad adolescente y que dieron lugar a la transformación psíquica (Persano, 2004).

4.4. Los trastornos de la alimentación vistos como un ataque al cuerpo

Para Otto Kernberg (1998), los aspectos psicodinámicos de los trastornos de la alimentación reflejan un ataque al propio cuerpo el cuál es sentido como un enemigo potencial. A continuación se desarrollan sus ideas en cuatro hipótesis centrales:

1. El ataque al propio cuerpo representa una relación de objeto internalizada, donde la parte de la personalidad que ataca a través de no comer y dañar al cuerpo, es en general, un aspecto del sí mismo de la paciente, y el otro aspecto obedece a una

identificación inconsciente con un objeto de naturaleza sádica; se trata de una identificación doble. El cuerpo representa ese objeto odiado al que hay que atacar y destruir y al mismo tiempo, el sí mismo proyectado es víctima de ese ataque.

2. Un ataque inconsciente a la representación de la madre: Debido a severas perturbaciones en la relación materno-infantil el cuerpo que representa a la madre, es atacado, pero al mismo tiempo inconscientemente el cuerpo también representa el sí mismo que también es atacado por la madre, de modo que un aspecto de la paciente que ataca es el sí mismo que ataca a la madre simbolizada por el cuerpo, como también simultáneamente lo opuesto, la madre sádica que ataca al sí mismo identificada con el cuerpo. Se trata siempre de aspectos dobles ligados a fenómenos de escisión. Una vez, que se comprende esta compleja dinámica inconsciente, se adquieren herramientas muy claras para su utilización durante el tratamiento psicoterapéutico.
3. Un ataque inconsciente a la femineidad podría estar originado por un profundo resentimiento hacia la identificación con la figura de la madre o a la prohibición de una relación edípica con un hombre. Este conflicto se observa especialmente en aquellos casos en que existe una difusión de identidad de tipo sexual, es decir, una incertidumbre profunda acerca de si es hombre o mujer. Estos ataques a la feminidad pueden representar desde un conflicto específicamente edípico ligado a la sexualidad como también un aspecto de naturaleza estructural muy profundo; que implica una dificultad para identificarse con su propio género; por lo tanto el síntoma puede representar una gravedad de naturaleza muy variable.
4. En otros casos, también, representa la expresión de un deseo de autonomía. A través de la autosuficiencia, se evita involucrarse en relaciones interdependientes o relaciones sexuales, las cuáles son evitadas por el temor a desarrollar una relación de extrema dependencia. En muchos casos, se trata de una regresión frente a conflictos graves de naturaleza sexual debidos a experiencias tempranas de maltrato físico y abuso sexual e incesto. Muchas veces, el maltrato hacia el propio cuerpo, en el cual deviene inconscientemente un cuerpo grotesco (como en el caso de la obesidad causada por el TPA), representa al mismo tiempo, una forma de gratificación sexual de naturaleza oral, que reemplaza el gratificarse

sexualmente en forma genital. También está al servicio de evitar toda posibilidad de atracción femenina para el hombre.

Para Kernberg (1998), tanto en la bulimia como en la anorexia, pero muy especialmente en la anorexia, se encuentran las condensaciones típicas de conflictos pre-edípicos y edípicos, que es una característica de las estructuras de personalidad de tipo límitrofe.

4.5. Los trastornos de la alimentación y las relaciones objetales

Gianna Williams (1997), psicoterapeuta de la Clínica Tavistock en Londres, magistralmente desarrolló una teoría basada en el modelo de los procesos proyectivos e introyectivos de Melanie Klein y la teoría de Bion acerca de la importancia del contenedor y el contenido, en la que aclara la psicodinámica de estos procesos en el contexto de deterioro de las relaciones de dependencia y de los trastornos alimenticios en hombres y mujeres.

En su libro *Internal Landscapes and Foreign Bodies*, Williams (1997), comenta que en “Envidia y Gratitude” (1957), Melanie Klein dio una linda definición del proceso en el que se provee del “tejido conectivo” a la personalidad. La base de un sentimiento de integración, continuidad y seguridad interna, es la consecuencia de la introyección de un objeto que ama y que protege el *self* y un objeto que es amado y protegido por el *self*.

Cita que Bion desarrolló la teoría haciendo hincapié en la función de este objeto introyectado, que hace que esencialmente los sentimientos puedan ser pensados, entendidos y por lo tanto tolerados. Él describió que para tener un desarrollo emocional sano, era necesario tener la experiencia de un objeto parental (casi siempre la madre) que pueda recibir un grupo de sensaciones, sentimientos e incomodidades que el niño no pueda darles nombre y por lo tanto no pueda pensar. La función de este objeto Bion lo define como la *función alpha o reverie*. Esta función es aquella que le da un significado a los sentimientos del bebé, los mantiene en mente y hace pensables esos sentimientos. Es

necesario que para que se cumpla esta función, el objeto parental debe de estar disponible para tolerar el dolor psíquico que el niño no puede tolerar por sí mismo. Después de repetir varias veces la experiencia de ser contenido, dicha función es internalizada y en la medida en que va creciendo gradualmente maneja mejor su propia ansiedad dentro de su propio espacio mental.

Bion describe el proceso que toma lugar cuando el objeto es inmune y no está abierto a recibir las proyecciones. Las proyecciones que no han sido aceptadas regresan hacia el infante, como él llama "*nameless dread*" o un pánico sin nombre.

Williams, al tratar con pacientes con Trastornos de Alimentación, desarrolló un particular interés en la calidad del proceso de introyección, en particular en la *función omega* con el fin de hacer hincapié en cómo esta característica es el opuesto del espectro la de la función *alpha*.

La función Omega se deriva de la introyección de un objeto que no solo es inmune, sino que también se desborda en proyecciones. Así como la introyección de la función *alpha* sirve para establecer vínculos y organizar estructuras, la introyección de la función *omega*, tiene el efecto opuesto interrumpiendo y fragmentando el desarrollo de la personalidad.

Esta introyección de la función *omega* está relacionada con el apego desorientado y desorganizado que Mary Main sugirió en 1990. Los niños que desarrollan este tipo de apego han sido expuestos a experiencias con sus padres en los que ellos mismos sufrieron trauma en sus vidas y también fueron asustados, es decir, tuvieron padres "*frightened o frightening*". Desde una perspectiva psicoanalítica, padres "*frightened o frightening*" son aquellos que proyectan la ansiedad en vez de contenerla.

En los intentos de rechazar la introyección desorganizadora de la función *omega*, la persona puede desarrollar un trastorno de la alimentación. Este rechazo toma la forma de dificultades en la alimentación serias.

En algunos casos, para los objetos parentales era imposible contener las proyecciones de ansiedad, en particular aquellas que tenían que ver con *el temor del*

infante de morir, definido por Bion como la más primitiva y crucial ansiedad del bebé. A veces cuando los padres tienen duelos no resueltos y no trabajados entran en un estado mental en donde se hace muy difícil aceptar las ansiedades de su hijo referentes a la muerte, y establecen entonces un proceso en el que se le refuerza al niño las ansiedades acerca de la muerte. El niño no solo no es contenido sino que se convierte en el receptáculo de las proyecciones parentales. A esto Gianna Williams le llama la “Reversión de la Función de Contención”.

Cuando un niño ha sufrido de la falta de un cuidador consistente, estable y con capacidad para sostener sus necesidades emocionales y sus ansiedades, a menudo su funcionamiento mental aparece perturbado y en ocasiones, aparecen defensas denominadas por Gianna Williams (1997), como modalidades de rechazo o “no entry” (no entrada), lo cual empobrece el funcionamiento psíquico. Las mismas se observan, no sólo como una conducta de rechazo hacia la comida, sino como una verdadera organización psíquica defensiva, en torno al impedimento para el ingreso de cualidades psíquicas al aparato psíquico. Es común observar este nivel de funcionamiento en niñas que posteriormente desarrollan anorexias mentales severas. Gianna Williams afirma:

“Una sintomatología dominada por una cualidad de “no entre” puede representar un sistema defensivo desarrollado por un niño quien ha sido percibido (en su niñez temprana) para ser invadido de proyecciones. Estas proyecciones pueden ser experimentadas como cuerpos extranjeros persecutores. El síndrome de “no entre” realiza la función defensiva de bloquear el acceso a cualquiera amenaza de entrada que pueda ser vivida como intrusiva y persecutoria”.

Williams (1997), también definió como una modalidad “porosa” del funcionamiento del aparato psíquico a aquél nivel de actividad mental caracterizado por la incapacidad para contener ideas, pensamientos y emociones. Esta dificultad evidencia una perturbación de la función mental como un reservorio o como un continente psíquico. Muchas veces, los síntomas que se expresan a través de fenómenos evacuatorios, manifiestan su relación con la incapacidad para ser pensados y sostenidos en el mundo interno. La modalidad denominada “porosa” del aparato psíquico, es permeable tanto para el ingreso como para la expulsión, y no sólo lo es para los alimentos, sino también

para los contenidos psíquicos; los cuales no pueden ser alojados en el continente de la mente, en los términos planteados por Bion. Por lo tanto, tienen el destino de la evacuación psíquica a través de la expulsión de los elementos β (*beta*), como él denominó a aquellos elementos que no pueden ser pensados.

Las pacientes anoréxicas con conductas alimentarias restrictivas utilizan frecuentemente defensas en torno al rechazo "*no entry*"; en tanto que los sujetos que utilizan conductas purgativas, ya sea con presentaciones clínicas de anorexia o bulimia, y conductas alimentarias caracterizadas por atracones, presentan una organización porosa del aparato psíquico. Al no poder contener los pensamientos en el espacio psíquico están, en consecuencia, mucho más expuestos a aquellas conductas ligadas a la impulsividad, tanto referidas a la incorporación como al rechazo, de experiencias, relaciones, ideas, vivencias, recuerdos o cualquier forma de cualidad psíquica. Es esperable pensar que este tipo de funcionamiento mental responda a patrones arcaicos de la organización psíquica y, por lo tanto, se corresponden con conductas que ellos/as poseían cuando eran bebés o niños (Persano, 2004).

4.6. Los trastornos de la alimentación como desórdenes del self

Hilde Bruch es probablemente una de las figuras de más influencia en el campo psicodinámico de los trastornos de la alimentación en los últimos 50 años, quien desarrolló nuevas visiones, entendimientos y conceptualizaciones sobre esta psicopatología. Como pionera de teorías que explican los trastornos de la alimentación, ha sido tomada como fuente de referencia por muchos teóricos con inclinaciones psicodinámicas para desarrollar teorías contemporáneas que han llevado a la luz nuevos entendimientos sobre estos trastornos y nuevas herramientas para su tratamiento.

Uno de ellos, Skarderud (2009), psicoanalista noruego especialista en trastornos de la alimentación, afirma que la mayor contribución de Bruch fue la definición de un modelo descriptivo y teórico de los trastornos de la alimentación severos como trastornos

del *self*. Para ella la génesis de estos trastornos se situaba en un déficit en el desarrollo de la organización del *self* psicológico. O como ella misma escribió en 1988:

“Expresiones de la deficiencia en el desarrollo general, se manifiestan en la inexactitud en la percepción y el control de las sensaciones corporales, la confusión de los estados emocionales, falta de precisión en el lenguaje y el desarrollo de los conceptos, y un gran temor a la desaprobación social. La búsqueda incesante de la delgadez puede ser concebida como un esfuerzo para camuflar los problemas subyacentes”.

Bruch estuvo profundamente comprometida en encontrar las razones emocionales de los trastornos de la alimentación, más que en las cogniciones y conductas que acompañaban al trastorno; en el sentido de elaborar significados para los síntomas junto con sus pacientes. Según su perspectiva, más allá de trabajar con la idea del peso y la figura, esta debería de ser entendida como una manifestación de un desorden del *self* subyacente. Entonces estas deficiencias subyacentes deberían de ser el foco de la terapia.

Bruch (1962), observó que las pacientes anoréxicas manifestaban dificultades en la precisión en percibir o interpretar los estímulos que provenían del cuerpo como el hambre y la saciedad así como la fatiga y la debilidad como signos fisiológicos de malnutrición. En adición, ella observó que estas pacientes experimentaban sus emociones de una manera desconcertante y que frecuentemente eran incapaces de describirlas. Estas desconexiones entre lo fisiológico y las emociones son comúnmente conocidas como alexitimia. La alexitimia es una característica común a todos los trastornos de la alimentación, entre ellos el TPA.

La falta de conciencia de las experiencias internas y el fallo en confiar en los sentimientos, pensamientos y las sensaciones corporales que guían a la conducta, pueden contribuir a desarrollar un abrumador sentido de ineffectividad y falta de conciencia general de la propia vida (Bruch, 1962, 1973). Esto se presenta clínicamente en el esfuerzo del paciente en compensar estos déficits a través del control de la comida.

Skarderud (2009), revisó los conceptos de Bruch y los aplicó a los nuevos descubrimientos y avances hechos en la psicología del desarrollo, las investigaciones sobre el apego infantil, los nuevos conceptos del desarrollo de la personalidad, las

neurociencias y los nuevos conceptos del psicoanálisis; los cuales han contribuido a la evolución de una entidad diferente: la de la regulación del *self* en general y la regulación del afecto en particular.

Lo que Bruch originalmente describió como deficiencias en el procesamiento mental hace más de cuarenta años, en la actualidad Anthony Bateman y Peter Fonagy (2006), le han dado el nombre de deficiencias en la mentalización, a la luz de las nuevas investigaciones encontradas en el campo de la biología de los procesos mentales. En la teoría de la mente la mentalización es definida como la habilidad para entender los sentimientos, cogniciones, intenciones y significados de sí mismo y de otros, es decir, la mentalización es la capacidad para entenderse a sí mismo y a otros; y es la clave determinante para la organización del *self* y la regulación del afecto; la cual es adquirida en las relaciones de apego tempranas.

El foco en el apego es congruente con el modelo de desarrollo de Bruch sobre la falta de sintonía entre las necesidades innatas del niño y las respuestas del cuidador. En la terminología contemporánea de la psicología del desarrollo y el psicoanálisis, esto podría ser descrito como el “*mirroring*” incongruente (Fonagy et al, 2002). El “*mirroring*” es el acto de la madre de reflejarle al niño de forma digerida su ansiedad, lo cual hace que este pueda organizar su experiencia y pueda así saber lo que él está sintiendo. Cuando el “*mirroring*” falla es cuando la experiencia de la emoción que la madre refleja es demasiado cerca o demasiado lejos de lo que el infante está expresando. Esto produce que la percepción de sí mismo se convierta en una fuente de terror más que de calma, perdiéndose entonces el potencial para simbolizar y comprometiéndose el desarrollo sano del *self*. Winnicott (1962, citado en Fonagy et al., 2002), ya había reconocido esta situación al afirmar que el *self* psicológico se desarrollaba a través de la percepción de uno mismo en la mente del cuidador a través de la función de espejo de la madre.

Al perder la capacidad para simbolizar y contener la experiencia se da la desregularización del *self*, pudiéndose desarrollar un trastorno de alimentación en el que sus síntomas son usados como una vía de reparación y compensación de los vacíos emocionales (Sommerfeldt y Skarderud, 2009).

Con respecto a los trastornos de la alimentación, Skarderud (2009), explica las deficiencias en la mentalización en estas patologías así:

“Cuando la realidad psíquica es pobremente integrada, el cuerpo puede tomar un rol excesivamente central para mantener un sentido del *self*, literalmente el cuerpo se convierte en la evidencia. No siendo capaces de sentir desde adentro, los pacientes con trastornos de la alimentación, son forzados a experimentar el *self* desde afuera”.

Los síntomas concretos de la anorexia, la bulimia y el TPA, tienen como función esencial mantener la cohesión y la estabilidad de un sentido tenue del *self*

El cuerpo se usa entonces como un regulador del afecto y del *self* a través de la concreción de los síntomas. Los sentimientos de vacío/llenura, control, pureza, espacialidad, vulnerabilidad, protección, pesadez/liviandad, solidez y/o eliminación; se experimentan concretamente en el cuerpo y se convierten en la forma de expresión no verbal del afecto (Skarderud, 2009).

Fonagy (2009), señala que una mala historia de apego y maltrato socava las capacidades de mentalización de los individuos en las etapas de desarrollo más vulnerables, pero no en sí misma causa trastornos de la alimentación. Un trastorno de alimentación es la coocurrencia de la falta de capacidad para mentalizar la experiencia cotidiana social y el consiguiente resurgimiento de los modos pre-mentalistas de los estados mentales.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS:

PSICOTERAPIA DE GRUPO BREVE PSICODINÁMICA.

*“Un principio que gobierna la vida humana, podría ser
formulado en las siguientes palabras solo el verdadero self
se puede sentir real”*

D W Winnicott, 1960

Antes de revisar la bibliografía sobre la psicoterapia psicodinámica breve de grupo, considero importante estudiar los conceptos de grupo vistos desde la perspectiva de las relaciones objetales, ya que esta teoría hace una explicación amplia sobre los conceptos inconscientes que se dan en los grupos, los cuales explican muchas de las dinámicas psicológicas que se desarrollan dentro de un ambiente grupal.

1. EL GRUPO VISTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS RELACIONES OBJETALES

Según Sharff y Sharff (1995), la teoría de grupos es crucial en el enfoque de las relaciones objetales. Esta amplifica la expresión interpersonal de las relaciones de objeto intrapsíquicas. Ellos definen al grupo de la siguiente manera:

“Un grupo es un espacio exclusivo o un contenedor mental y relacional, en donde se despliegan operaciones mentales y transformaciones emocionales, y en donde las pasiones, el conocimiento y las relaciones son moldeadas dinámicamente” (Sharff y Sharff, 1998).

Sugieren que en el grupo existe un espacio físico delimitado por el número de miembros y el número de sillas. También el grupo existe en el tiempo pues las sesiones son determinadas y cada una tiene un inicio y un final; así como el mismo proceso grupal en sí, el cual tiene un pasado y un presente; un inicio un medio y un final. El grupo también posee una historia, una identidad propia, una cultura y una continuidad (Sharff y Sharff, 1998).

Grossman (2003), señaló que el trabajo con grupos surge como una nueva teoría, que no está supeditada a una técnica determinada, y que no busca el entendimiento inconsciente individual; ni mucho menos puede ser concebida como la suma de las individualidades y que el objeto propio del grupo es el vínculo.

1.1. Las posiciones de Melanie Klein y el grupo

Según Ashbach y Schermer (1987; citados en Grossman, 2003), en los grupos se reviven las posiciones que proponía Melanie Klein. Por ejemplo cuando se presentan condiciones de ansiedad y regresión, se asume la posición esquizo-paranoide, produciéndose relaciones parciales con objetos. En dicho estado, el grupo moviliza defensas específicas contra la ansiedad persecutoria, proyectando los afectos e impulsos negativos, e introyectando cualidades confortantes. Además de la introyección y de la proyección continua, la fantasía favorece los mecanismos de escisión, idealización, devaluación y negación; además la envidia acompaña el proceso del grupo. La posición esquizo-paranoide descubre la cultura del grupo, ya sea en sus relaciones interpersonales o en las valencias individuales y permite utilizar al grupo como un contenedor de ansiedades.

Por otra parte, cuando en el grupo se advierte una intensa actividad o un falso optimismo, o bien, una sensación de desesperanza, es indicación de que se ha alcanzado la posición depresiva. Cuando el grupo se halla en la posición depresiva, se evidencia preocupación por los demás, conciencia de separación y pérdida, y la emergencia de sentimientos de culpa (Ashbach y Schermer, 1987; citados en Grossman, 2003)

Si se concibe al grupo como un objeto podemos distinguir, igualmente, cómo los afectos se desplazan del grupo al terapeuta, o bien, a un miembro del grupo. Asimismo, como señala Winnicott, el grupo puede convertirse en un objeto transicional o, como lo señala Kohut, en un objeto de *self*, que provee seguridad o cuidado a los demás miembros (Ashbach y Schermer, 1987, citados en Grossman, 2003).

1.2. La repetición de las relaciones primarias en el grupo

La vida interna del niño y su interacción con el ambiente son repetidas en los grupos y forman un modelo conceptual para un proceso en el cual el grupo forma una entidad cohesiva, define límites y roles y hace frente a los aspectos que tienen que ver con el poder, las tareas y la intimidad. De igual forma, desde una perspectiva edípica, la

dinámica que se da dentro los grupos es vista predominantemente como una función de la transferencia de los miembros hacia el líder del grupo como una “figura materna/paterna” y como un objeto tótem (Ashbach y Schermer, 1994).

Kuhn (1970, citado en Ashbach y Shermer, 1987), afirma que la vida de los grupos se desarrolla como un movimiento ambivalente hacia la separación/individuación, lograda a través de la internalización y la externalización como maniobras adaptativas y defensivas, el manejo de las ansiedades relacionadas con la fragmentación, la pérdida del objeto y la necesidad de modular el narcisismo y la autoestima.

Para Bion (1980), entrar a un grupo recreaba la impotencia, la tendencia hacia la fragmentación, los impulsos abrumadores y la condición de necesidad experimentada en los primeros meses de vida. A continuación se muestran los puntos que resumen la perspectiva de Bion en relación a los grupos:

1. El grupo toma las cualidades de un objeto materno evolucionando de una relación de objeto parcial a la constancia del objeto y el grupo de trabajo.
2. El grupo regresa hacia varios niveles de desarrollo en función de su tarea, las intervenciones y posición del líder y el balance de las fuerzas sociales que van afectando la diferenciación y la estructuración.
3. Las ansiedades y las defensas, características de los años más tempranos de la vida, son comúnmente evocadas en los grupos y deben ser consideradas como propiedad de los grupos más que solo una manifestación de la caracterología individual.
4. Los cambios en la estructura de los grupos reflejan cambios en los afectos, los límites del ego y el modo predominante de las relaciones objetales de los miembros.
5. Las fantasías del grupo, mitos y rituales son vías simultáneas en las que los miembros se defienden de las ansiedades primitivas y de los vehículos de adaptación a la cultura del grupo en evolución.
6. El líder del grupo o terapeuta es sometido a particulares presiones contratransferenciales centradas alrededor de problemas del grupo, así como a transferencias individuales. En particular, identificaciones proyectivas masivas

hacia el líder y el conflicto de separarse de él, presentan problemas especiales que prueban los límites de la neutralidad, empatía y paciencia.

Desde esta perspectiva, los grupos encarnan y recapitulan los procesos de separación/individuación.

1.3. Bion y “*La Experiencia en Grupos*”

En *Experiencias en Grupos*, Bion (1980) mencionó que un grupo pequeño tiene una mentalidad de grupo de trabajo, pero también tiene sub-grupos dedicados a buscar gratificación. En el grupo de trabajo o “grupo sofisticado” el aspecto del funcionamiento del grupo tiene que ver con la tarea del grupo. Cuando un grupo se reúne, lo hace para realizar tareas específicas, el grupo tiene conciencia de su propósito y puede definir su tarea y posee una estructura establecida que facilitará el desempeño de la tarea.

Este grupo evalúa constantemente sus conclusiones en forma científica, busca el conocimiento, aprende de la experiencia y se pregunta constantemente cual es la mejor forma de obtener sus metas. Es consciente del paso del tiempo, del proceso de aprendizaje y desarrollo, tiene similitudes con el Yo individual de la persona madura y racional.

Bion se preguntó por qué era tan difícil encontrar un grupo que se comportara de la manera descrita previamente, así llegó a la conclusión de que el grupo de trabajo es únicamente un aspecto del funcionamiento del grupo y que el otro aspecto es el de los supuestos básicos.

La actividad del grupo de trabajo es desviada, obstruida y a veces asistida por otras actividades mentales que tienen en común el atributo de impulsos emocionales poderosos. Estas actividades, que a primera vista parecen caóticas, mantienen cierta cohesión si se asume que emanan de supuestos básicos comunes a todo el grupo.

Los supuestos básicos, son un conjunto de suposiciones que sirven de base a la conducta. Es un término “como ‘si” que hace que las personas en el grupo se comporten como si ese fuera el caso, expresan una fantasía compartida de tipo omnipotente o mágica respecto a cómo alcanzar las metas y satisfacer las necesidades.

Estos impulsos se caracterizan por sus contenidos irracionales, y adquieren fuerza y realidad al manifestarse en el grupo. Los supuestos básicos son inconscientes y con frecuencia se oponen a la opinión racional consciente de los miembros del grupo. Hasta los miembros más sofisticados del grupo demuestran con su conducta que comparten estas ideas inconscientes. El grupo entonces se organiza y estructura de acuerdo con el supuesto básico que se encuentre activo.

Bion (1980), introdujo el término “grupo de supuesto básico” para describir las combinaciones instantáneas de varios miembros del grupo en estas formaciones subgrupales. Encontró que estas sub agrupaciones tratan de amontonarse alrededor de tres temas principales: dependencia en el líder, ataque o fuga de la autoridad dada al líder, y apareándose a manera de defensa contra la frustración de ser miembro de un grupo y una expresión de esperanza para la concepción de un mejor líder que saque al grupo de su dilema.

Bion observó que el grupo de supuesto básico a menudo sabotea la tarea. Dependencia, ataque/fuga y apareamiento pueden ser usados defensivamente para sacar al grupo de curso y así evitar la ansiedad de continuar con el trabajo. Igualmente, Bion encontró que el grupo de supuesto básico también apoya la tarea. Los miembros participan del grupo a través de sus necesidades compartidas de afiliación. La formación sub grupal de dependencia apoya su permanencia al grupo de dependencia. El sub grupo de ataque/fuga posibilita al individuo para mantener un grado de autonomía mientras se dedica a una actividad grupal y se suscribe a la identidad del grupo. El apareamiento puede conducir a ideas creativas que van más allá de lo que el individuo puede producir por sí solo, y, sin embargo, se desarrolla más rápido que cuando la totalidad del grupo está en la discusión. Si el líder del grupo no es adecuado para la tarea, puede necesitarse el surgimiento de un líder sustituto de entre los miembros del grupo.

Bion usó el concepto kleiniano de identificación proyectiva para explicar la comunicación inconsciente de las transferencias hacia el líder compartidas por el grupo. Reconociendo el impacto de este proceso grupal e interpretándoselos a la luz de la contratransferencia da al líder una forma de conceptualizar el proceso grupal y hacérselos conscientes. Esta actividad interpretativa limpia el camino para que el grupo pueda proceder con su tarea. Si los “grupos de supuesto básico” interrumpen en el trabajo del grupo y son ignorados, el grupo sólo puede dedicarse a la actividad intelectual en un grado pequeño. Pero si el grupo aprende a reconocerlos y entenderlos “es posible una actividad intelectual de alto nivel” (Bion, 1980).

Hopper (2003), añadió un cuarto supuesto básico a los tres originales de Bion. Este se refiere a las formaciones de subgrupos defensivos que involucran fusión o desintegración. Hopper llama a este supuesto básico masificación/agregación. En ellos se pueden observar las siguientes características:

- Oscilan entre estados bipolares de agregación y masificación.
- La agregación es usada como una defensa contra la fisión y fragmentación
- La masificación es usada como defensa contra la fusión y confusión.

Algunos grupos actúan como un conjunto de individuos sin un propósito compartido o vida mental, mientras otros actúan con una mente colectiva y los individuos parecen fusionarse. Masificación y agregación son los polos del cuarto supuesto básico.

2. LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA DE GRUPO

Bateman y Fonagy (2007), afirman que la psicoterapia de grupo es un poderoso contexto para enfocarse en los estados mentales del *self* y de otros. Esta estimula interacciones emocionales altamente complejas que pueden ser aprovechadas por todos los pacientes para explorar el entendimiento subjetivo de los motivos de “otros” y al mismo tiempo reflexionar sobre sus propios motivos.

Según Alonso y Swiller (1995), la terapia analítica de grupo, como modalidad de tratamiento, proporciona una ventana amplificada por la cual ver el funcionamiento del Yo en sus momentos más gloriosos y tristes.

Las técnicas fundamentales del psicoanálisis se aplican por igual al tratamiento individual y de grupo. El foco del análisis de la transferencia y resistencia para que mejore el funcionamiento del yo, al igual que para que se expanda el dominio del yo sobre la experiencia y conducta, caracterizan al tratamiento psicoanalítico en cualquiera de sus formas. Tanto en el tratamiento de grupo como en el individual, debe lidiarse con la resistencia de modo que la transferencia esté disponible para el escrutinio analítico.

A pesar de que el enfoque técnico general y las metas del tratamiento psicoanalítico, tanto en el grupo como en la díada, son básicamente iguales, existen algunas diferencias que deben considerarse. Kauff (1995), propone algunas de estas diferencias, como por ejemplo que el grupo no solo permite el propio informe del paciente acerca de la experiencia interna y externa, sus percepciones del terapeuta y sus reacciones ante él, sino que además proporciona más personas hacia las cuales puede responder y más sujetos que pueden reaccionar hacia el paciente. Se extiende la arena para la transferencia de su eje tradicional vertical a uno horizontal que involucra diferentes objetos y aún, en ocasiones al grupo en su totalidad.

Otra de las diferencias es que incuestionablemente el grupo no fomenta a la regresión; de hecho dentro del contexto del grupo, no se le alienta o se le considera necesaria. También es importante notar que, debido a que el grupo es una modalidad multipersona, la meta no solo consiste en fomentar el proceso de asociación en cada individuo participante. El material relevante, la resistencia y la transferencia que puede provenir de uno de los miembros del grupo o de la interacción entre varios miembros o de la relación con el líder, deben verse como perteneciente al grupo y no como perteneciente a un solo individuo. Por lo tanto las interpretaciones deben de ir dirigidas al grupo como una totalidad (Pines y Hutchinson, 1995).

En el entorno grupal, la tarea inicial del líder de grupo consiste en ayudar a que se desarrolle y mantenga un método de funcionamiento que proporcione las condiciones necesarias para que prosiga el trabajo analítico de manera eficaz. También en el grupo, deben establecerse, en la fase inicial del tratamiento, tanto la alianza terapéutica como el contrato entre los miembros en cuanto a confidencialidad, aspectos del tratamiento y conducta que se espera tanto del paciente como del terapeuta.

3. LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA BREVE DE GRUPO

El interés en el uso de la psicoterapia de grupo con tiempo limitado o psicoterapia breve, se ha desarrollado en paralelo con los avances en el trabajo psicoterapéutico individual, aunque con un retraso de varios años. Piper y colaboradores (1992), reseñaron la aplicación de la teoría y técnica con orientación psicoanalítica al contexto del grupo de la psicoterapia breve.

En su obra, Malan (1963), enfatiza la necesidad de que se establezca un *foco* en la terapia. El concepto de foco en psicoterapia subraya la necesidad de que se determine un objetivo o área de trabajo., en el que se basa esencialmente la terapia, y que el terapeuta debe seguir, guiando al paciente con interpretaciones parciales y con atención y descuido selectivo. El material y las interpretaciones se eligen de acuerdo a la consonancia con el foco. De ahí la denominación de terapia focal (Malan, 1963).

Balint (1996) en la Clínica Tavistock, hace evidente que toda psicoterapia breve ha de ser focal. De ella señala tres objetivos:

1. El establecimiento de un foco en la terapia del paciente, y sobre el cual se organizará el tratamiento.
2. Ayudar al paciente a alcanzar una readaptación en el área focal.
3. El logro de mejorías en la situación vital del paciente como una consecuencia de su readaptación.

Se puede entonces calificar a la psicoterapia breve como una terapia de tiempo y objetivos limitados, que denotan una variación con respecto a la técnica clásica.

Mackenzie (1995) propuso ocho rasgos básicos de la psicoterapia de grupo breve:

1. Existe una expectativa de que el tiempo límite incrementará el ritmo del trabajo psicoterapéutico y alentará la rápida aplicación a las circunstancias de la vida real.
2. La evaluación y selección cuidadosas se utilizan para excluir a los pacientes que pueden estar en riesgo de daño de parte de un enfoque activo.
3. Se negocia de manera abierta entre los pacientes y el terapeuta un acuerdo verbal explícito concerniente a las metas circunscritas.
4. El terapeuta intervendrá de manera activa para desarrollar y mantener el clima terapéutico y sostener un foco de trabajo en las metas identificadas.
5. Desde el inicio de la terapia, existe una expectativa de que se aplicarán de manera activa las ideas a las circunstancias externas.
6. El terapeuta esperará que los pacientes asuman la responsabilidad de iniciar las tareas de terapia y los alentará a hacerlo.
7. Se alentará a movilizar el uso de los recursos externos que puedan reforzar los cambios positivos.
8. Se anticipa que el proceso de cambio continuará después de que termine la terapia y, por tanto, que no necesita atenderse a la variedad de aspectos problemáticos dentro del contexto de la terapia.

Según esta autora, el reto de la psicoterapia de grupo breve consiste en adaptar las prácticas clínicas comunes a las restricciones del límite de tiempo. Las estrategias para lograr esta adaptación residen en tres áreas principales: preparación pre-grupo, utilización máxima del sistema de grupo y modificación de la técnica terapéutica.

3.1. Estrategias de la psicoterapia breve de grupo

3.1.1. Preparación Pre-grupo

Existen tareas importantes que deben realizarse antes de que comience el grupo. El líder debe tener una comprensión clara del foco de la terapia y de los objetivos para las decisiones de selección y composición.

a. Criterios de Exclusión

Se debe de excluir a los pacientes que no están en posibilidad de beneficiarse a la experiencia de grupos. El tratamiento de grupo está contraindicado para personas que se sienten sobre estimuladas dentro de este, aquellos con rasgos sociopáticos y los que tienen una desorganización psicótica que no toleran la ambigüedad debido a que la inclusión de pacientes con este tipo de cualidades puede obstruir gravemente la efectividad del grupo para los otros miembros.

Otras características que hacen a los pacientes candidatos pobres para la terapia de grupo incluyen la presencia de abuso o dependencia de sustancias, depresión severa, trastornos graves de personalidad, crisis médicas o alto riesgo de suicidio o conductas sociales agresivas, hostiles o bizarras (Polivy y Federoff, 1997).

De igual forma pacientes con poca capacidad o motivación para el cambio son candidatos pobres para cualquier terapia y pueden ser activamente disruptivos en un ambiente grupal.

b. Composición del Grupo

Mackenzie añade que el tamaño del grupo debe de ser entre 5 y 10 personas cuando lo que se quiere es que haya altos niveles de interacción entre los miembros, el grupo debe de ser cerrado para fomentar la cohesión y que el rango de las sesiones debe de estar entre 12 a 20 sesiones.

Otra cuestión a considerar es la edad de los miembros del grupo. Personas terminando la secundaria y entrando a la adultez joven están luchando con problemas de la adolescencia y las inseguridades de entrar a una nueva etapa de la vida adulta como el inicio de la Universidad, mientras que mujeres más adultas están tratando con problemas de satisfacción con la vida en general, satisfacción profesional y balance en el matrimonio (Polivy y Federoff, 1997).

En el caso del presente estudio el grupo estuvo compuesto por mujeres que se encontraban en los rangos de la adultez (26 a 55 años).

c. Preparación Pre-terapia

La última tarea pre-grupo consiste en preparar a los miembros para la experiencia. Los estudios indican que la preparación sistemática da por resultado menos deserciones iniciales y el desarrollo más rápido de la cohesión grupal (Piper y Perrault, 1989). Esta preparación se puede realizar en grupo o en sesiones individuales y su objetivo es que la persona entre a la primera sesión grupal con cierto conocimiento acerca de la manera en que operan los grupos y con una orientación cognoscitiva razonable en cuanto a lo que se espera de un miembro del grupo.

Braier (1981), considera importante realizar entrevistas preliminares con cada uno de los participantes con el fin de ir estableciendo la relación terapéutica, la confección de la historia clínica, la evaluación diagnóstica y pronóstica y la devolución diagnóstico-pronóstica. El establecimiento de un convenio sobre metas terapéuticas, la duración y terminación del tratamiento y la explicitación del método de trabajo son realizadas en la primera sesión de grupo.

Para los efectos de la presente investigación, se utilizó la entrevista clínica con cada una de las pacientes que participaron del estudio con el fin cubrir los puntos sugeridos por Braier y en ella se les anticipó información acerca que cómo sería el grupo, sus objetivos y manejo.

3.1.2. Utilización Máxima del Sistema de Grupo

McKenzie (1995), habla en su escrito "*Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado*" sobre la cohesión grupal, las etapas del desarrollo del grupo, la técnica terapéutica y el rol del terapeuta de grupo. Resumiré brevemente cada uno de estos apartados, ya que considero importante mencionarlos en el presente estudio.

a. Cohesión grupal

Los esfuerzos para crear un sistema de trabajo grupal deben tener precedentes en las primeras sesiones. Uno de los aspectos básicos importantes de todo grupo es la cohesión grupal. El sentimiento de "grupalidad" se dirige al grupo en sí y no reside en las relaciones entre miembros específicos del grupo. Si el grupo no se une con prontitud alrededor de sus tareas comunes, son inevitables las deserciones y el decaimiento gradual de la moral, esto debilitará al grupo en su potencial para tener efectos útiles (McKenzie, 1995).

En general, los miembros abandonan al grupo por una de dos razones: El miembro puede sentirse fuera de lugar dentro del grupo o puede estar preocupado acerca de atacar problemas personales. El segundo factor importante se encuentra a un nivel grupal. Si el grupo fracasa en unificarse, se desarrolla un sentido debilitante de pesimismo y desesperanza.

b. Etapas del desarrollo del grupo

Según McKenzie, varios son los autores que están de acuerdo en que los grupos de terapia breve pasan por varias etapas. En casi todos los estudios se confirma la importancia de una etapa inicial de formación de grupo, seguida de una de prueba y de conflicto, antes de que el grupo llegue a las tareas interaccionales más personalizadas.

Después de que el grupo ha logrado una atmosfera de trabajo, los límites entre etapas se vuelven menos precisos y más variables en su temporalidad. La velocidad con

la que un grupo dado avanza a través de sus tareas de desarrollo variará de acuerdo con los objetivos grupales, nivel psicológico de los miembros y técnicas que utilice el terapeuta. A continuación se presentan las etapas del desarrollo del grupo:

Etapas de compromiso (Etapas Iniciales)

En esta etapa, durante la primera sesión se comunica y establece el plan de tratamiento. Este plan o programa terapéutico debe incluir (Braier, 1981):

- Los conflictos que se van a abordar, aquellos que se dejarán a un lado y la probable secuencia de dicho abordaje.
- La organización de todo lo concerniente a las condiciones temporales y espaciales del encuadre (lugar, duración, número y periodicidad de las sesiones semanales, duración total del tratamiento, etc.).
- Las reglas de funcionamiento del grupo durante el tratamiento, como por ejemplo la importancia de la confidencialidad, las reglas sobre la asistencia, las ausencias y la puntualidad.

Esta etapa se relaciona con la cohesión de grupo. Comprende el desarrollo de una identificación entre cada miembro y con el grupo y un compromiso con las tareas del grupo. El proceso se lleva a cabo a través de aperturas emocionales superficiales en términos relativos que reflejan el surgimiento de la confianza entre los miembros.

Los miembros del grupo comienzan a darse cuenta de que han tenido experiencias, reacciones o síntomas similares. La conciencia de las similitudes impulsa a los integrantes a unirse. La tarea terapéutica durante esta etapa consiste en alentar y apoyar la participación y es apropiado durante esta fase un grado razonable de participación del terapeuta.

El grupo debe de desarrollar un sentido de fortaleza en sus propios recursos y confianza entre los miembros antes de que pueda manejarse de manera efectiva el material más conflictivo.

El terapeuta debe asegurarse de que todos los miembros participen de alguna manera, como se evidencia por las contribuciones personales y la participación en la interacción de grupo. En este punto puede mantenerse una vigilancia de la evidencia de conflicto emergente.

Etapa de diferenciación

La función de esta segunda etapa consiste en apreciar la cualidad única de los diversos puntos de vista individuales y aprender a enfrentarse a ellos. La identificación de las diferencias también hace surgir una atmósfera de confrontación que se acompaña con frecuencia de reacciones de irritación o enojo. Una manifestación de esta etapa quizá sea la crítica grupal al líder.

La atmósfera más conflictiva de la etapa de diferenciación fuerza a los miembros a examinarse a sí mismos de manera más seria y a la naturaleza de su participación en el grupo. Este proceso se acompaña de un notable incremento en la información que los integrantes tienen unos de otros.

La etapa de diferenciación presiona al grupo a un trabajo más avanzado. Se puede ver que llega a su fin cuando el grupo maneja la resolución del conflicto a través de un estilo cooperativo. Los miembros pueden estar de acuerdo o discrepar pero, de todas maneras, pueden continuar trabajando en estas cuestiones.

Etapa del trabajo de interacción (Etapa Media)

A medida que el grupo se mueve a una etapa laboral más avanzada, cambian las prioridades del terapeuta pues se ven comprometidas la transferencia y la resistencia y este puede hacer interpretaciones transferenciales controladas al grupo. Durante esta fase también se observa que los integrantes aportan material onírico y mantienen una participación activa. Los supuestos básicos de Bion se pueden observar de forma vívida y el trabajo de grupo empieza a llegar a su clímax.

Etapa de terminación (Etapa Final)

Para los grupos cerrados, necesita establecerse con bastante anterioridad la fecha de terminación. En general, ésta se determina al principio y entonces hay un contrato entre los miembros y el terapeuta que compromete a todos a participar hasta el final. A medida que se acerca la terminación, quizás durante las últimas cuatro a seis sesiones, necesita reintroducirse el tema de la terminación. Los miembros pueden sacar a relucir el tema de manera espontánea, pero si no lo hacen, es claro que el terapeuta tiene la responsabilidad de hacerlo.

El manejo sistemático de los aspectos de terminación es un componente importante de todo trabajo psicoterapéutico. Se centra alrededor de la adaptación a la pérdida. Los miembros pueden encontrar que su tristeza ante la terminación se asocia a situaciones pasadas de aflicción. También es de esperarse que haya elementos de enojo. Por lo general, la separación implica una revisión de los eventos de la terapia, un proceso que ayuda a internalizar la experiencia.

La fortaleza del proceso de terminación variará con el grado de compromiso y participación de cada uno de los miembros. En los grupos de psicoterapia breve la etapa de terminación puede volverse una parte principal de la experiencia terapéutica.

El grado de dependencia en el terapeuta o en el ambiente terapéutico tiene que mantenerse limitado. La imposición de un límite de tiempo ilumina automáticamente los aspectos de responsabilidad y autonomía personales. La terminación hace brotar esta cuestión.

3.2. La técnica terapéutica

La técnica terapéutica en la psicoterapia breve de grupo debe ir en función de la focalización de la terapia, las interpretaciones, las transferencias y la interpretación de los sueños (Braier, 1981).

3.2.1. El foco de la terapia

Una suposición fundamental en todo tipo de terapia breve es que se atenderá una tarea específica y se le mantendrá en el foco de atención a través de toda la terapia. El terapeuta tiene la responsabilidad de desarrollar con el paciente un conjunto adecuado de metas blanco y asegurar que el proceso de terapia no se aleje demasiado de las metas.

Más que alentar la asociación libre, terapeuta y paciente deben limitar sus consideraciones a aquellas cuestiones que sean pertinentes para la tarea terapéutica. Mediante insistir en que se mantenga el foco terapéutico, el terapeuta puede precipitar tensiones dentro de la alianza terapéutica que se enraízan en la resistencia del paciente a enfrentarse con un área importante

El foco de la psicoterapia en la presente investigación, fue el de trabajar la sobreingesta compulsiva o trastorno por atracón

3.2.2. Las interpretaciones y la transferencia

Según Brier (1981), la interpretación debe ser la herramienta fundamental de la psicoterapia breve, pues el objetivo principal sigue siendo la búsqueda de *insight* en el paciente. Es conveniente que en psicoterapia breve de grupo las interpretaciones alternen en mayor medida con otros tipos de intervenciones verbales (señalamientos, preguntas, sugerencias, etc.) capaces de reubicar una y otra vez al grupo en su condición de adultos y en una relación menos asimétrica con el terapeuta.

Con respecto a los fenómenos transferenciales que se dan en los grupos puede ser que estos vayan dirigidos al terapeuta o a cualquier miembro del grupo. Como Guiter (1981), afirma: “la transferencia se puede dar en cualquier lado, no es forzoso que sea con el analista” (citado en Braier, 1981), por lo cual, en ninguna terapia interpretativa debieran descuidarse las distintas transferencias extra terapéuticas (aquellas que se dan con otras personas distintas al terapeuta), ni mucho menos reducir la tarea al análisis de la transferencia con el terapeuta.

Braier sugiere las siguientes técnicas con relación a las interpretaciones transferenciales en el grupo:

- Hay que conformarnos con proveer a los miembros del grupo de elementos para la concientización de sus transferencias con personas significativas, generalmente involucradas en la situación conflictiva en cuestión.
- Incluir el vínculo con el terapeuta en la mayoría de los casos solo como una nueva relación transferencial -y no como eje del tratamiento- en la que pueden, eso sí, aflorar quizá más selectivamente y apreciarse con mayor claridad las pautas repetitivas y neuróticas de conducta.
- El terapeuta tratará de no estimular con sus intervenciones un surgimiento excesivo de este tipo de material.
- Muchas veces tendrá entonces que abstenerse de interpretar la transferencia.
- El uso de las interpretaciones transferenciales deben hacerse en las etapas más avanzadas del tratamiento.

De igual forma, Braier sugiere atenuar los efectos regresivos en el grupo tomando las siguientes precauciones:

- Que cada miembro demuestre estar capacitado para recibir y aprovechar estas interpretaciones, sin experimentar reacciones desfavorables (esto significa en esencia respetar el “*timing*”).
- Que las condiciones del encuadre, principalmente las temporales (duración, frecuencia y periodicidad de las sesiones; duración total del tratamiento), sean propicias.
- Que los componentes histórico-genéticos a incluir en las interpretaciones sean pertinentes a la estructura focal.

- Se podrá trabajar sobre un conflicto infantil derivado (ej., con relación a un hermano/a), pero el terapeuta no debe aspirar mayormente a eliminar la amnesia infantil. La labor interpretativa debe ser siempre parcial, limitada a lo que es inmediatamente atinente a la situación-problema, descartando otros aspectos del conflicto.
- El modo de formular las interpretaciones tenderá a facilitar que el paciente más que nada comprenda los determinantes históricos del conflicto actual en vez de hacerle revivir emocionalmente los conflictos infantiles en el seno de la relación transferencial.

3.2.3. La interpretación de los sueños

La interpretación onírica es "la vía regia" para el conocimiento de lo inconsciente" (Freud, 1900) y por consiguiente constituye una ayuda valiosísima para detectar el punto de urgencia. Los sueños que trae un miembro del grupo deben de interpretarse en función del grupo no de forma individual, es decir, en el momento en que alguien trae un sueño, este debe tomarse como un "sueño grupal" y debe interpretarse como tal (Sharff y Sharff, 1998).

Pero una vez más habrá que tomar ciertas precauciones para tratar de controlar la regresión que pudiera generarse dentro del grupo. Braier (1981), afirma que frente a los sueños el terapeuta debe asumir la misma actitud que ante cualquier otro producto de la actividad psíquica (actos fallidos, fantasías, etc.), es decir, interpretar en la medida en que lo considere útil, aunque teniendo presente cuándo, qué y cómo interpretar.

Cuándo interpretar

El material onírico se considera interpretable sobre todo cuando sirva para clarificar la problemática focal. Hay sueños que desde su contenido manifiesto y por su relación con el contexto sugieren *a priori* su vinculación con el foco. No hay que "dejar pasar" un sueño sin antes efectuar una tarea mínima de exploración de su contenido.

El análisis del sueño, aun limitado en sus alcances, constituye —así como sucede, por ejemplo, con los fenómenos transferenciales en general— un recurso de apreciable utilidad para enriquecer nuestra comprensión dinámica del grupo.

Qué interpretar

Desde luego, será preciso jerarquizar aquellos aspectos del sueño inherentes a lo actual-focal, lo que implica conducir una vez más al grupo a tomar contacto con el conflicto central del tratamiento y reubicarlo así en la realidad de su vida cotidiana, reduciendo al mínimo la inducción de fenómenos regresivos. Por lo general se ha de evitar referir las interpretaciones a los deseos infantiles inconscientes, para remitirnos en cambio solo a las ideas latentes preconscientes.

Por otra parte, siempre dentro de lo pertinente al conflicto a resolver, deberán interpretarse más que nada aquellos contenidos que parecen más claros para el paciente, pues la limitación del tiempo permite introducirlo solo hasta cierto punto en los significados de los mecanismos oníricos (Hoch, citado en Braier, 1981).

Cómo interpretar

Consideraremos dos cuestiones: una referente al método de análisis de los sueños y otra al contenido de las interpretaciones formuladas al paciente.

Los recursos para analizar los sueños son en esencia los del psicoanálisis, incluyendo el auxilio brindado por las asociaciones libres del paciente, a quien pueden pedírsele asociaciones a partir de los distintos elementos, tal como se hace en la técnica psicoanalítica.

La tarea interpretativa se efectuará siguiendo las normas ya señaladas para la interpretación en la psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada, en lo que concierne especialmente a la focalización y la transferencia.

3.3. El rol del terapeuta

En la psicoterapia psicoanalítica breve se hace necesario controlar en lo posible la intensidad de los fenómenos regresivo-transferenciales por tal motivo Braier (1981), propone una serie de medidas técnicas que confieren los perfiles propios a la terapéutica breve:

- El vínculo que se establece con el paciente es más realista y definido
- Hay de parte del terapeuta una mayor proximidad afectiva que se espera impacte positivamente sobre el proceso terapéutico.
- El terapeuta deberá entonces en lo posible mostrarse moderadamente cálido, ofrecer una imagen confiable y demostrar interés por los problemas del paciente.
- Se debe de mantener una relación transferencial positiva sublimada: Se permite cierto grado de gratificación (por ej.; se responden preguntas).
- Recurrirá con frecuencia a intervenciones no interpretativas: Formulará preguntas, señalamientos, efectuará sugerencias, brindará información.
- A veces tendrá que tomar la iniciativa en la comunicación proponiendo el tema a tratar.
- Por lo general se evita la prolongación excesiva de los silencios no solo porque incrementa la ansiedad y la regresión consiguiente, sino porque se trata de utilizar operativamente el tiempo disponible.
- Las expresiones faciales del terapeuta, como la mirada atenta y los gestos que revelan interés por el relato del paciente, serán beneficiosas en tanto sean espontáneas y no estudiadas.
- El terapeuta debe emplear una atención selectiva, en virtud de la cual tiende a conservar mentalmente un foco. Al mismo tiempo el terapeuta se concentra con preferencia en el material que aparece más directamente ligado con la

problemática focal, conduce al paciente al foco a través de la labor interpretativa y descarta el material alejado de él.

Para Braier el empleo de la atención selectiva en la psicoterapia breve de ninguna manera debe implicar la ausencia total de atención flotante por parte del terapeuta. Es factible valerse de ella, para facilitar el ahondamiento en la misma conflictiva focal, y aun para la producción de interpretaciones focalizadas, a partir de la aportación que brindan las ocurrencias espontáneas del terapeuta frente al material focal del paciente.

4. LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA DE GRUPO PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los pacientes con trastornos de la alimentación presentan varias características que los hacen particularmente adecuados para beneficiarse de la psicoterapia de grupo. Sus sentimientos de unicidad, desconfianza interpersonal, baja autoestima e inefectividad, así como sus puntos de vista distorsionados sobre la nutrición y sus cuerpos, son los tipos de problemas que pueden ser susceptibles de tratamientos de grupo (Polivy y Federoff, 1997).

El formato de grupo provee de validación consensual, retroalimentación interpersonal, información sobre modelos de afrontamiento, realce de la autoestima y sentimientos de control a través de la participación activa en ayudarse a sí mismo y a otros. De hecho Polivy y Federoff (1997), concluyeron que, después de realizar una revisión concienzuda sobre las psicoterapias grupales, los grupos son un medio rentable y útil de ofrecer tratamiento a los pacientes con trastornos alimenticios.

La psicoterapia psicodinámica de grupo para los trastornos de la alimentación se centra en cultivar y nutrir el *self* (Goodsitt, 1985; Bruch, 1988). Los pacientes con trastornos de la alimentación tienden a exhibir una intensa necesidad de controlar su ingesta y peso; lo cual sirve para contener su ansiedad, les provee un sentido de identidad, les ayuda a lidiar con sentimientos subyacentes de inadecuación e inefectividad y les ayuda a llenar vacíos en su sentido del *self*.

La meta de la psicoterapia psicodinámica de grupo es fomentar una experiencia emocional que corrija los déficits subyacentes en la regulación del *self*, la identidad, autonomía y autoestima (Harper-Guiffre, MacKenzie y Sivitilli, 1992). El tratamiento de grupo psicodinámico ante todo ayuda a los miembros a re-experimentar y re-examinar problemas relacionados con las relaciones interpersonales, por ello se centra en las cuestiones más psicológicas e interpersonales que en el manejo de los síntomas de la alimentación, y el peso físico.

Los beneficios únicos de la terapia de grupo como la inyección de esperanza, universalidad, altruismo, cohesión de grupo y aprendizaje interpersonal (Yalom, 1975), son aumentados en las pacientes con trastornos de la alimentación a través de la reducción del aislamiento social y la alienación que frecuentemente experimentan. Las pacientes pueden aprender las muy necesarias habilidades interpersonales a través de las interacciones del grupo y pueden practicar creencias y destrezas adquiridas en el ambiente seguro y estructurado del grupo (Polivy y Garfinkel, 1984).

4.1. El tratamiento integrado de los trastornos de la alimentación.

En relación a la terapia de grupo, existen descripciones de las corrientes psicológicas que tratan a los trastornos de la alimentación las cuales incluyen las psicodinámicas/interpersonales, cognitivo-conductuales, conductuales, psicoeducativas, orientadas con el modelo de la adicción, interpersonales y los enfoques de autoayuda Polivy y Federoff (1997).

Según Marsha Marcus (1997), la terapia cognitivo-conductual ha sido la más aplicada y estudiada para el tratamiento del trastorno por atracón obteniendo buenos resultados, seguida de la terapia interpersonal, la cual cada vez está tomando más auge en el tratamiento de grupo de este trastorno (Wilfley et al., 2000).

Para algunos teóricos contemporáneos psicodinámicos el predominio de estas corrientes ha contribuido a que la terapia de grupo analítica tenga muy poca presencia en el tratamiento grupal de los trastornos de la alimentación. Como muestra puedo

mencionar al psicoanalista noruego Finn Skarderud (2009), especialista en trastornos de la alimentación, quien comenta que: “En el campo de los trastornos de la alimentación, hoy en día existe una hegemonía en la tradición de la terapia cognitivo – conductual” El opina que a pesar de que esta teoría trabaja las cogniciones y los esquemas de la autoevaluación, carece de un concepto acerca del desarrollo de la personalidad y del *self* psicológico en general.

Vanderlinden (2008), opina que esta hegemonía puede estar infravalorando la severidad de serios trastornos de la alimentación pues es un reduccionismo peligroso limitar las principales psicopatologías principalmente a disfunciones cognitivas. También afirmó que las limitaciones en los enfoques cognitivos eran que se enfocaban muy poco en la vida emocional y demasiado en los contenidos cognitivos.

Sin embargo, a pesar de que la terapia cognitiva-conductual ha recibido críticas de este grupo, también existen profesionales dentro de las corrientes psicoanalíticas que a través de sus experiencias con pacientes, han encontrado muy útil el usar ciertas herramientas cognitivo-conductuales, interpersonales y psicoeducativas para ayudar en el proceso de recuperación de los trastornos de la alimentación.

A pesar de haber diferencias entre las diferentes corrientes, lo que sí es muy claro es que la tendencia actual para el tratamiento de los trastornos de la alimentación es la de usar varias herramientas tanto cognitiva-conductuales como psicodinámicas con el fin de brindarle al paciente un tratamiento integral (Zerbe, 2008).

En la psicoterapia psicodinámica de grupo no es rara la combinación este enfoque con otras estrategias terapéuticas como la cognitiva-conductual y la psicoeducacional (Laube, 1990). Kathryn Zerbe (2008), psicoanalista especialista en trastornos de la alimentación de vasta experiencia de la Clínica Menninger afirma:

“Aunque mi entrenamiento profesional y mi enfoque es basado en la teoría psicodinámica, también creo que los avances educacionales, cognitivos-conductuales, motivacionales y farmacológicos son esenciales para un tratamiento totalmente individualizado e integrado. El paciente requiere de habilidades técnicas que pertenecen a otras modalidades y tradiciones terapéuticas que hay que pedir prestadas”.

Considero que este enfoque que plantea la Dra. Zerbe es el más adecuado a utilizar en el tratamiento del trastorno por atracón ya que además de ayudar al paciente a encontrar el inicio de sus dificultades con la comida y ayudarlo a regular sus emociones al encontrar el significado de sus síntomas, le brinda herramientas concretas para minimizar o eliminar los episodios de atracones.

A continuación presentaré un breve resumen de las etapas del tratamiento integral (psicodinámico + cognitivo-conductual) planteadas por Zerbe, de los trastornos de la alimentación, las cuales se pueden aplicar al trastorno por atracón y la psicoterapia de grupo breve. También se esbozará cual es el rol del terapeuta en cada una de las etapas.

4.2. Etapas del tratamiento de los trastornos de la alimentación a través de la psicoterapia de grupo breve

Para los efectos del presente estudio, se escogió el modelo de 15 sesiones de psicoterapia breve de grupo:

4.2.1. Etapa Inicial (sesiones de la 1 a la 6)

Después de haber establecido el foco de la psicoterapia: reducir los atracones de comida, y de haber establecido las reglas, límites y el contrato terapéutico, en la etapa inicial del tratamiento, la meta más importante es ayudar al paciente a que cuente su historia al grupo. Este primer paso es crucial para empezar a construir la alianza terapéutica y la cohesión de grupo, pues los pacientes con trastornos de la alimentación están atrapados por la negación y tienden a distorsionar o a minimizar sus síntomas (Steiner, 1990).

Detrás de cada síntoma manifiesto o un desorden alimenticio, se encuentra una historia de fondo que está esperando a ser contada. Por ello es tan importante durante esta etapa crear una “base segura” o un refugio seguro (Bowlby, 1988), en donde las pacientes gradualmente se vayan sintiendo más cómodas en compartir aspectos de sí mismas que

han obstaculizado su crecimiento personal y que se han manifestado a través de los síntomas del trastorno de alimentación, en nuestro caso, el trastorno por atracón.

Rol del terapeuta en la etapa inicial (Kathryn Zerbe, 2008)

- Estar emocionalmente presente
- Entender que la sobreingesta es un intento de descargar estados psíquicos dolorosos (ej., abuso psíquico o sexual, vacío interno, experiencias de fragmentación)
- Rastrear las paradojas sobre como el síntoma manifiesto es un intento de auto curación.
- Ayudar a las pacientes a identificar sus sentimientos.
- Ayudar a las pacientes a ver cómo se identifican con sus síntomas (por ej., “soy una glotona)
- Ayudar a las pacientes a ver cómo ellas usan sus síntomas en sus relaciones con las demás personas.
- Reconocer como terapeuta su contribución a la relación terapéutica.
- Mantener el foco en las pacientes como una vía inicial para cultivar su “verdadero *self*”.
- Estar consciente de las conductas inauténticas de las pacientes o de las pseudoalianzas (por ej., “falso *self*”).
- Buscar las oportunidades para reconocer y aplaudir las reacciones genuinas y espontaneas de los pacientes (funciones del “verdadero *self*”).

Durante esta etapa y todas las demás hasta el final de la psicoterapia, se les entrega a las pacientes tareas que tienen que ver con los temas que se trabajarán sesión por sesión. Desde una perspectiva psicodinámica, las tareas sirven como un objeto transicional (Winnicott, 1953/1971), una “ficha” de la oficina del terapeuta que significa el deseo de ayudar y de hacer el síntoma más manejable y, lo más importante, que las

pacientes nunca se sientan solas con sus síntomas sin tener algo en lo que pueda pensar o hacer (Zerbe, 2008).

Aunque las tareas de escuchar y empatizar persisten a través de todo el tratamiento, estas predominan al principio del trabajo pues las pacientes luchan con cómo ser pacientes y sentirse seguras con su terapeuta.

4.2.2. Etapa Intermedia (Sesiones de la 6 a la 12)

Las metas más importantes de la fase intermedia son la de consolidar la alianza terapéutica y mantener un trabajo psicológico y un desarrollo personal continuo. Esta fase está dirigida a trabajar con los problemas asociados a la sobreingesta compulsiva y las historias personales, las relaciones interpersonales, el auto-monitoreo, la regulación del afecto, la imagen corporal, el manejo del estrés y la comunicación asertiva.

Si alguna de las pacientes no cumple su tarea, la exploración de la resistencia es requerida, lo cual puede servir para explorar las razones por las cuales el grupo necesita apearse a la enfermedad (Zerbe, 2008).

Las pacientes que navegan exitosamente esta etapa del tratamiento tendrán menos conductas autodestructivas y estarán más dispuestas a disfrutar más del amor y el trabajo, teniendo así una vida mucho más completa.

El rol del terapeuta en la etapa intermedia (Kathryn Zerbe, 2008)

- Dirigir la autocrítica de las pacientes.
- Contener las “olas emocionales” de las pacientes.
- Promover las conductas autónomas mientras se reconocen las necesidades de dependencia en curso.
- Animarlas a la expresión de sus sentimientos.
- Validar la autoridad personal de los pacientes
- Promover la intimidad y las relaciones interpersonales fuera de la terapia.

- Establecer límites y saber cuándo ser un “objeto suficientemente malo”.
- Discutir y reconstruir el significado de la comida y el comer.
- Focalizarse en los aspectos de la imagen corporal.
- Tolerar el conflicto en la relación terapéutica del grupo.
- Ayudar a las pacientes a hacer el duelo de los síntomas.

Uno de los temas importantes que hay que abordar durante esta etapa es el auto-criticismo interno de las pacientes. Zerbe (2008), cree que muchas conceptualizaciones psicodinámicas y cognitivo-conductuales abordan los problemas comunes que se encuentran en la fase media a través de significados similares pero con conceptos diferentes. A continuación se presenta un ejemplo de los enfoques psicodinámicos y cognitivo- conductuales hacia el auto criticismo de los pacientes:

<i>Cognitivo – Conductual</i>	<i>Psicodinámico</i>
Dirigir la tendencia hacia los pensamientos catastróficos	Confrontar los “debi”, “debo” y “deberías”
Señalar la tendencia a minimizar o magnificar	Aumentar la consciencia a través de la auto reflexión
Desalentar conductas maladaptativas a través de la re-dirección y las afirmaciones	Aumentar las fortaleza yoica a través de la reflexión y la confrontación suave
Confrontar la auto devaluación y las tendencias hacia pensar en absolutos	Promover un superego más benevolente
Etiquetar sentimientos y observar las creencias exageradas	Usar objetos transicionales y otras herramientas auto calmantes
Aprender técnicas de reducción de la tensión	

Fuente: Enfoques cognitivo-conductuales y psicodinámicos del auto criticismo. Zerbe, 2008.

Para el final de esta etapa (desde la sesión #10), se puede empezar a introducir el tema de la terminación de la psicoterapia.

4.2.3. Etapa Final (Sesiones de la 12 a la 15)

En esta etapa se habla el tema de la terminación y a pesar de seguir trabajando con temas específicos, se trabajará sobre los sentimientos y dificultades que se presentarán al ir terminando el grupo

Para esta etapa es razonable esperar que los síntomas estén mucho más bajo control. Las pacientes deben de tener nuevas capacidades psicológicas y herramientas concretas para afrontar el trastorno (Zerbe, 2008).

El rol del Terapeuta en la etapa de terminación (Kathryn Zerbe, 2008)

- Revisar el curso entero del tratamiento
- Subrayar el progreso que cada paciente ha hecho
- Ayudar a los pacientes a explorar y describir con honestidad qué parte del tratamiento no se pudo lograr.
- Estar muy pendiente de los sentimientos de pérdida que se despiertan relacionados con pérdidas anteriores y trabajarlos
- Normalizar la experiencia de “dejar ir” y hacer el luto por la pérdida del terapeuta.
- Dejar mucho tiempo para poder despedirse.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno por atracón o sobreingesta alimentaria es comúnmente definido como la necesidad de seguir comiendo grandes cantidades de comida aún y cuando no se tenga hambre (O'Donnell, 2008), y los derivados psicológicos de ello incluyen la baja autoestima, la ansiedad, la depresión, la imagen corporal distorsionada, la sensación de pérdida de control y la culpa, entre otros. La consecuencia física de este trastorno es la obesidad, pero esto no excluye a personas delgadas que constantemente luchan con este trastorno y utilizan otras formas de regular su peso con dietas, ejercicio, ayunos, purgas o toma de medicamentos.

Citando algunas estadísticas, el trastorno por atracón es más común en la población en general que la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, con una prevalencia del 2% (Striegel-Moore y Franko, 2003; Westenhöfer, 2001; Wade, 2006). En un estudio realizado por Spitzer y colegas (1992), solo la mitad de la muestra con sobreingesta era obesa ($IMC \geq 27.5 \text{ kg/m}^2$); sin embargo Smith y colegas (1998), reportaron que la prevalencia del trastorno por atracón entre los participantes con sobrepeso era casi el doble (2.9%) de toda la población (1.5%).

Si tomamos a la obesidad como un indicador que nos pueda dar luces sobre este trastorno en Panamá, el 28 de noviembre del 2010, el Diario La Prensa publicó en su primera plana el artículo: "Obesidad: problema de salud pública" en el cual se reportó que según el MINSA (Ministerio de Salud), en 1999 se atendieron 13,739 casos relacionados con la obesidad, es decir, 489 personas por cada cien mil habitantes. En el 2008 el número de casos alcanzó los 34,394 y la tasa subió a 1,013 por cada cien mil habitantes. El incremento de las cifras en 9 años es alarmante, sin embargo no podemos saber con exactitud qué tanto coexiste el trastorno por atracón con la obesidad en nuestro país.

Conductualmente lo que se observa en este trastorno es el consumo de muchas más calorías que lo que se necesita, según los requerimientos nutricionales para cada persona, pero dentro de la psique de cada individuo se desarrollan dinámicas internas profundas que

lo llevan a utilizar la comida como un calmante emocional (Roth, 1991, Despaigne, 1997; Zerbe, 2008). Como afirma la psicoanalista Isabel Menéndez (2006).

'Las dificultades con la comida hablan de nuestro mundo emocional. Son síntomas que nos avisan de la existencia de conflictos internos y ponen de manifiesto dificultades con la expresión de lo que sentimos. Las luchas internas son acalladas con frecuencia a base de llenarnos la boca de comida para no pronunciar palabras cuya carga emocional puede asustarnos, palabras que se refieren a cosas que no nos permitimos sentir. La boca que se cierra y abre a la comida es la misma boca que quiere hablar. El orificio por el que penetran los alimentos es el mismo por el que salen las palabras.'

Esta afirmación nos muestra que psicodinámicamente hablando, el trastorno por atracón debe tener un abordaje que se ocupe de los conflictos internos, los cuales se metaforizan en la relación con la comida. El trastorno por atracón debe de ser tratado de manera integral, es por ello que la psicoterapia psicodinámica puede ser uno de los tratamientos que puede ayudar al paciente a lidiar con las causas que lo llevan a sobrealimentarse y a encontrar herramientas psíquicas para controlar el impulso a "llenarse todo el tiempo" y a usar la comida como a un objeto de placer y calma.

Es muy común encontrar a personas con este trastorno buscando tratamiento en instituciones afiliadas a programas para la reducción de peso, o buscando la solución a la obesidad, consecuencia muchas veces de este trastorno, a través de la cirugía bariátrica, pero muy pocas veces la primera opción de tratamiento se encuentra en la psicoterapia y menos en la psicoterapia de grupo.

La psicoterapia psicodinámica breve de grupo es una buena vía de tratamiento ya que se enfoca en encontrar los factores psíquicos que llevan a la pérdida de control con la ingesta de comida, pero a la vez, brinda herramientas concretas para el manejo del atracón en un tiempo limitado de sesiones. Este tratamiento se enfoca más en la adquisición de herramientas intra-psíquicas que ayuden controlar la compulsión por la comida, que en el bajar de peso a través de dietas o ejercicios. La premisa del tratamiento psicodinámico de

grupo para el trastorno por atracón es que al controlar los atracones de comida, el peso corporal empezará a disminuir simultáneamente.

Ciertamente en la actualidad, la investigación acerca del trastorno por sobreingesta alimentaria y del tratamiento psicodinámico de grupo es muy escasa debido a que hasta hace poco se incluyó en el DSM-IV como objeto de futuros estudios. En Panamá, no existen investigaciones sobre el trastorno por atracón, ni tampoco investigaciones que contengan esta técnica aplicada a este trastorno, razón por la cual el presente proyecto, ambiciona incursionar en este campo. Por esto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Los(as) pacientes diagnosticados(as) con el trastorno por atracón, que participen de la psicoterapia psicodinámica breve de grupo, disminuirán la sobreingesta alimentaria?

2. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Hipótesis Principal

Los(as) pacientes diagnosticados(as) con trastorno por atracón que reciban psicoterapia psicodinámica breve de grupo, reportarán una disminución de la sobreingesta alimentaria que presentan, una vez culminado el tratamiento.

2.2. Hipotesis Secundarias

Los(as) pacientes diagnosticados(as) con el trastorno por atracón que reciban Psicoterapia psicodinámica breve de grupo, reportarán una disminución en las escalas clínicas de expectativas relacionadas con comer, antojos alimentarios, subingesta y alteración afectiva; y reportarán una mejoría en la imagen corporal, una vez culminado el tratamiento.

2.3. Hipótesis estadística

Hipótesis para la variable Sobreingesta Alimentaria

$$H_0: \bar{X} (SA) G. Exp. A. \leq \bar{X} (SA) G. Exp. D.$$

$$H_1: \bar{X} (SA) G. Exp. A. > \bar{X} (SA) G. Exp. D.$$

$$H_0: \bar{X} (SA) G. Cont. A. > \bar{X} (SA) G. Cont. D.$$

$$H_1: \bar{X} (SA) G. Cont. A. \leq \bar{X} (SA) G. Cont. D.$$

En donde:

$\bar{X} (SA)$ = Media de Sobreingesta Alimentaria.

G. Exp. A = Grupo experimental antes del tratamiento.

G. Exp. D. = Grupo experimental después del tratamiento.

G. Cont. A. = Grupo control antes del tratamiento.

G. Cont. D. = Grupo control después del tratamiento.

1. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Generales

- Describir las características psicológicas de los sujetos que padecen del trastorno por atracón.

- Diseñar una estrategia psicoterapéutica con el enfoque psicodinámico breve que ayude a disminuir los síntomas psicológicos de este trastorno.
- Aplicar una psicoterapia breve de grupo a pacientes diagnosticados(as) con el trastorno por atracón
- Evaluar la efectividad de la psicoterapia psicodinámica breve de grupo en pacientes diagnosticados(as) con el trastorno por atracón.

3.2. Objetivos Específicos

- Mostrar mediante el estudio de casos las condiciones psicológicas emocionales de cada uno de los sujetos con trastorno por atracón.
- Disminuir los episodios de atracones o sobreingesta alimentaria.
- Mejorar los siguientes síntomas psicológicos, asociados al trastorno de por atracón: imagen corporal, expectativas relacionadas con el comer, antojos alimentarios, subingesta y alteración afectiva.
- Comprobar si la psicoterapia psicodinámica breve de grupo ayuda a mejorar los síntomas o sólo algunos de ellos de los(as) pacientes con trastorno por atracón
- Disminuir los hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria como lo son la subingesta alimentaria, los antojos alimentarios y las expectativas relacionadas con el comer.
- Disminuir áreas del funcionamiento psicosocial como lo es la alteración afectiva.
- Aumentar el área del funcionamiento psicosocial que tiene que ver con la imagen corporal.
- Comprobar estadísticamente la efectividad del modelo psicoterapéutico empleado.

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente es una investigación con un diseño cuasi-experimental de pre-prueba y post-prueba con su grupo control llamado también en lista de espera. En este diseño se tomaron dos grupos: el grupo experimental y el grupo control en lista de espera. Los sujetos son asignados al azar a los grupos. Luego se aplica la pre-prueba simultáneamente tanto al grupo experimental como al de lista de espera. El tratamiento se aplica solo al grupo experimental. El grupo control pasó a ser el grupo en espera, para recibir el tratamiento una vez finalizada la investigación, por consideraciones éticas. Por último, se le aplicó simultáneamente la post-prueba a ambos grupos. Al terminar el tratamiento con el grupo experimental, se aplica la post-prueba simultáneamente tanto al grupo experimental como al grupo en lista de espera (Sampieri, Collado y Lucio, 1995).

El diseño se puede describir de la siguiente manera:

$$\begin{array}{l} \mathbf{RG_1O_1 \quad X \quad O_2} \\ \mathbf{RG_2O_3 \quad - \quad O_4} \end{array}$$

Donde

R es la asignación al azar o aleatoria

G₁ es el grupo experimental

O₁ es la aplicación de la preprueba

X es el tratamiento

O₂ es la aplicación de la postprueba después del tratamiento

G₂ es el grupo en lista de espera

O₃ es la aplicación de la preprueba al grupo en lista de espera

- es la ausencia de tratamiento

O₄ es la aplicación de la prueba al grupo en lista de espera que no fue sometido a tratamiento

5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Variable Independiente

La variable independiente es la psicoterapia psicodinámica breve de grupo

5.1.1. Definición Conceptual de la variable independiente

Psicoterapia Psicodinámica Breve de Grupo:

Según Bárbara Seruya (citada en Grossman, 2003), la psicoterapia breve psicodinámica o tratamiento planificado a corto plazo es una forma de psicoterapia que generalmente toma de 1 a 25 sesiones, donde el tiempo comprendido entre el comienzo y el final de tratamiento es corto, y el objetivo se focaliza en la resolución o mejora de situaciones o problemáticas particulares del paciente. En la psicoterapia psicodinámica breve de grupo, el grupo se considera como un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se propone en forma explícita o implícita la realización de una tarea que constituye su finalidad, interactuando para esto a través de complejos mecanismos de adjudicación y asunción de roles (Riviere, citada en Grossman, 2003). Este tipo de terapia maneja las fases de la psicoterapia tradicional: Fase inicial, fase intermedia y fase final de la terapia.

5.1.2. Definición operacional de la variable independiente

Psicoterapia Psicodinámica Breve de Grupo:

Se realizó una sesión semanal de una hora y media de duración, haciendo un total de quince sesiones grupales utilizando los parámetros de la técnica de la psicoterapia psicodinámica breve. El diseño operativo de las sesiones se encuentra en el Anexo No. 4.

5.2. Variables dependientes

5.2.1. Definición conceptual de las variables dependientes

Sobreingesta Alimentaria: Tendencia a seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre (O'Donnell y Warren, 2008). En el DSM-IV (2003), se define como la ingesta en un corto período de tiempo de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares en donde se da una sensación de pérdida de control, se come hasta sentirse desagradablemente lleno, se ingieren grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre y existe una sensación de disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

Imagen Corporal: Es la percepción que se tiene del propio cuerpo. La distorsión de la imagen corporal ocurre cuando se percibe más gordo o más flaco de lo que se es en la realidad y la apariencia personal es vinculada excesivamente con el sentido de identidad personal (O'Donnell y Warren, 2008).

Expectativas Relacionadas con Comer: Son los resultados positivos que se esperan como consecuencia de ingerir alimentos, es decir que, el comer para un individuo dado representa una manera de alcanzar la regulación emocional. Comer representa una alternativa de afrontamiento para aminorar el estrés (O'Donnell y Warren, 2008).

Antojos Alimentarios: Pensamientos y deseos en torno a la comida que pueden sabotear los intentos para bajar de peso y que cuando son muy intensos provocan dificultades en el control de conductas compulsivas en general (O'Donnell y Warren, 2008).

Subingesta Alimentaria: Es la tendencia a no comer lo suficiente debido a la constante preocupación de subir de peso. La subingesta alimentaria puede llevar a trastornos como la bulimia o la anorexia (O'Donnell y Warren, 2008).

Alteración Afectiva: Presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden minar los esfuerzos para bajar de peso (O'Donnell y Warren, 2008).

5.2.2. Definición operacional de las variables dependientes

Sobreingesta Alimentaria: Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 60 en el sub-test de Sobreingesta Alimentaria del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnel y Warren, 2008).

Imagen Corporal: Individuo que obtiene una puntuación igual o menor de 40 en el sub-test de Imagen Corporal del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnel y Warren, 2008).

Expectativas Relacionadas con Comer: Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 60 en el sub-test Expectativas Relacionadas con Comer del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnel y Warren, 2008).

Subingesta Alimentaria: Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 60 en el sub-test Subingesta Alimentaria del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnel y Warren, 2008).

Antojos Alimentarios: Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 60 en el sub-test de Antojos Alimentarios del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnel y Warren, 2008).

Alteración Afectiva: Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 60 en el subtest de alteración afectiva del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnel y Warren, 2008).

6. POBLACION Y MUESTRA

6.1. Población: Nuestra población objetivo fue hombres y mujeres adultos diagnosticados con el trastorno por atracón referidos por médicos, psicólogos y nutricionistas de la localidad.

6.2. Muestra: Se seleccionaron intencionalmente todos los sujetos que obtuvieron una puntuación T igual o por arriba de 60 en la escala de sobreingesta del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donell y Warren (2008). A través del muestreo aleatorio simple, se asignaron los sujetos de la muestra seleccionada a los grupos experimental y grupo control en lista de espera, resultando una muestra no paramétrica.

6.3. Criterios de Inclusión:

- Que sean mayores de edad.
- Haber sido diagnosticados(as) con el trastorno por atracón al obtener una puntuación T igual o mayor de 60 en la escala de Sobreingesta del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donell (2008).
- No presentar otro trastorno psicológico diagnosticado.
- No estar recibiendo ninguna atención psicoterapéutica por esta condición.
- No haberse realizado ninguna operación bariátrica
- Poder comprometerse con las 15 sesiones de psicoterapia de grupo.
- Que haya firmado la nota de consentimiento informado

6.4. Criterios de Exclusión:

- No haber firmado la nota de consentimiento informado.
- Abandonar la psicoterapia de grupo antes de llegar a su fin.
- Dejar de asistir a 3 de las sesiones de psicoterapia.
- Realizarse una operación bariátrica en el curso de la psicoterapia de grupo.
- Mostrar conductas agresivas con la investigadora o con algún miembro del grupo.

7. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN

7.1. Instrumento de Medición

El instrumento de medición utilizado en la presente investigación es el “**Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)**” de O’Donell y William L. Warren: este es un Instrumento completo que mide hábitos, pensamientos y actitudes clave relacionados con el comer compulsivo. El OQ se desarrolló con la intención de satisfacer las necesidades concernientes a conocer más a profundidad conductas alimentarias que lleven a la obesidad, a la luz del creciente reconocimiento del valor de diseñar programas individualizados eficaces de reducción de peso. Este instrumento también incluye normas para jóvenes, niños, adultos y adultos mayores. Todas las puntuaciones de la escala del OQ son del tipo denominado puntuaciones *T* normalizadas. Éstas son puntuaciones estándar que tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10

La interpretación común que se asocia con rangos de puntuación *T* específicos es que las puntuaciones por debajo de *T*40 son bajas y que aquellas de *T*60 o mayores son altas, considerando que los valores por encima de *T*70 son muy elevadas. Las puntuaciones entre *T*40 y *T*59 son el rango promedio

El instrumento arroja puntuaciones en 12 áreas y contiene una escala de validez y confiabilidad conocida.

El instrumento evalúa:

Hábitos y actitudes relacionados con el comportamiento alimentario

Sobreingesta alimentaria (SOB)

Subingesta alimentaria (SUB)

Antojos alimentarios (ANT)

Expectativas relacionadas con comer (EXP)

Racionalizaciones (RAC)

Motivación para bajar de peso (MOT)

Hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial

Hábitos de salud (SAL)

Imagen corporal (COR)

Aislamiento social (AIS)

Alteración afectiva.(AFE)

7.2. La Entrevista Clínica

Según Singer (1969) el encuentro inicial entre terapeuta y el paciente plantea varios problemas importantes. La cuestión más importante es la definición de las relaciones mutuas. En esa primera relación la condición de experto del terapeuta le asigna inevitablemente el papel de una autoridad. Al recoger los datos sobresalientes del paciente, el terapeuta se define a sí mismo como alguien verdaderamente interesado en enfrentarse al paciente como ser humano. En la entrevista inicial el terapeuta debe de aprender lo que es la vida del paciente, quien es y qué siente, antes de llegar al conocimiento del por qué de sus modos. Para Singer la formación de una imagen dinámica constituye la base de la investigación psicogénica.

Según Braier (1981) las entrevistas clínicas iniciales tienen una importancia decisiva para el futuro del posterior proceso terapéutico a desarrollarse. En el campo de la psicoterapia breve, los principales fines de tales entrevistas son:

1. El establecimiento de la relación terapéutica.
2. La confección de la historia clínica.
3. La evaluación diagnóstica y pronóstica.
4. La devolución diagnóstico – pronóstica.
5. El convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento.

6. La explicación del método de trabajo y la fijación de las demás normas contractuales.

Para los fines de la presente investigación se realizó una entrevista clínica con cada una de las personas que fueron seleccionadas tanto para el grupo experimental como para el grupo control. En dicha entrevista se realizó la historia clínica además de una investigación exhaustiva sobre los orígenes del problema con la comida, su evolución hasta el momento presente y las relaciones de apego más importantes. Se les explicó a cada una los resultados de la evaluación realizada a través del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria y un breve bosquejo sobre cómo sería llevada la psicoterapia de grupo.

Las historias clínicas de cada una de las participantes de este estudio se excluyeron de forma intencional para proteger la identidad de las participantes, dado que este estudio se realizó con un grupo pequeño en la ciudad capital y en un centro de atención privado. Solo se incluye en el anexo n°1 los correspondientes diagnósticos multiaxiales.

8. LIMITACIONES

Dado que no es posible tener una muestra representativa, los resultados de esta investigación serán referidos exclusivamente al grupo de mujeres que participaron del presente estudio, sin pretender una generalización.

9. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los resultados obtenidos del grupo experimental y al grupo control en lista de espera, se utilizó la prueba de “t de Student”, diferencia de medias para muestras pequeñas de igual tamaño. Se estableció un nivel de confianza de alfa 0 05 para las pruebas de hipótesis. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa XLSTAT – 2011.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para esta investigación se evaluaron 26 sujetos de edades entre los 20 y los 59 años de edad de ambos sexos, los cuales fueron referidos por nutricionistas, médicos y psicólogos de la localidad que consideraron que ellos se podrían beneficiar de una psicoterapia de grupo para aprender a manejar sus problemas con la comida. De esta población el 92.30% fueron mujeres y el 7.69% fueron hombres. Cada una de las personas que asistió a la evaluación lo hizo voluntariamente y antes de llenar el instrumento utilizado, se les fue informado que los datos que se obtendrían se usarían para fines investigativos y servirían para poder seleccionar al grupo que recibiría la psicoterapia de grupo si puntuaban positivo en la escala de Sobreingesta del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2008).

De las 26 personas evaluadas, 4 personas no llenaron los criterios de inclusión, lo que representa al 15.38% de la muestra total; y 4 personas llenaron los criterios de inclusión pero presentaron otros trastornos psicológicos que los excluyó del estudio, lo que representó el 15.38% de la muestra total. En resumen el 30.76% de la muestra inicial no fue elegida para participar de la investigación.

De las 18 personas que sí fueron seleccionadas para el estudio por llenar todos los criterios de inclusión, 3 no pudieron comprometerse con la asistencia a la terapia de grupo por 15 sesiones, lo que representó el 37.5% de la población total para el estudio, quedando en total 15 personas para la investigación.

Las quince personas que sí cumplieron con todos los criterios fueron asignados al azar al grupo experimental y grupo control en lista de espera. Por medio de la selección aleatoria al grupo experimental se le asignaron ocho personas, mientras que al grupo control en lista de espera se le asignaron siete. Del grupo experimental solo una persona se dio de baja durante el tratamiento debido a que había tenido tres ausencias. Se aplicó el tratamiento de Psicoterapia Psicodinámica Breve de Grupo y luego del mismo se reevaluó la muestra con el post-test. Después de culminar con la evaluación del grupo experimental, se reunió en otro momento al grupo control en lista de espera y se le aplicó el post-test.

A continuación, se presentan los datos socio-demográficos de los sujetos. Luego se mostrarán los resultados del grupo experimental y del grupo control de la variable principal, la Sobreingesta Alimentaria, en la cual se compara el pre-test y el post-test de ambos grupos.

Adicionalmente, se incluyeron como variables secundarias, las escalas de la Imagen Corporal, Expectativas Relacionadas con el Comer, Antojos Alimentarios, Subingesta Alimentaria y Alteración Afectiva, las cuales aparecen dentro del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnell y Warren, 2008), con el fin de evaluar si la terapia surtía algún efecto estadísticamente significativo sobre las mismas. Estas variables secundarias no formaron parte de los criterios de inclusión.

Por último en este capítulo se encuentran la discusión de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones para esta investigación.

1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1.1. Heterogeneidad y homogeneidad del grupo experimental

La muestra experimental de esta investigación fue homogénea en el sentido de que todas las participantes fueron mujeres, eran latinoamericanas y llenaron todos los criterios de inclusión. La muestra fue heterogénea en el sentido de que las edades de las participantes estaban entre los 26 y los 55 años, los niveles de escolaridad, el inicio de las preocupaciones por el peso, la percepción del propio peso, los tiempos de estar en el peso ideal y el peso antes y después del tratamiento eran diferentes. (Ver tablas N°1, N°2, N°3, N°4, N°5 y N°6).

Tabla N° 1

EDAD, SEXO Y GRUPO ÉTNICO DEL GRUPO EXPERIMENTAL

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
EDAD/AÑOS	36	35	26	34	51	55	43
SEXO	F	F	F	F	F	F	F
GRUPO ÉTNICO	latina	latina	latina	latina	latina	latina	latina

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N° 1 muestra las siete participantes del grupo experimental. En cuanto a la edad, el 14.28% se encuentra en la década de los 20's, el 42.85% se encuentra en la década de los 30's, el 14.28% se encuentra en la década de los 40's y 28.57% se encuentra en la década de los 50's. El 100% son latinas del sexo femenino.

Tabla No. 2

ESCOLARIDAD DEL GRUPO EXPERIMENTAL

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
MAESTRIA	+				+	+	
LICENCIATURA		+		+			+
ESCUELA			+				

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N° 2 muestra la escolaridad de las siete participantes del grupo experimental. El 42.85% de la muestra realizó maestría, el 42.85% culminó la licenciatura y el 14.28% completó el sexto año de secundaria.

Tabla No. 3

EVALUACIÓN DEL PROPIO PESO

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Peso muy por debajo de lo normal							
Peso por debajo de lo normal							
Peso normal							
Peso por encima de lo normal	+					+	+
Peso muy por encima de lo normal		+	+	+	+		

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N° 3 muestra la evaluación del propio peso de las siete participantes del grupo experimental. El 42.85% de la muestra percibe su peso por encima de lo normal, mientras que el 57.14% percibe su peso muy por encima de lo normal.

Tabla No. 4

EDAD DE INICIO DE LA PREOCUPACIÓN POR EL PESO

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Edad en la que empezó a preocuparse por el peso	13a	30a	6a	20a	15a	17a	35a

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N°4 muestra la edad de inicio de la preocupación por el peso de las siete participantes del grupo experimental. El 14.28% de la muestra inició la preocupación por su peso en la niñez, el 42.85% en la adolescencia, el 14.28% en la adultez joven y el 42.85% en la adultez madura.

Tabla No. 5

MAXIMO DE TIEMPO QUE HA ESTADO EN EL PESO IDEAL

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Nunca			+				
Menos de un mes							
1-3 meses	+						
4-6 meses					+	+	+
6-12 meses		+					+
Más de 12 meses							

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N°5 muestra el máximo de tiempo que han estado en su peso ideal las siete participantes del grupo experimental. El 14.28% de la muestra nunca ha estado en su peso ideal, el 14.28% lo ha estado solo de 1-3 meses, el 42.85% lo ha estado de 4-6 meses y el 28.57% entre 6 a 12 meses.

Tabla No. 6

COMPARACIÓN DEL PESO ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO

SUJETO	PESO EN LBS ANTES DEL TRAT	PESO EN LBS DESPUÉS DEL TRAT
1	147	149
2	185	190
3	255	246
4	217	209
5	204	209
6	155	141
7	233	220

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N°6 muestra la comparación del peso en libras antes y después del tratamiento de las siete participantes del grupo experimental. El 42.85% de la muestra subió entre 2 a 5 lbs. de peso, mientras que el 57.14% bajo un rango entre 8 a 14 lbs. de peso durante los cuatro meses de tratamiento.

1.2. Heterogeneidad y homogeneidad del grupo control

La muestra control de esta investigación fue homogénea en el sentido de que todos los participantes fueron latinoamericanos y llenaron todos los criterios de inclusión. La muestra fue heterogénea en el sentido de que había ambos sexos, las edades de los participantes estaban entre los 34 y los 53 años, los niveles de escolaridad, el inicio de las preocupaciones por el peso, la percepción del propio peso, los tiempos de estar en el peso ideal y el peso antes y después del tratamiento eran diferentes (Ver tablas N°7, N°8, N°9, N°11 y N°12).

Tabla N° 7

EDAD, SEXO Y GRUPO ÉTNICO DEL GRUPO CONTROL

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
EDAD/AÑOS	40	40	39	37	34	53	59
SEXO	F	M	F	F	M	F	F
GRUPO ÉTNICO	latina	latino	latina	latina	latino	latina	latina

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N° 6 muestra los siete participantes del grupo control. En cuanto a la edad, el 42.85% se encuentra en la década de los 30's, el 28.57% se encuentra en la década de los 40's y 28.57% se encuentra en la década de los 50's. En cuanto al sexo, el 71.43% son mujeres, el 28.57% son hombres y la muestra completa es latina.

Tabla No. 8

ESCOLARIDAD DEL GRUPO CONTROL

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
MAESTRIA	+			+	+		
LICENCIATURA		+	+				
ESCUELA						+	+

Fuente: María Eugenia Despagne de Martín, 2011

La tabla N° 7 muestra la escolaridad de los siete participantes del grupo control. El 42.85% de la muestra realizó maestría, el 28.57% culminó la licenciatura y el 28.57% llegó a sexto año de secundaria.

Tabla No. 9

EVALUACIÓN DEL PROPIO PESO

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Peso muy por debajo de lo normal							
Peso por debajo de lo normal							
Peso normal							
Peso por encima de lo normal				+			+
Peso muy por encima de lo normal	+	+	+		+	+	

Fuente: María Eugenia Despagne de Martín, 2011

La tabla N° 8 muestra la evaluación del propio peso de los siete participantes del grupo control. El 28.57% de la muestra percibe su peso por encima de mientras que el 71.43% percibe su peso muy por encima de lo normal.

Tabla No. 10**EDAD DE INICIO DE LA PREOCUPACIÓN POR EL PESO**

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Edad en la que empezó a preocuparse por el peso	36a	39a	18a	23a	20a	6a	48a

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N°9 muestra la edad de inicio de la preocupación por el peso de los siete participantes del grupo control. El 14.28% de la muestra inicio la preocupación por su peso en la niñez, el 14.28% terminando la adolescencia, el 28.57% en la adultez joven y el 28.57% en la adultez media y el 14.28% en la adultez madura.

Tabla No. 11**MAXIMO DE TIEMPO QUE HA ESTADO EN EL PESO IDEAL**

SUJETO	1	2	3	4	5	6	7
Nunca							
Menos de un mes					+	+	
1-3 meses							
4-6 meses			+				
6-12 meses							
Más de 12 meses	+	+		+			+

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N°10 muestra el máximo de tiempo que han estado en su peso ideal los siete participantes del grupo control. El 28.57% de la muestra lo ha estado menos de un mes, el 14.28% de 4-6 meses y el 57.14% más de 12 meses.

Tabla No. 12

COMPARACIÓN DEL PESO ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO

SUJETO	PESO EN LBS ANTES DEL TRAT	PESO EN LBS DESPUÉS DEL TRAT
1	156	160
2	209	220
3	165	158
4	187	190
5	231	230
6	140	144
7	300	310

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La tabla N°12 muestra la comparación del peso en libras antes y después del tratamiento de las siete participantes del grupo control. El 71.42% de la muestra subió entre 3 a 11 lbs de peso, mientras que el 28.57% bajo un rango entre 1 a 7 lbs. de peso durante los cuatro meses de tratamiento:

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

2.1. Variable Principal

2.1.1. Sobreingesta Alimentaria

Sobreingesta Alimentaria/Grupo Experimental

Tabla N° 13

Comparación de las puntuaciones T obtenidas en la escala de Sobreingesta Alimentaria del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren, entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre-test	63	60	74	60	72	66	63
Post-test	56	63	63	50	59	47	53

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H_0 : No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Sobreingesta Alimentaria.

H_1 : Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Sobreingesta Alimentaria.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 14

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Sobreingesta Alimentaria Pre-test/Post-test del grupo experimental.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	60.000	74.000	65.429	5.593
Post-test	7	47.000	63.000	55.857	6.230

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

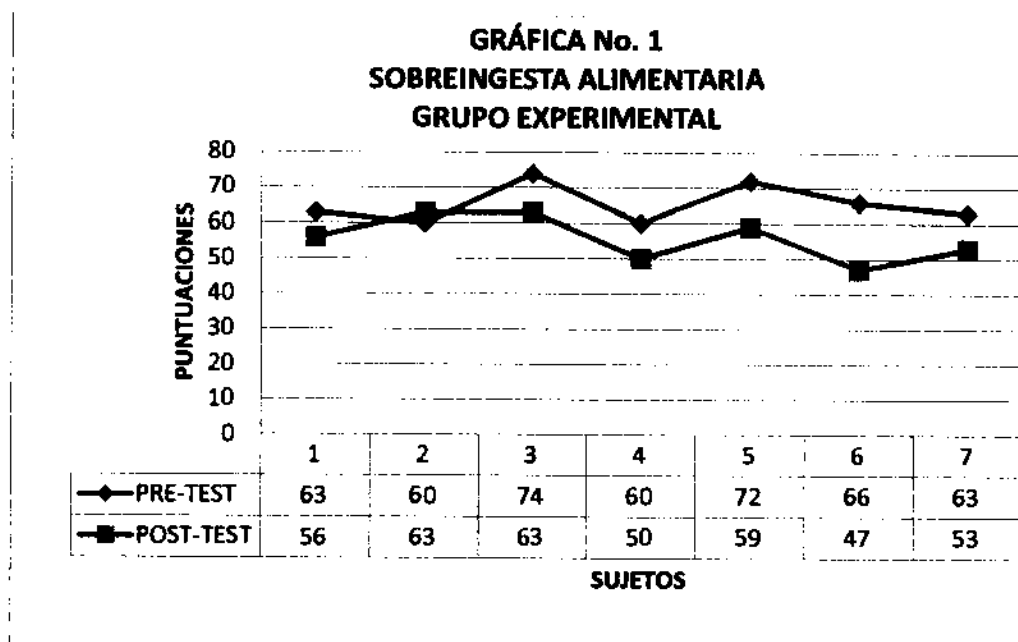
Diferencia	9.571
t (Valor observado)	3.791
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.005
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 0.05%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Sobreingesta Alimentaria del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se comprueba la efectividad del tratamiento

Gráfica N° 1

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala de Sobreingesta Alimentaria:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe una disminución significativa en la Sobreingesta Alimentaria en seis de las participantes y solo una aumentó tres puntos la Sobreingesta en el post-test.

Sobreingesta Alimentaria / Grupo Control

Tabla N° 15

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Sobreingesta Alimentaria.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	71	78	70	67	71	70	74
Post – test	54	71	64	78	54	63	69

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Sobreingesta Alimentaria.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Sobreingesta Alimentaria.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 16

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Sobreingesta Alimentaria Pre-test/Post - test del del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	67.000	78.000	71.571	3.505
Post-test	7	54.000	78.000	64.714	8.826

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

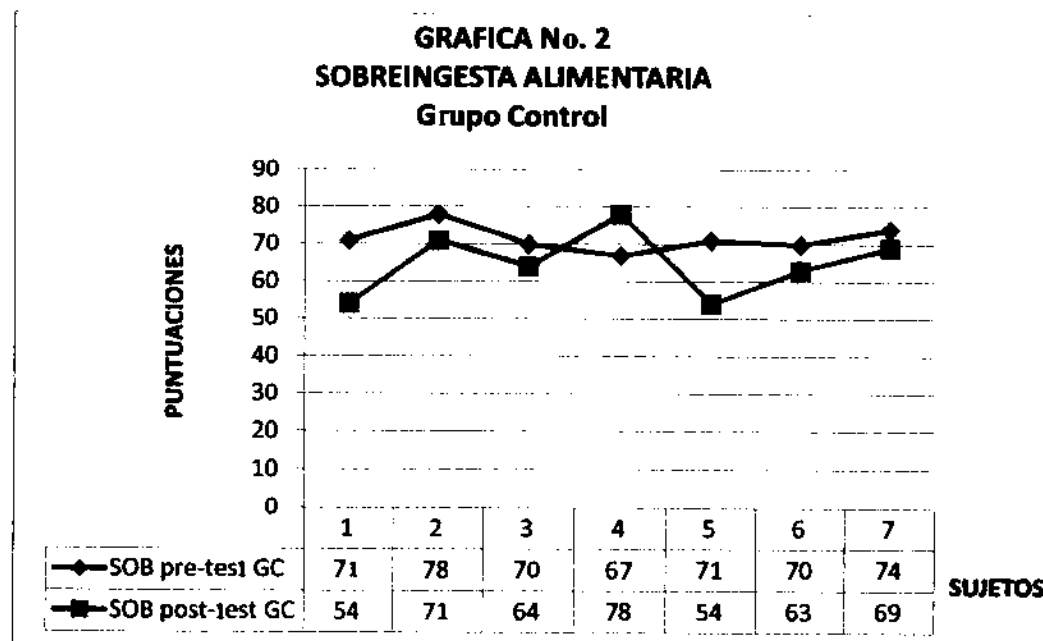
Diferencia	6.857
t (Valor observado)	1.932
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.051
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 5.08%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Sobreingesta Compulsiva del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede concluir que la sobreingesta alimentaria no varió en el grupo control al no recibir el tratamiento.

Gráfica N° 2

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Sobreingesta Alimentaria:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que seis de los siete sujetos del grupo control mostraron una disminución en el post – test y uno mostró un aumento en la Sobreingesta Alimentaria. A pesar de haber mostrado una disminución, no se puede afirmar que hay un cambio estadísticamente significativo en la sobreingesta.

2.2. Variables Secundarias

2.2.1. Imagen Corporal

Imagen Corporal/Grupo Experimental

Tabla N° 17

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala Imagen Corporal.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	37	37	33	30	37	39	30
Post – test	55	41	41	48	44	44	37

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Imagen Corporal.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre – test y el post – test del grupo experimental en la variable Imagen Corporal.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 18

Estadísticas Descriptivas: Comparación Imagen Corporal pre - test/ post - test del grupo experimental.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	30.000	39.000	34.714	3.684
Post-test	7	37.000	55.000	44.286	5.823

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la izquierda:

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

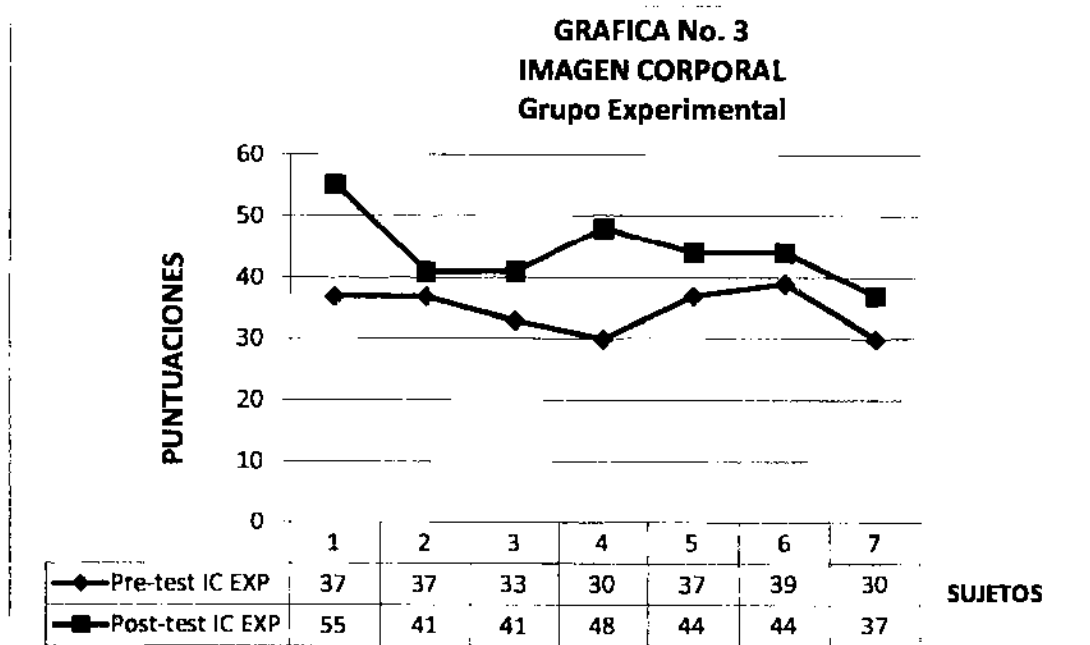
Diferencia	-9.571
t (Valor observado)	-4.283
t (Valor crítico)	-1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.003
alfa	0.05

Decisión. Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 0.26%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Imagen Corporal del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se comprueba la efectividad del tratamiento.

Gráfica N° 3

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala de Imagen Corporal:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe un aumento significativo en la imagen corporal en todas las participantes del estudio en el post-test.

Imagen Corporal / Grupo Control

Tabla N° 19

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala Imagen Corporal.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	50	35	39	30	35	35	46
Post – test	56	35	30	30	44	41	53

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín

Hipótesis:

Ho: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Imagen Corporal.

H1: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Imagen Corporal.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 20

Estadísticas descriptivas: Comparación Imagen Corporal pre-test / post-test del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	30.000	50.000	38.571	7.044
Post-test	7	30.000	56.000	41.286	10.452

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la izquierda.

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

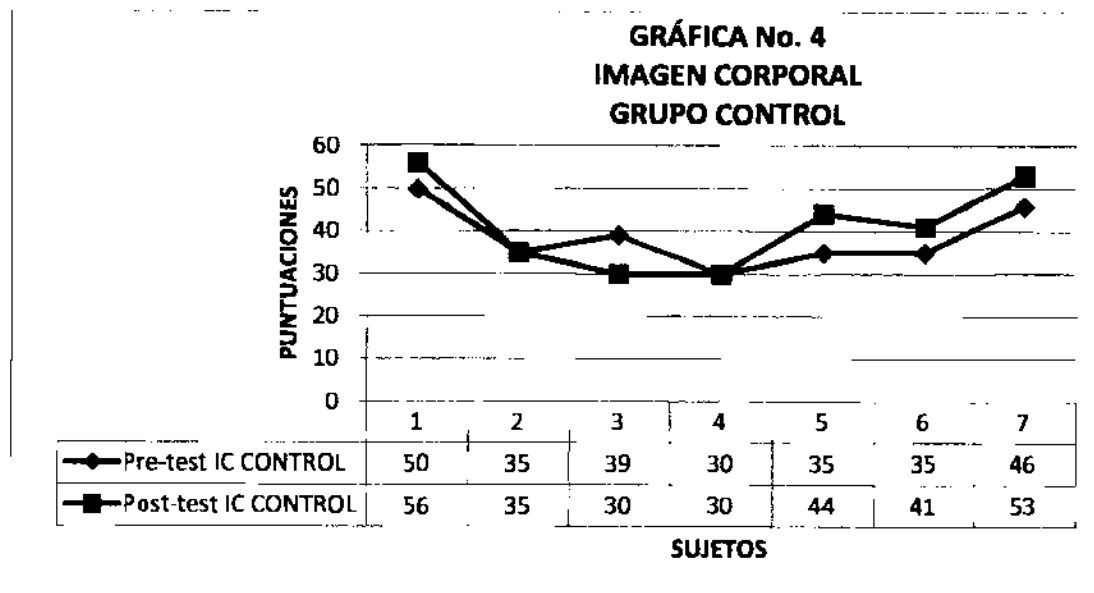
Diferencia	-2.714
t (Valor observado)	-1.156
t (Valor crítico)	-1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.146
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 14.58%.

Conclusión: con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala Imagen Corporal del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, no hubo cambios en la imagen corporal de las participantes.

Gráfica N° 4

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Imagen Corporal:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que tres de los siete sujetos del grupo control mostraron un leve aumento de la imagen corporal en el post – test, uno de ellos mostró un aumento moderado, dos mantuvieron la misma imagen y uno mostró una disminución en esta escala. A pesar de haber mostrado un aumento de la imagen corporal en algunos de los participantes, no se puede afirmar que hay un cambio estadísticamente significativo.

2.2.2. Expectativas Relacionadas con Comer

Expectativas Relacionadas con Comer / Grupo Experimental

Tabla N° 21

Comparación de las puntuaciones *T* obtenidas en la escala de Expectativas relacionadas con Comer del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren, entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre-test	61	65	67	71	67	61	50
Post-test	55	61	60	57	56	50	48

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Expectativas Relacionadas con Comer.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Expectativas Relacionadas con Comer.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 22

Estadísticas descriptivas: Comparación de las Expectativas Relacionadas con Comer Pre-test/Post -test del grupo experimental.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	50.000	71.000	63.143	6.793
Post-test	7	48.000	61.000	55.286	4.821

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

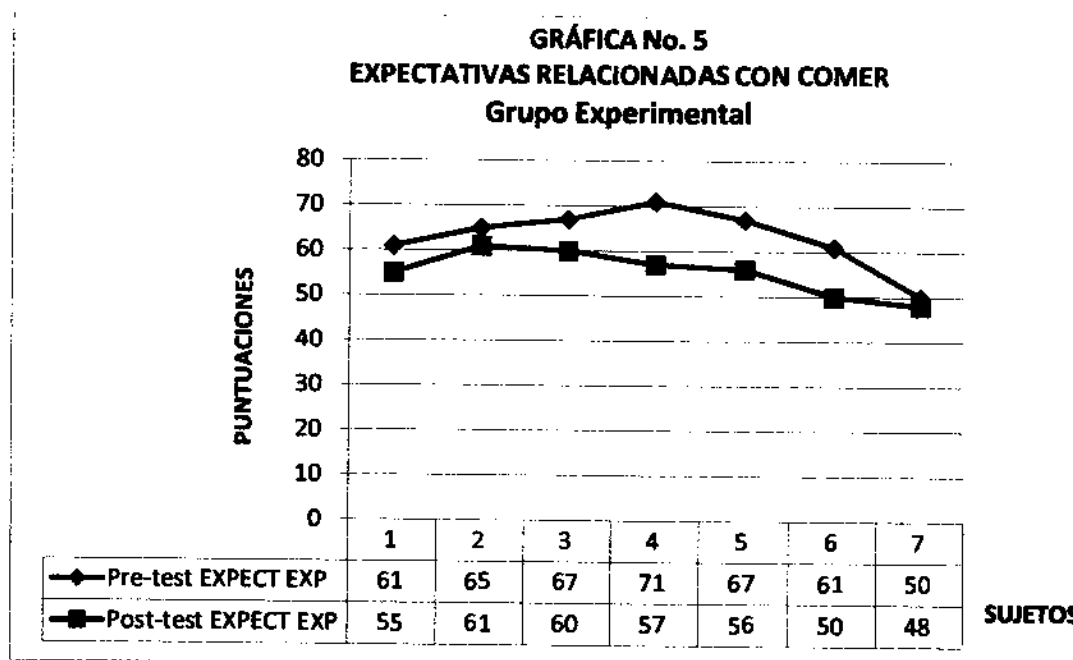
Diferencia	7.857
t (Valor observado)	4.836
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.001
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 0.14%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Sobreingesta Alimentaria del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se comprueba la efectividad del tratamiento.

Gráfica N° 5

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala de Expectativas Relacionadas con Comer:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe una disminución significativa en las Expectativas Relacionadas con Comer en todas las participantes en el post-test.

Expectativas Relacionadas con Comer / Grupo Control

Tabla N° 23

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Expectativas Relacionadas con Comer:

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	68	67	59	69	72	76	76
Post – test	64	64	60	76	55	67	73

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Expectativas Relacionadas con Comer.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Expectativas Relacionadas con Comer.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 24

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Expectativas Relacionadas con Comer Pre-test/Post -test del del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	59.000	76.000	69.571	5.912
Post-test	7	55.000	76.000	65.571	7.231

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011,

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

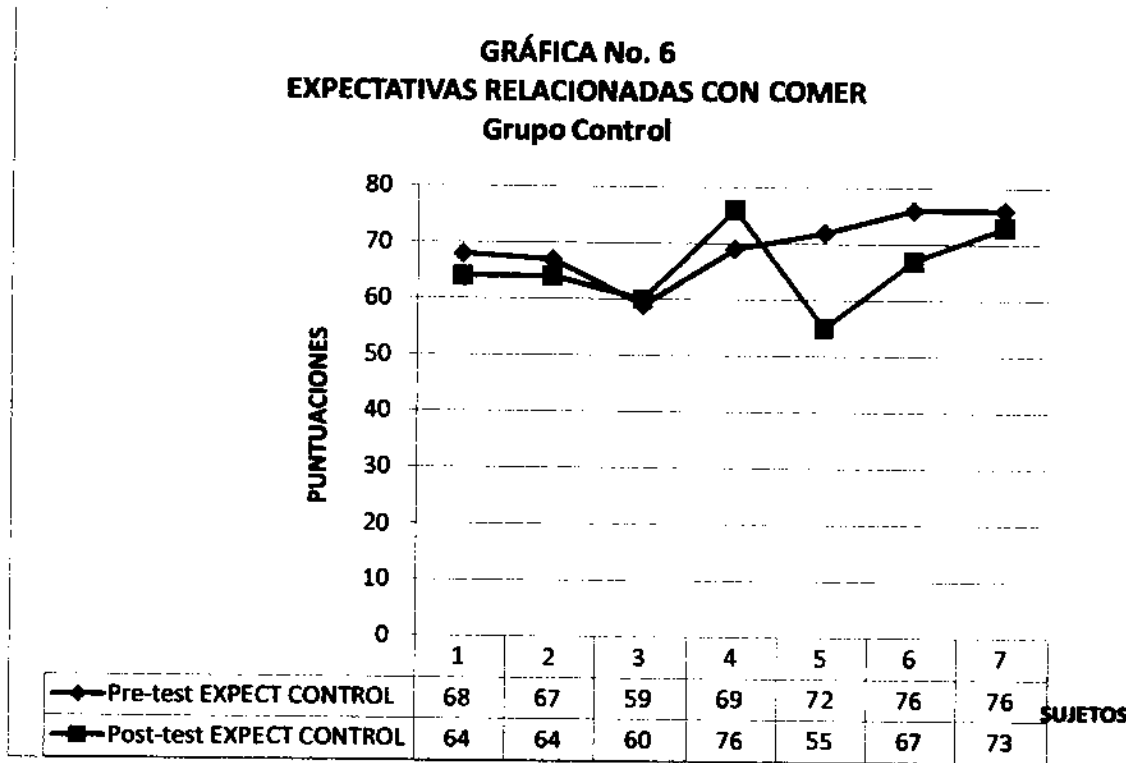
Diferencia	4.000
t (Valor observado)	1.402
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.105
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 10.53%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Expectativas Relacionadas con Comer del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede concluir que las Expectativas Relacionadas con Comer no variaron en el grupo control al no recibir el tratamiento.

Gráfica N° 6

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Expectativas Relacionadas con Comer:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que cinco de los siete sujetos del grupo control mostraron una disminución en el post – test, y dos de ellos aumentaron sus Expectativas Relacionadas con Comer. A pesar de que algunos mostraron una disminución, no fue lo suficiente como para afirmar que hubo un cambio estadísticamente significativo en esta escala.

2.2.3. Antojos Alimentarios

Antojos Alimentarios / Grupo Experimental

Tabla N° 25

Comparación de las puntuaciones T obtenidas en la escala de Antojos Alimentarios del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren, entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre-test	70	57	70	67	68	71	48
Post-test	57	46	67	57	60	52	54

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H_0 : No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Antojos Alimentarios.

H_1 : Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Antojos Alimentarios.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 26

Estadísticas descriptivas: Comparación de los Antojos Alimentarios Pre-test/Post -test del grupo experimental.

Variable	Obs. sin datos perdidos	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	48.000	71.000	64.429	8.658
Post-test	7	46.000	67.000	56.143	6.568

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

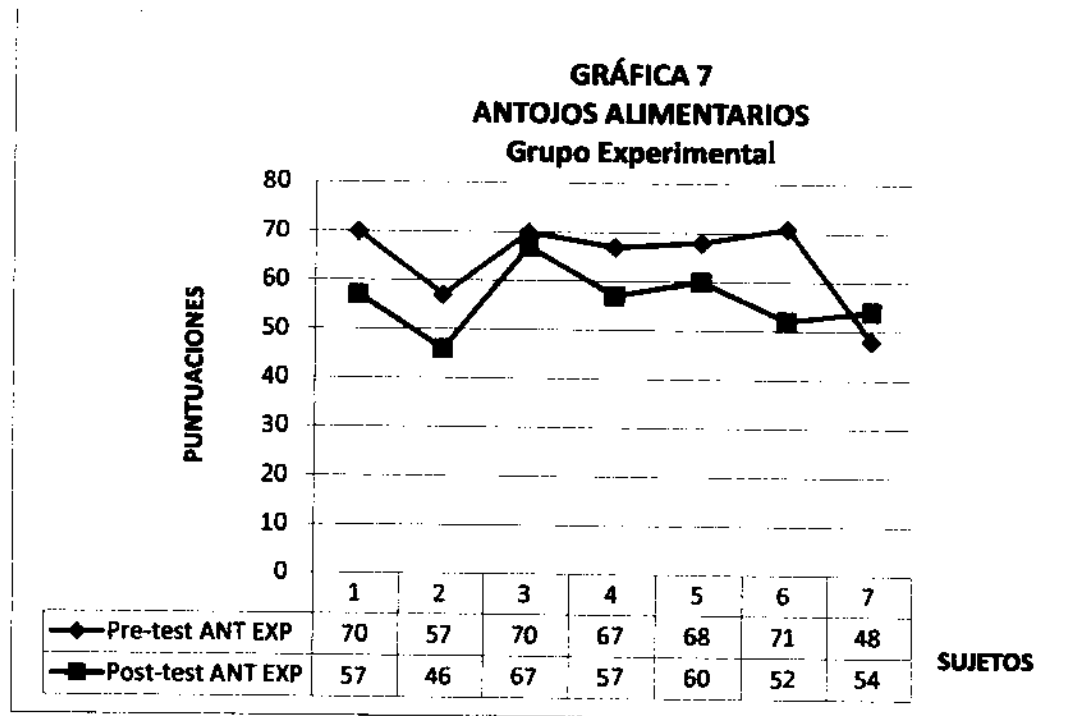
Diferencia	8.286
t (Valor observado)	2.757
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.016
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1) El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 1.65%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Antojos Alimentarios del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se comprueba la efectividad del tratamiento.

Gráfica N° 7

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala de Antojos Alimentarios:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe una disminución significativa en los Antojos Alimentarios en seis de las participantes y un aumento no significativo en una de las participantes en el post-test.

Antojos Alimentarios / Grupo Control

Tabla N° 27

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Antojos Alimentarios:

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	64	79	64	72	64	60	72
Post – test	57	71	66	79	57	57	71

Fuente María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Antojos Alimentarios.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Antojos Alimentarios.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 28

Estadísticas descriptivas: Comparación de los Antojos Alimentarios Pre-test/Post -test del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	60.000	79.000	67.857	6.644
Post-test	7	57.000	79.000	65.429	8.753

Fuente María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

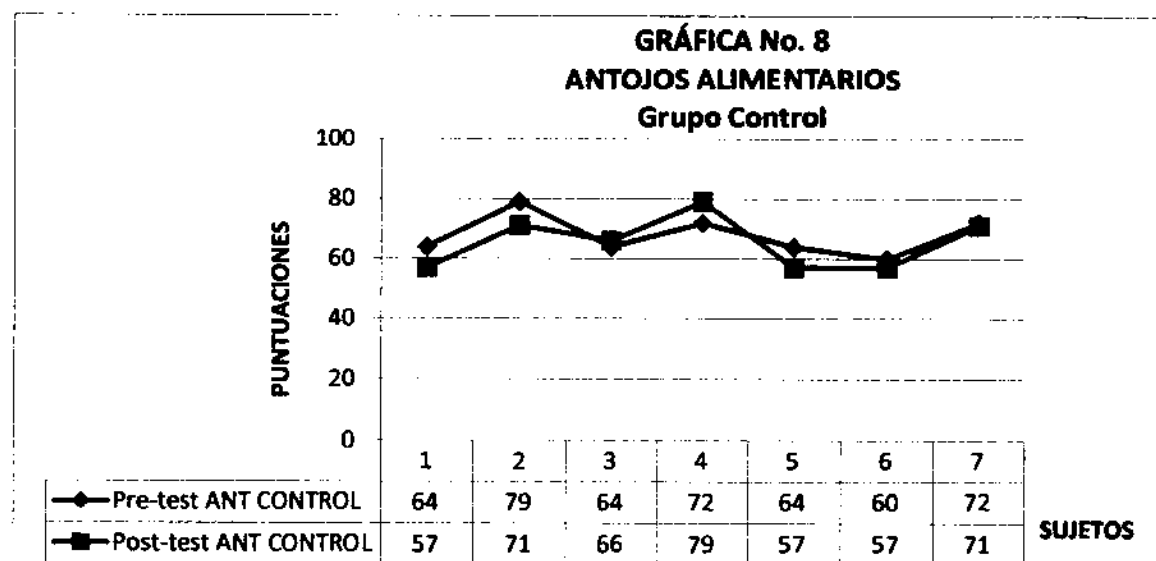
Diferencia	2.429
t (Valor observado)	1.161
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.145
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 14.48%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Antojos Alimentarios del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede concluir que los Antojos Alimentarios no variaron en el grupo control al no recibir el tratamiento.

Gráfica N° 8

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Antojos Alimentarios:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 201

La gráfica muestra que cinco de los siete sujetos del grupo control mostraron una leve disminución en el post – test, y dos de ellos aumentaron sus Antojos Alimentarios. A pesar de que algunos mostraron una disminución, no fue lo suficiente como para afirmar que hubo un cambio estadísticamente significativo en esta escala.

2.2.4. Subingesta Alimentaria

Subingesta Alimentaria / Grupo Experimental

Tabla N° 29

Comparación de las puntuaciones *T* obtenidas en la escala de Subingesta Alimentaria del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren, entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre-test	58	55	56	57	65	57	59
Post-test	53	52	56	52	59	50	60

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Subingesta Alimentaria.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Subingesta Alimentaria.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 30

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Subingesta Alimentaria Pre-test/Post -test del grupo experimental.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	55.000	65.000	58.143	3.288
Post-test	7	50.000	60.000	54.571	3.823

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%

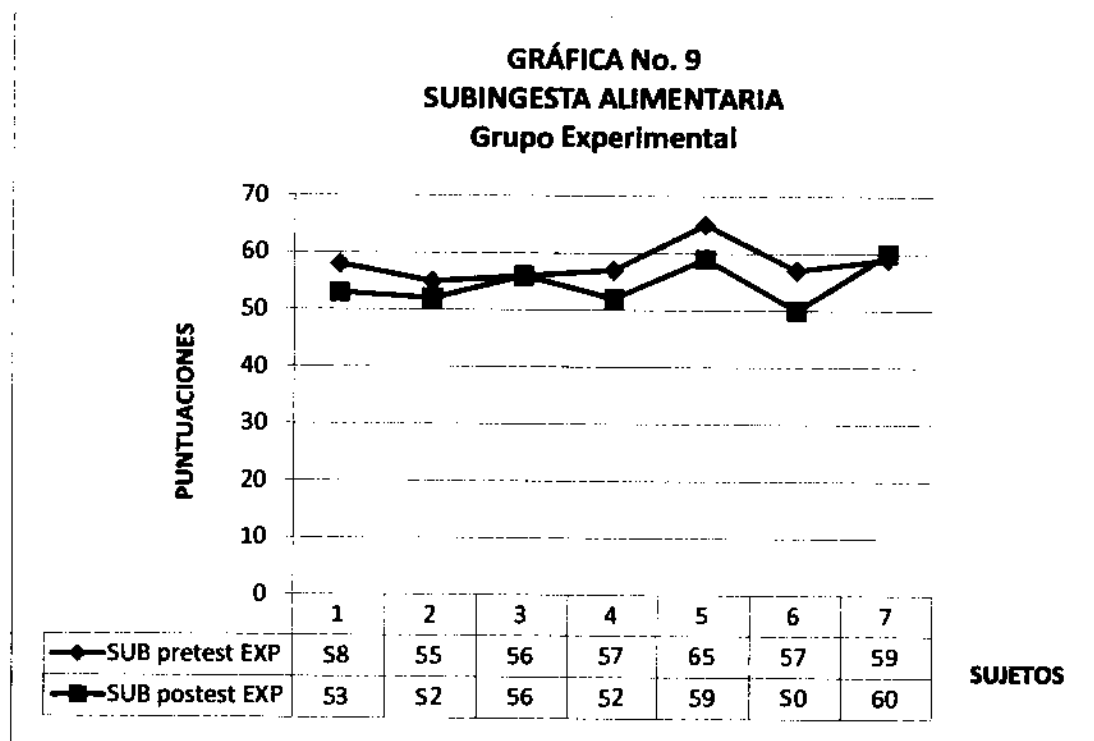
Diferencia	3.571
t (Valor observado)	3.101
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.011
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 1.05%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Subingesta Alimentaria del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se comprueba la efectividad del tratamiento.

Gráfica N° 9

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala de Subingesta Alimentaria:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe una disminución significativa en la Subingesta Alimentaria en cinco de las participantes. Una participante se mantuvo igual y solo una aumento un punto en esta escala en el post-test.

Subingesta Alimentaria / Grupo Control

Tabla N° 31

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Subingesta Alimentaria:

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	53	59	59	68	57	52	56
Post – test	63	55	62	63	44	48	52

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Subingesta Alimentaria.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Subingesta Alimentaria.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 32

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Subingesta Alimentaria Pre-test/Post -test del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	52.000	68.000	57.714	5.282
Post-test	7	44.000	63.000	55.286	7.697

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011,

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

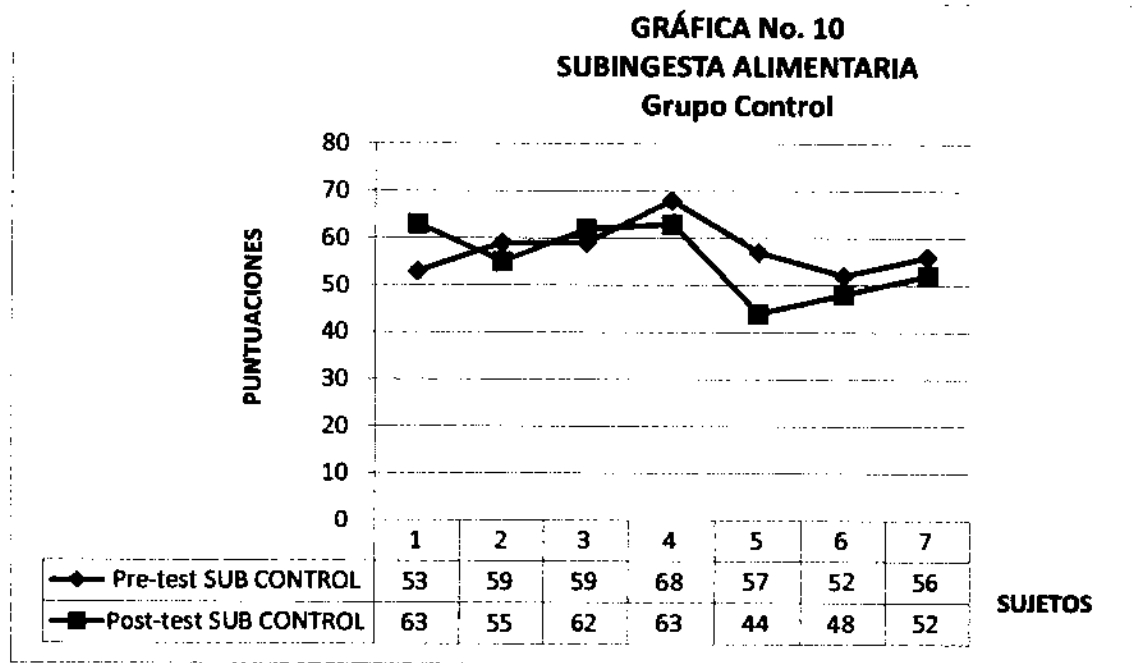
Diferencia	2.429
t (Valor observado)	0.894
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.203
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es de 20.28%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Subingesta Alimentaria del grupo control no presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se puede concluir que la Subingesta Alimentaria no varió en el grupo control al no recibir el tratamiento.

Gráfica N° 10

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Subingesta Alimentaria:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que cinco de los siete sujetos del grupo control mostraron una leve disminución en el post – test, y dos de ellos aumentaron la Subingesta Alimentaria. A pesar de que algunos mostraron una disminución, no fue lo suficiente como para afirmar que hubo un cambio estadísticamente significativo en esta escala.

2.2.5. Alteración Afectiva

Alteración Afectiva / Grupo Experimental

Tabla N° 33

Comparación de las puntuaciones *T* obtenidas en la escala de Alteración Afectiva del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren, entre el pre-test y el pos-test del grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre-test	70	69	57	62	57	59	64
Post-test	60	65	57	50	54	55	60

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Alteración Afectiva.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo experimental en la variable Alteración Afectiva.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 34

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Alteración Afectiva Pre-test/Post -test del grupo experimental.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	57.000	70.000	62.571	5.381
Pos-test	7	50.000	65.000	57.286	4.889

Fuente: Maris Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%.

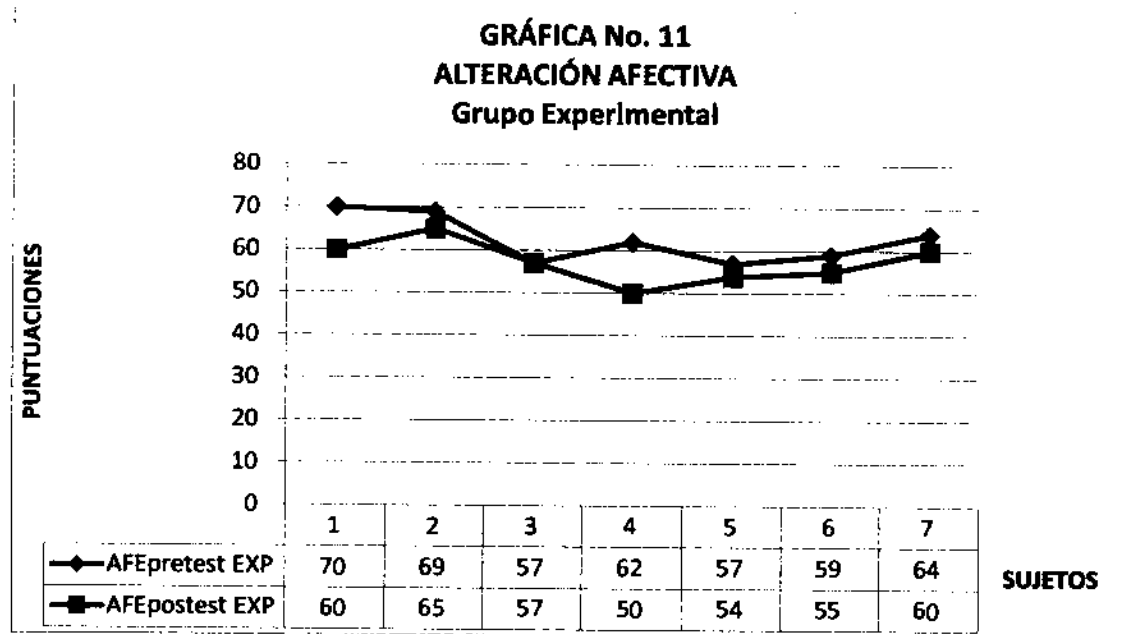
Diferencia	5.286
t (Valor observado)	3.336
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.008
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 0.78%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Alteración Afectiva del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto, se comprueba la efectividad del tratamiento.

Gráfica N° 11

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo experimental de la escala de Alteración Afectiva:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe una disminución significativa en la Alteración Afectiva en seis de las participantes. Solo una se mantuvo igual en esta escala en el post-test.

Alteración Afectiva / Grupo Control

Tabla N° 35

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Alteración Afectiva:

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7
Pre – test	54	64	69	75	70	66	67
Post – test	55	64	55	70	63	58	57

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Hipótesis:

H₀: No existe una diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Alteración Afectiva.

H₁: Existe diferencia significativa entre las medias del pre-test y el post-test del grupo control en la variable Alteración Afectiva.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Tabla N° 36

Estadísticas descriptivas: Comparación de la Alteración Afectiva Pre-test/Post -test del grupo control.

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Pre-test	7	54.000	75.000	66.429	6.503
Post-test	7	55.000	70.000	60.286	5.589

Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

Cálculo estadístico de la prueba:

Prueba t para dos muestras apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:

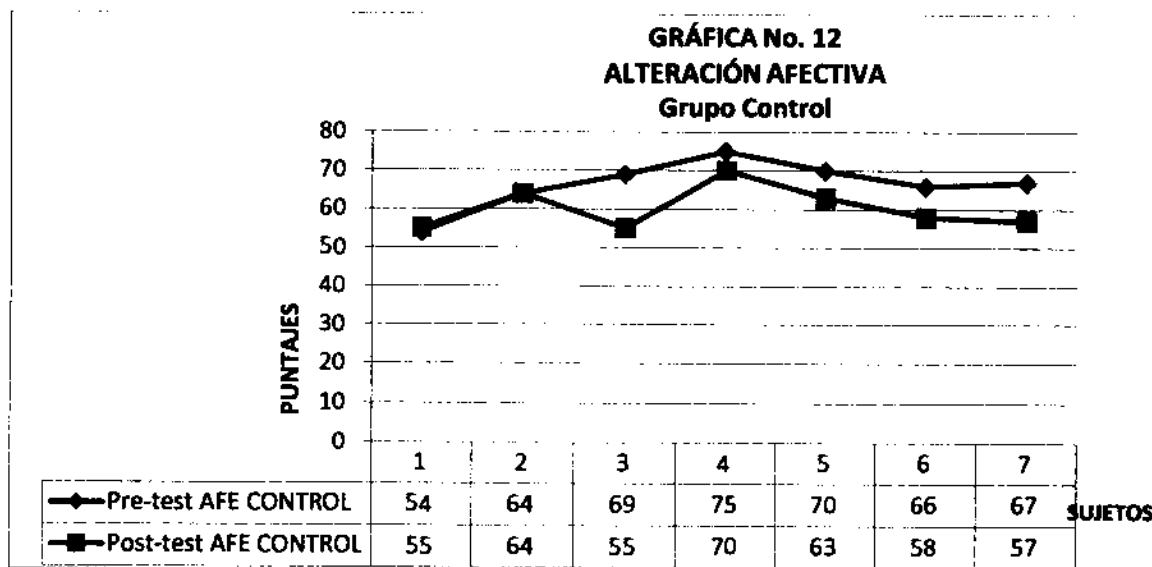
Diferencia	6.143
t (Valor observado)	3.046
t (Valor crítico)	1.943
GDL	6
p-valor (unilateral)	0.011
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0) cuando es verdadera es menor que 1.13%.

Conclusión: Con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos en la escala de Alteración Afectiva del grupo control presentan una variación estadísticamente significativa.

Gráfica N° 12

Comparación entre el pre-test y el post-test del grupo control de la escala de Alteración Afectiva:



Fuente: María Eugenia Despaigne de Martín, 2011

La gráfica muestra que las pruebas estadísticas prueban la hipótesis alterna. Existe una disminución significativa en la Alteración Afectiva en cinco de los participantes. Cinco de los siete sujetos del grupo control mostraron una disminución en el post – test, y dos de ellos mantuvieron la Alteración Afectiva.

3. DISCUSIÓN

3.1. Resultados Estadísticos

3.1.1. Grupo Experimental

En el análisis estadístico presentado en la sección anterior, se pudo advertir que se comprobó la prueba de hipótesis para la variable principal, la Sobreingesta Alimentaria. También se comprobó la prueba de hipótesis para las variables secundarias Imagen Corporal, Expectativas Relacionadas con Comer, Antojos Alimentarios, Subingesta y Alteración Afectiva. El grupo experimental mostró cambios estadísticamente significativos que demostraron la efectividad del tratamiento.

La baja en la Sobreingesta fue consistente en todos los miembros del grupo experimental, menos en la sujeto #2, quien aumentó su Sobreingesta en el post-test, sin embargo, esto no afectó la efectividad del tratamiento. A pesar de ello, este mismo sujeto bajó significativamente en las demás escalas de la prueba. Al disminuir la Sobreingesta Alimentaria también se notó cambios positivos en el peso de las participantes, comparados con el peso de los participantes del grupo control: en el grupo experimental el 57.14% de las participantes bajó entre 8 a 14 lbs., mientras que en el grupo control el 28.57% de los participantes bajó entre 1 a 7 lbs. En el grupo experimental el 42.85% de las participantes subió entre 2 a 5 lbs., mientras que en el grupo control el 71.42% de los participantes subió entre 3 a 11 lbs. de peso. Esto demuestra que el tratamiento psicodinámico de grupo también ayudó a que, al controlar mejor los atracones de comida, hubiera una baja en el peso de las participantes y una subida del peso menos marcada como la que se observó en el grupo control.

Con relación a todas las variables secundarias, las participantes mostraron una mejoría significativa que confirma aún más la efectividad del tratamiento no solo para la Sobreingesta, sino también para otros aspectos psicológicos asociados a este trastorno. La Imagen Corporal mejoró significativamente, lo que demuestra que el tratamiento psicodinámico de grupo ayudó a disminuir el vínculo de la apariencia personal con el

sentido de identidad personal de las participantes, lo que hace que los éxitos y los fracasos en los esfuerzos por bajar de peso no sean potencialmente abrumadores

Las Expectativas Relacionadas con Comer, las cuales representan una manera de alcanzar la regulación emocional, también disminuyeron significativamente, lo que demuestra que el tratamiento ayudó a desarrollar estrategias alternativas para el manejo del estrés emocional, encontrando otras habilidades de afrontamiento en lugar de escoger a la comida como la primera opción.

El tratamiento ayudo a que los Antojos Alimentarios y la Subingesta Alimentaria, disminuyeran significativamente, lo que indica que las participantes lograron aprender a controlar sus deseos intensos por ciertos alimentos y redujeron su tendencia a no comer lo suficiente y hacer dietas restrictivas que luego llevan al atracón.

La Alteración Afectiva fue otra escala que mejoró significativamente en el grupo experimental. La contención obtenida a través de la terapia de grupo y la adquisición de herramientas emocionales, ayudaron a que la depresión, la ansiedad y/o el estrés de las participantes disminuyeran.

Esto comprueba que la técnica psicodinámica de terapia breve aplicada a un grupo de mujeres con trastorno por atracón es efectiva para disminuir el síntoma de la sobreingesta y otros factores psicológicos asociados; y como consecuencia tener un impacto positivo en el peso. Fue claro que, al observar los datos socio-demográficos, el grupo experimental, hasta el momento de recibir el tratamiento, había tenido muchos años de tener preocupaciones por su peso y de haber intentado toda clase de dietas, ejercicios y métodos para bajar de peso sin conseguir éxito alguno permanente, de hecho muchas, a pesar de saber mucho sobre nutrición, no podían poner en práctica sus conocimientos al respecto y cedían siempre a los antojos.

El tratamiento psicodinámico de grupo al no concentrarse en estas cuestiones sino más bien en el entendimiento de que el atracón ayuda a la regulación del afecto, abrió un amplio compás para que las participantes empezaran a realizar conexiones entre sus

sentimientos, las relaciones con sus seres queridos y su forma de relacionarse con la comida. Al mejorar la regulación de los afectos, los síntomas comenzaron a disminuir.

Grupo Control

En el grupo control hubo una disminución en algunas de las escalas. Este descenso en los puntajes del grupo control fue mucho más leve y menos consistente que en el grupo experimental por ello, estadísticamente hablando, esto no fue significativo. La única escala en el grupo control en la que se comprobó la prueba hipótesis fue la de Alteración Afectiva.

A pesar de no ser significativos los cambios en cinco de las escalas tomadas en cuenta para esta investigación, llamó mucho mi atención la disminución de los síntomas de ciertas escalas del grupo control. Esto se lo atribuyo al alto nivel de motivación que presentó la muestra total a la hora de querer mejorar o controlar su mala relación con la comida. El grupo control en lista de espera al igual que el grupo experimental expresó una gran necesidad de aprender a manejar sus atracones y de bajar de peso. Esto está fundamentado en una de las escalas que no se incluyó en la presente investigación denominada “Motivación para Bajar de Peso” en la que todos los participantes de la muestra obtuvieron altas puntuaciones ($\geq T 60$), lo que demostraba que todos estaban listos para realizar el esfuerzo necesario para bajar de peso y mejorar la mala relación con la comida que presentaban en aquel entonces antes del tratamiento. Mi hipótesis es que el grupo control en lista de espera, a pesar de saber que recibirían el tratamiento psicodinámico después de cuatro meses desde que fueron evaluados, continuaron con sus esfuerzos para bajar de peso a través de la búsqueda de ayuda en médicos, nutricionistas y gimnasios; sin embargo, éstos esfuerzos no fueron suficientes ya que el aspecto emocional del trastorno por atracón no fue atacado y muchos de ellos en lugar de bajar de peso, lo aumentaron.

Esta misma motivación para bajar de peso y el haber escuchado en el primer encuentro de la evaluación la importancia de tomar en cuenta los factores emocionales

que llevan a atragantarse de comida, hizo que algunos de los participantes del grupo control buscaran ayuda terapéutica, razón por la cual considero que esta es la razón por la que en la escala de Alteración Afectiva se probó la hipótesis y los cambios fueron significativos. De igual forma, después de realizar la entrevista clínica con los participantes del grupo control, al terminar el tratamiento con el grupo experimental, noté que varios de ellos habían mejorado su estado emocional debido que situaciones del ambiente, fuera de su control, habían mejorado considerablemente y ya no presentaban los mismos niveles de ansiedad, estrés o depresión que cuando habían sido evaluados la primera vez.

3.2. El Tratamiento

3.2.1. La Entrevista Inicial

En la entrevista clínica con cada una de las participantes se profundizó acerca de sus historias personales desde las memorias más tempranas hasta la actualidad. El paso a través de cada una de las etapas del desarrollo con sus consecuentes pérdidas y ganancias y las relaciones de apego más cercanas, dio a luz la génesis de las dificultades con el peso y la comida. Al final de la sesión, a manera de diagnóstico se le explicó a cada una su “mapa” de sus problema con la comida, tratando de aclarar cómo y desde qué momento la comida había tomado el lugar de un calmante emocional o un regulador del afecto cuando las cosas se ponían difíciles con las circunstancias de la vida o con las personas amadas. De esta forma se estableció la alianza terapéutica y se construyó un puente de confianza para el inicio de la psicoterapia de grupo.

Después de establecer los contratos terapéuticos con las participantes y explicarles cómo sería la estructura de las sesiones se les explicó que el proceso de recuperación de la compulsión por la comida era un “Viaje”, más que un evento particular, un destino o un número en la pesa. El proceso involucraba cambios, retos e “*insights*” y esto podría causar temor. Cada sesión entonces sería un “Viaje” al interior de cada una, de sus

afectos y de sus relaciones con sus seres queridos; mas que una clase de nutrición o asesoramiento para tener una vida saludable.

3.2.2. La psicoterapia breve de grupo

Las primeras sesiones de la etapa inicial se utilizaron para que cada una de las participantes compartiera su historia y al mismo tiempo las demás trataran de conectarse con lo que esa historia les evocaba. A través de esta escucha se activó el mecanismo de la identificación, el cual contribuyó a establecer la cohesión de grupo, la cual fue reforzada por el deseo común expresado por todas de poder controlar su compulsión por la comida después de ya haberlo intentado todo. Veían al grupo como una oportunidad de crecer, controlar su mala relación con la comida y bajar de peso. Compartieron también sus miedos a no lograr la meta, miedo a desbordarse en sentimientos y no poder parar; y miedo a encontrar cosas desconocidas en su historia.

Uno de los aspectos más llamativos de las primeras sesiones fue la dificultad de las participantes para identificar sus sentimientos, de hecho les era sumamente difícil adjudicarles nombres a sus estados afectivos y constantemente utilizaban las palabras “bien” o “mal” para describir lo que sentían. Conectar las circunstancias desagradables con los afectos también fue otra dificultad que se observó en ellas. Al no poder tomar conciencia de sus estados emocionales y no poder “nombrar” el sentimiento, el uso de la comida era el objeto utilizado para anesthesiarse y así regular la incomodidad interna.

En un principio algunas de las participantes solo podían reconocer la sensación de hambre o de vacío en sus estómagos y las ganas de comer. También se observó que los afectos al no ser hablados se somatizaban a través de los resfriados, la opresión en el pecho, el dolor de cabeza y la revoltura estomacal. Los sentimientos con más dificultad de expresar fueron la ira, la impotencia, la frustración, la soledad y el desvalimiento. A través de las interpretaciones psicodinámicas poco a poco las participantes comenzaron a comprender la metáfora de sus atracones y de sus síntomas físicos.

La resistencia al tratamiento fue un elemento que estuvo desde el principio de la psicoterapia de grupo y se manifestó a través de las constantes tardanzas de los

miembros, las ausencias de algunas y el no realizar las reflexiones o “Viajes” que se entregaban al final de cada sesión con el fin de explorar con mayor profundidad entre sesiones los temas conversados. Las participantes para el final de la terapia podían reconocer por ellas mismas sus propias resistencias y hasta señalárselas a sus compañeras después de haber logrado el *insight* de lo que esto significaba.

Los atracones que se dieron durante la psicoterapia de grupo, algunas veces fueron interpretados como resistencia al cambio, pero a su vez fueron los momentos más valiosos para entender como grupo, cómo éste se usaba para lidiar con las emociones no expresadas o los conflictos subyacentes no resueltos. Estos estuvieron durante todo el tratamiento y a pesar de haber disminuido considerablemente no se llegó a una completa recuperación, razón por la cual considero que esa es la razón por la que algunas de las participantes subieron algo de peso.

Durante la etapa intermedia, uno de los aspectos que enriqueció muchísimo el proceso de grupo fue los sueños que trajeron los miembros del grupo, los cuales estuvieron llenos de contenido psicodinámico y, una vez, el grupo comprendió el concepto de que el sueño de una era el sueño del grupo, tomaron una participación activa en la interpretación de los mismos para el beneficio del grupo, siempre enfocándolos a los problemas con la comida, usando el simbolismo de los mismos para el crecimiento grupal en función de los atracones y la mala relación con la comida y el cuerpo. A través de los sueños llevados al grupo, considero que las participantes lograron comprender cómo los objetos internos malos o persecutores obstaculizaban las relaciones sanas con sus seres queridos y esto se traducía en la mala relación con la comida. Llegaron a la conclusión de que estas “cosas malas” que normalmente pertenecían al pasado había que tratar de eliminarlas o de rescatar las “cosas buenas” con el fin de encarar mejor sus relaciones y no esconderse o anestesiarse en la comida.

La transferencia hacia la terapeuta fue de tipo materna, las participantes trataron de no enojarse conmigo, a pesar de mis interpretaciones transferenciales sugerían que podrían estarlo. Durante la etapa de la terminación manifestaron tener miedo de que sin mi guía podrían volver para atrás y regresar a los atracones ya que sentían que yo las

protegía y semanalmente les daba herramientas para trabajar con su dificultad con la comida.

No es el propósito de esta investigación hacer un análisis cualitativo del tratamiento, sin embargo, no puedo dejar de mencionar aspectos importantes que observé durante el proceso de las 15 sesiones y que pueden ser tomados en cuenta para futuras investigaciones sobre aspectos psicológicos que presentan las pacientes con el trastorno por atracón.

Algo que llamó muchísimo mi atención fue que todas las participantes habían perdido de una u otra manera a sus padres (muerte prematura, mudanzas, falta de provisión económica, desconexión emocional o abandono) y que mantenían un duelo no resuelto con ellos, ya fuera por no aceptar la muerte y extrañarlos constantemente o por mantener una situación de rencor u odio hacia la figura paterna. La depresión evidente o encubierta debido a esto era incuestionable.

En varias ocasiones se observó que las pacientes se atracaban con las comidas que solían comer acompañadas de sus padres o en momentos de ansiedad o depresión, escogían alimentos que sus padres disfrutaban en vida o que les compraban en momentos de diversión y acompañamiento. Esto fue interpretado como que el padre amoroso se sustituye con la comida que lo representaba a él: se incorpora oralmente al padre a través del alimento que lo representa a él y simbólicamente al “tenerlo adentro” cumple entonces las funciones de protección, dar amor y provisión que no se tienen en el presente regulando así el afecto. Aquí podría hacer referencia al objeto transicional de Winnicott en la que ciertos alimentos específicos sustituyen a la presencia no de la madre sino más bien del padre. La añoranza de protección, afecto y provisión masculinos debido a la carencia de estos mismos se pone un objeto (la comida) que sustituye y simboliza al padre.

Con relación a la figura materna lo que observé fue algo muy diferente a lo que observé con la figura del padre. En este caso no existe una añoranza del padre sino más bien una relación conflictiva con la madre. La madre apareció como una figura que no contenía los sentimientos, que podía ser intrusiva, dependiente y que depositaba en su

hija sus sentimientos de desvalimiento e inferioridad, razón por la cual desde pequeñas las participantes tenían la tendencia a cuidar, estar preocupadas por la madre y complacerla. Esto producía la inversión de los roles y las pacientes terminaban cuidando de todos los demás menos a ellas mismas. En sus vidas adultas es muy claro como ellas son expertas en cuidar de los demás y “leer” lo que les pasa; más les es muy difícil cuidarse a sí mismas y leer sus propios sentimientos.

La madre quien es la figura encargada de nutrir (física y emocionalmente), falla en su función y entonces las hijas terminan incorporando oralmente esta función. al no recibir el afecto ni la función contenedora de la madre, ellas se convierten en el depósito o contenedor de ellas mismas, a través de la comida. En general ellas actúan como un contenedor para los demás pero al ellas no tener quien las contenga, terminan refugiándose en la comida como una forma de calmarse a ellas mismas. Algunas madres literalmente demostraban el afecto rellenándolas de comida en lugar de hacerlo verbal y/o físicamente. Aquí puedo hacer referencia al concepto de Gianna Williams sobre el niño que es usado como reservorio en lugar de ser contenido por la madre. De igual forma viene a mi mente la teoría de Otto Kernberg en la que a través del atracón se ataca al objeto internalizado de la madre porque no se puede atacar a la madre directamente en la vida real, ya que los sentimientos de culpa serían intolerables.

Considero que estas dinámicas interiorizadas se replican en el presente de estas pacientes al verse expuestas a situaciones parecidas de abandono y/o falta de contención (Bion) de sus afectos y por lo tanto, se continúa usando a la comida como un regulador del afecto. Esta conducta es autodestructiva e inconsciente y sabotea los deseos racionales de querer llevar una vida saludable. Este auto-saboteo tiene que ver con sentimientos no expresados que terminan auto-regulándose a través de los atracones

4. CONCLUSIONES

4.1. Sobre la población y la muestra:

- En la población evaluada, hombres y mujeres entre los 21 y los 59 años de edad, el 69.23% padecía del trastorno por atracón.
- De la muestra escogida para el estudio el 13.33% fueron hombres y el 86.66% fueron mujeres
- El grupo experimental, por selección aleatoria, estuvo compuesto al 100% por mujeres, mientras que en el grupo control el 28.57% fueron hombres y el 71.43% fueron mujeres.
- Estos porcentajes llevan a la conclusión de que en la muestra de esta investigación el trastorno por atracón se dio más en mujeres que en hombres.
- Los datos demográficos de la muestra total demostraron que, al padecer del trastorno por atracón, la evaluación del peso está por encima o muy por encima de lo normal, la preocupación por el peso no tiene una edad de inicio homogénea y existe una inconsistencia en mantener un peso estable a través del tiempo.

4.2. Sobre los resultados del tratamiento

- La aplicación del tratamiento de una psicoterapia psicodinámica breve de 15 sesiones a un grupo de mujeres que presentaban el trastorno por atracón, fue efectiva y arrojó resultados estadísticamente significativos.
- Con relación al peso de los sujetos antes y después del tratamiento, se puede concluir que la psicoterapia psicodinámica tiene como ganancia secundaria la pérdida de peso, al disminuir la sobreingesta compulsiva.
- El tratamiento no solo fue efectivo para disminuir la sobreingesta alimentaria sino que también mostró una mejoría significativa en otros aspectos psicológicos asociados a este trastorno como lo son la imagen corporal, las expectativas

relacionadas con comer, los antojos alimentarios, la subingesta alimentaria y la alteración afectiva.

- La alteración afectiva en el grupo control disminuyó, aunque no se recibió tratamiento, debido a que varios buscaron ayuda psicoterapéutica y otros reportaron una mejoría en las situaciones ambientales y de relación que presentaron en el momento del pre-test.

4.3. Sobre los aspectos psicodinámicos del trastorno por atracón, encontrados a través del tratamiento

- El trastorno por atracón es una metáfora de falta de regulación de los afectos y el tratamiento psicodinámico contribuyó a desenmascarar los significados de la sobreingesta alimentaria logrando el aprendizaje de nuevas habilidades emocionales de afrontamiento ante situaciones difíciles con las demás personas y con circunstancias del día a día.
- Los sentimientos descubiertos a través de la psicoterapia de grupo que el atracón pretende anestesiar son la ira, la impotencia, la soledad y el desvalimiento. A la vez, estos sentimientos se somatizan encontrando una vía simbólica a través de los resfriados, los dolores de cabeza, la opresión en el pecho y la revoltura estomacal. El hambre física algunas veces es una metáfora del hambre emocional.
- El trastorno por atracón es usado para afrontar sentimientos de devaluación y la dificultad para poner límites.
- El trastorno por atracón es un síntoma que se manifiesta al tener situaciones inconclusas de duelo con la figura paterna y conflictos con la figura materna que tienen que ver con un déficit en la función materna en los primeros años de vida y en la continuidad del ciclo de vida.

- En el trastorno por atracón, la comida se usa como un objeto transicional que brinda protección, compañía, calma y contención; y por lo tanto, ayuda a regular el afecto.
- Las conductas del trastorno por atracón son autodestructivas e inconscientes y sabotean los deseos racionales de querer llevar una vida saludable. La base de estas conductas está en un ataque inconsciente a la representación interna de la madre.
- El trastorno por atracón es usado como una estrategia de afrontamiento ante la incapacidad para contener ideas, pensamientos y emociones; y en la necesidad de incorporar el amor a través de la comida, la cual representa la función materna.

5. RECOMENDACIONES

5.1. La Investigación:

- Replicar la investigación a otros grupos que presenten el trastorno por atracón con el fin de que se beneficien de los efectos que la psicodinámica breve de grupo tiene en el síntoma de la sobreingesta alimentaria y otros aspectos psicológicos del trastorno.
- Aumentar el número de sesiones de la terapia breve a 30 sesiones. Esto ayudaría a profundizar más en el foco de la terapia, logrando mejores resultados aún más marcados en la disminución de los atracones y otros síntomas asociados.
- Volver a evaluar al grupo experimental 6 meses después del post-test con el fin de observar si los cambios logrados se mantienen en el tiempo.
- Realizar una segunda vuelta con el grupo experimental para reforzar los cambios logrados la primera vez y brindarles más herramientas de afrontamiento y entendimiento de su trastorno y volver a medir el antes y el después.
- Realizar investigaciones aplicando psicoterapia de grupo a largo plazo para el trastorno por atracón y medir sus efectos.
- Realizar la investigación sobre la prevalencia del trastorno por atracón en Panamá.

5.2. La Intervención Clínica:

- Existen algunos pacientes con el trastorno por atracón que no pueden ser incluidos en tratamientos psicoterapéuticos de grupo debido a que presentan trastornos de personalidad severos u otros trastornos psicológicos. A ellos se les debe de tomar en cuenta para tratamientos individuales.
- Realizar investigación sobre el tratamiento individual psicodinámico del trastorno por atracón.

- Ayudar a los pacientes tanto en la terapia individual como en la de grupo a encontrar el significado de sus síntomas, los cuales se depositan en las dificultades con la comida, el peso y la figura.
- Ayudar al paciente a explorar sus duelos inconclusos con sus figuras parentales y los conflictos en la diada madre-hijo.
- Brindarle al paciente herramientas de afrontamiento ante situaciones de estrés y situaciones en las que se sienta devaluado y le cueste poner límites.

5.3. En la sociedad en general:

- Concientizar a la población panameña sobre la presencia de este trastorno, su incidencia en la obesidad y la importancia de su tratamiento por una vía psicológica además de la nutricional.
- En centros de adelgazamiento y control de la obesidad, realizar evaluaciones sobre el trastorno por atracón con el fin de detectar a las personas que necesitan ser intervenidas con técnicas psicológicas además de las técnicas nutricionales y de ejercicios.
- En pacientes candidatos a la cirugía bariátrica, realizar evaluaciones pre-operatorias para brindarle a estas personas herramientas terapéuticas que los hagan conscientes de su trastorno, el cual podría reaparecer uno o dos años después de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Aberastury, A. (1971). *Adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.
- Alonso, A. y Swiller, H. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: Editorial Manual Moderno.
- Arenson, G. (1991). *Una sustancia llamada comida*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ashbach, Ch. & Schermer, V (1987). *Object relations, the self & the group*. New York: Routledge.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. México: Ed Manual Moderno.
- Bach, R. (1997) *Anorexia y bulimia trastornos alimentarios*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Balint, M., Balint, E. & Ornstein, P. (1996) *Psicoterapia focal terapia breve para psicoanalistas* España: Editorial Gedisa.
- Bateman, A , Fonagy, P. (2006) *Mentalizing & borderline personality disorder*. En J. G Allen & P. Fonagy. *Handbook of mentalization-based treatment* Estados Unidos John Wiley & Sons, Ltd.
- Bateman A. & Fonagy, P (2007). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder*. New York: Oxford University Press.
- Bion, W. (1980). *Experiencias en grupos*. España: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base clinical applications of attachment theory* London: Routledge.
- Braier, E. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires Nueva Visión.
- Brownell, K D. (2002) *The environment & obesity*, en C. G Fairburn y K D. Brownell. *Eating disorders & obesity A comprehensive handbook*. New York. The Guildford Press.
- Bruch, H (1973). *Eating Disorders Obesity, anorexia nervosa, & the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with anorexics*. London: Jason Aronson, Inc.
- Coker Ross, C. (2009). *The binge eating & compulsive overeating workbook*. California: New Harbinger Publications Inc.

- Fairburn, Ch (1995) *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self* New York: Otherpress.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Argentina: Amorrurtu.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1997). *Handbook of treatments of eating disorders* Estados Unidos: The Guilford Press.
- Garfinkel, P. (1995). *Classification and diagnosis of eating disorders*, en K.D Brownell y C.G. Fairburn. *Eating disorders and obesity A comprehensive handbook*. New York: The Guildford Press.
- Goodsitt, A. (1985). *Self psychology & the treatment of anorexia nervosa*. En Garner, D. y Garfinkel, P. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia*. New York: The Guilford Press.
- Harper-Guiffre, H, MacKenzie, K, y Sivitilli, D. (1992). *Interpersonal Group Psychotherapy*. In Harper-Guiffre, H., MacKenzie, K. *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. Washington DC. American Psychiatric Press.
- Hopper, E. (2003). *Traumatic experience in the unconscious life of groups*. London: The International Library of Group Analysis.
- Kauff, P. (1995). *Contribuciones de la terapia analítica de grupo al proceso psicoanalítico*. En Alonso Anne y Swiller, Hillel *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica* México: Editorial Manual Moderno.
- Lafiti R., Kellum, J., De María, E & Sugerman, H. (2002). *Surgical treatment of obesity* In T. A. Wadden y A. J. Stunkard, *Handbook of obesity treatment*. New York: Guildford Press.
- McKenzie K. (1995). *Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado* En Alonso A y Swiller, H. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica* México Editorial Manual Moderno.
- Malan, D. (1963). *La psicoterapia breve*. Argentina: Centro Editor de America Latina S.A.
- Marcus, M., (1997). *Adapting treatment for patients with binge-eating disorder*. In Garner, D. & Garfinkel, P., *Handbook of treatments of eating disorders* Estados Unidos: The Guilford Press.

- Menéndez, I (2007) *Alimentación emocional* Barcelona: De Bolsillo.
- Mitchell, D. Devlin, de Zwaan, Crow & Peterson. (2008). *Binge – eating disorder, clinical foundations and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Roth, G. (1995). *Cómo superar la adicción a la comida*. Barcelona: Ediciones Urano.
- O'Donell, W. y Warren, W. (2007) *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria* México. Ed. Manual Moderno.
- Persano, H. (2004). *Abordaje psicodinámico de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. En *Psicoterapia psicoanalítica*, Eizrik, C., et al. Brasil: Artmed Editora.
- PDM Task Force. (2006) *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pine, M. y Hutchinson, S. (1995). *Análisis Grupal*. En Alonso Anne y Swiller, Hillel. *Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica* México: Editorial Manual Moderno.
- Piper W, McCallum M., Azim H (1992). *Adaptation to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy*. New York: The Guildford Press.
- Polivy, J, & Garfinkel, P., (1984). *Group treatments for specific medical disorders anorexia nervosa*. En H. B. Roback, *Helping patients & their families cope with medical problems* San Francisco. Jossey-Bass
- Polivy, J & Federoff, I. (1997). *Group psychotherapy*. En Garner, D. & Garfinkel, P. (1997): *Handbook of treatments of eating disorders* Estados Unidos: The Guilford Press.
- Sacker, I. (2007). *Regaining yourself*. Estados Unidos: Health Communications.
- Sampieri R., Fernández C , Baptista P. (2003) *Metodología de la investigación* México: Mc Graw Hill.
- Sharff & Sharff. (1995). *The primer of object relations therapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Sharff & Sharff (1998) *Tuning the therapeutic instrument affective learning of psychotherapy*. New Jersey: Aronson
- Shore, A. (1994). *Affect regulation & the origin of the self*. New Jersey: Erlbaum

- Singer, E (1969) *Conceptos fundamentales de la psicoterapia* México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Szamos, K. (2006) *Comer compulsivamente*. México: Alpe Ediciones.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud* México: McGraw-Hill Interamericana.
- Wilfley, D., MacKenzie, K., Welch, R., Ayres, V. & Weissman M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for groups* Estados Unidos: Basic Books.
- Williams, G. (1997). *Internal landscapes and foreign bodies*. New York: Routledge.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios en la teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Transitional objects and transitional phenomena a study of the first not-me possession In Playing and Reality* New York Basic Books.
- Yalom, I. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* New York: Basic Books.
- Zerbe, K. (1995). *The body betrayed* Estados Unidos: Gürze Books.
- Zerbe, K. (2008). *Beyond the body betrayed, integrated treatment of eating disorders*. Estados Unidos: WW Norton & Company.

Journals

- Agras, W., Telch, C., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997). *One year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 343-347.
- Allison, K., Wadden, T. Sarwer, D., Fabricatore, A., Cserny, C., Gibbons, L., et al. (2006). *Night eating syndrome & binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery Prevalence & related features*. Surgery Obesity & Related Disorders, 2, 153-158.
- Barry, D., Grilo, C., y Masheb, R. (2002). *Gender differences in patients with binge eating disorder*. International Journal of Eating Disorders, 31, 63-70.
- Branson, R., Potocza, N., Kral, J., Lentz, K., Hoeche, M. & Horber, F. (2003). *Binge eating as a major phenotype of melancortin 4 receptor gene mutations*. New England Journal of Medicine, 348, 1096-1103.

- Broberg, A. G., Hjalms, I & Nevenon, L. (2001). *Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls*. *European Eating Disorders Review*, 9, 381-396.
- Bruch, H. (1962). *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bulik, C., Sullivan, P., y Kendler, K. (2002). *Medical and psychiatric morbidity in obese women with & without binge eating*. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 72-78.
- De Zwaan, M. Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Crosby, R. B., et al. (1994) *Eating related & general psychopathology in obese females with binge eating disorder (BED)*. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.
- De Zwaan, M. (2001). *Binge eating disorder and obesity*. *International Journal of Obesity*, 25, S51- S55.
- De Zwaan, M., Mitchell, J., Howell, L., Monson, N., Swan-Kreimer, L., & Crosby, R.D. (2003). *Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery*. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 428-434.
- De Zwaan, M., Swan-Kreimeier, L., Simonich, H., Lancaster, K., Howell, M., Crosby, R., et al (2007). *A fine-grained analysis of eating behavior 2-years gastric bypass surgery for morbid obesity*. Manuscript submitted for publication.
- Devlin, M. J Goldfein, J. A. y Dobrow, I. (2003) *What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology*. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S2-S18.
- Dymek, M. P., le Grange, D., Neven, K., & Alverdy, J. (2001) *Quality of life and psychosocial adjustment in patients after roux-en-Y gastric bypass*. A brief report. *Obesity surgery*, 11, 32-39.
- Fairburn, C., Doll, H., Welch, S., Hay, P., Davies, B., y O'Connor, M (1998). *Risk factors for binge eating disorder: A community based case-control study*. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., Normal, P., y Connor, M. (2000). *The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women*. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A. Abbate-Daga, G. y Giacomo Rovera, G. (2003). *Mood, eating attitudes & anger in obese women with and without binge eating disorder*. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 559-566

- Favaro, A., Ferrara, S., y Santonastaso, P. (2003). *The spectrum of eating disorders in young women a prevalence study in a general population sample*. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701-708.
- Field, A., Austin, S., Taylor, C., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H., et al. (2003). *Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents*. *Pediatrics*, 112, 900-906.
- Fitzgibbon, M., Spring, B., Avellone, M., Blackman, L., Pingitore, R., & Stolley, M. (1998). *Correlates of binge eating in hispanic, black & white women*. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 43-52.
- Gluck, M. E. (2006). *Stress responses and binge eating disorder*. *Appetite*, 46, 26-30.
- Hasler, G., Pine, D., Gamma, A., Milos, G., Ajdacic, V., Eich, D., et al. (2004). *The associations between psychopathology & being overweight A 20-year prospective study*. *Psychological Medicine*, 34, 1047-1057.
- Hay, P. y Fairburn, C. (1998). *The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Hsu, L., Benotti, B., Dwyer, J., Roberts, S., Saltzman, E., et al. (1998). *Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery A review*. *Psychosomatic Medicine*, 60, 338-346.
- Hsu, L., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa Das, S., Rand, W, Fairburn, C., et al. (2002). *Binge eating disorder in extreme obesity*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 1298-1403.
- Hsu, L., Sullivan, S., y Benotti, P. (1997). *Eating disturbances and outcome of gastric bypass surgery a pilot study*. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 385-390
- Kalarchian, M. A. Marcus, M. D., Wilson G. T. Labouvié, E. W., Brolin, R. E., y La Marca I. B. (2002). *Binge eating among gastric bypass patients at long term follow-up*. *Obesity Surgery*, 12, 270-275.
- Kalarchian, M., Wilson, G., Brolin, R. & Bradley, L. (1999). *Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology*. *Eating and Weight Disorders*, 4, 1-5.
- Kernberg, O. (2000) *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64, 336.

- Lang, T. Hauser, R., Beddeberg, C., y Klaghofer, R. (2002). *Impact of gastric banding on eating behavior and weight*. *Obesity Surgery*, *12*, 100-107.
- Larsen, J., Van Ramshorts, B., Geenan, R., Brand, N., Stroebe, W., y Van Doornen, L. (2004). *Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding*. *Obesity Surgery*, *14*, 1111-1117.
- Larsen, J. Van Strien, T., Eisinga, R. & Engels, R. (2006). *Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals*. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 237-243.
- Laube, J., (1990). *Why Group Therapy for Bulimia?* *International Journal of Group Psychotherapy*, *40*, 169-187.
- Lewinsohn, P , Seeley, J , Moerk, K. & Striegel-Moore, R. (2002). *Gender differences in eating disorder symptoms in young adults*. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 426-440.
- Lubrano-Berthelier, C., Dubern, B., Lacorte, J M., Picard, F., Shapiro, A., Zhang, S., et al. (2006). *Melacortin 4 receptor mutation in large cohort of severely obese adults: prevalence, functional classification, genotype-phenotype relationship and lack of association with binge eating*. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *91*, 1811-1818
- Malone, M., y Alger-Mayer, S. (2004). *Binge status and quality of life after gastric bypass surgery A one-year study*. *Obesity Research*, *12*, 473-481.
- Mazzeo S., Saunders, R., y Mitchell, K. (2005). *Gender and binge eating among bariatric surgery candidates* *Eating Behaviors*, *7*, 47-52.
- Miller, P., Watkins, J., Sargent, R. & Rickert, E (1999) *Self efficacy in overweight individuals with binge eating disorder*. *Obesity Research*, *7*, 552-555.
- Mitchell, J., Lancaster, K., Burgard, M. Howell, L., Krahn, D., Crosby, R et al. (2001). *Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass*. *Obesity Surgery*, *11*, 464-468.
- Mussell, M., Mitchell, J., Weller, C., Raymond, N. Crow, S., & Crosby, R. D. (1995). *Onset of binge eating, dieting, obesity and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder*. *International Journey of Eating Disorders*, *17*. 395-401
- Patton, C. (1992). *Fear of abandonment and binge eating. A subliminal psychodynamic activation investigation*. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *180(8)*, 484-490.

- Pike, K. M., Dohm, FA , Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., y Fairburn. (2001). A comparison of black & white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1455-1460
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P., y Barbe, P. (2003). *Emotional eating, alexithymia and binge eating disorder in obese women*. *Obesity Research*, 11, 195-201.
- Polivy, J., & Herman, C. (1999). *Distress and eating: ¿Why do dieters overeat?* *International Journal of Eating Disorders*, 26, 153-164.
- Powers, P., Perez, A., Boyd, F., y Rosemurgy, A. (1999). *Eating Pathology before & after bariatric surgery A prospective study*. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 295-300.
- Puhl, R., y Brownell, K. (2001). *Obesity, bias and discrimination*. *Obesity Research*, 9, 788-805.
- Raymond, N., de Zwaan, M., Mitchell, J., Ackard, D., & Thuras, P. (2002) *Effect of a very low calorie diet on the diagnostic category of individuals with binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 49-56.
- Saunders, R. (2004). *Grazing: A high risk behavior*. *Obesity Surgery*, 14, 98-102.
- Sherwood, N, Jeffery, R., y Wing, R. (1999) *Binge status as a predictor of weight loss treatment*. *International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders*, 23, 485-493.
- Steiner, H. (1990) *Defense styles in eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 141-151
- Skarderud, F. (2007). *Eating one's words, part I "concretized metaphors" and reflective function in anorexia nervosa – an interview study*. *European Eating Disorders Review*, 15, 163-174..
- Skarderud, F (2009). *Bruch Revisited and Revised*. *European Eating Disorders Review*, 17, 83-88.
- Smith, D., Marcus, M., Lewis, C., Fitzgibbon, M., & Schreirner, P. (1998). *Prevalence of binge eating disorder, obesity and depression in a biracial cohort of young adults*. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 227-232.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. et al., (1992). *Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria*. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-204.

- Stice, E., Presnell, K. y Shaw, H. (2005). *Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective study*. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 73*, 195-202
- Striegel-Moore, R. & Franko, D. (2003). *Epidemiology of binge eating disorder*. *Journal of Eating Disorders, 34*, S19-S29.
- Stunkard, Albert. (1959) *Eating patterns and obesity*. *Psychiatric Quarterly, 33*, 284-295.
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M., Yanovski, S., Cox, C. Theim, K., Keil, M., et al. (2006) *A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity*. *Pediatrics, 117*, 1203-1209.
- Tasca, G., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., Bissada, H., (2006). *Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder An aptitude by treatment interaction*. *Psychotherapy Research, 16(1)*, 106-121.
- Telch, C. & Agras, W. (1996). *¿Do emotional states influence binge eating in obese?* *International Journal of Eating Disorders, 20*, 271-279.
- Vanderlinden, J. (2008). *Many roads lead to Rome ¿Why does Cognitive Behavioral Therapy remain unsuccessful for many eating disorder patients?* *European Eating Disorders Review, 16*, 329-333.
- Wade, T., Bergin, J., Tiggemann, M., Bulik, C., y Fairburn, C. (2006). *Prevalence and long term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort*. *Australian & New Zealand journal of Psychiatry, 40*, 121-128.
- Westenhöfer, J. (2001). *Prevalence of eating disorders & weight control practices in Germany in 1990 and 1997*. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 477-481.
- Wilfley, D., Welch, R., Stein, R., Spurrell, E., Cohen, L., Saelens, B., et al. (2002). *A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder*. *Archives of General Psychiatry, 59*, 713-721.
- Wilfley, D., Wilson, G., y Agras, W. (2003). *The clinical significance of binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorder, 34*, S96-S106.
- Wilson, G., Nonas, C. y Rosenblum, G. (1993). *Assessment of binge eating in obese patients*. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 25-33.

Tesis

Alvarado, I. (2003). *Intervención terapéutica a un grupo de adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria y que presentan síntomas de etapas iniciales, a través de un programa de intervención grupal*. Universidad de Panamá, Vicerectoría de Investigación y Posgrado.

Despaigne, M. E. (1997). *Estudio comparativo sobre el autoconcepto de adolescentes obesos y de peso normal*. Universidad Santa María La Antigua, Facultad de Humanidades.

Grossman, S. (2003). *Psicoterapia psicoanalítica en un grupo de niñas que presentan déficit e Inconstancias objetales*. Universidad de Panamá, Vicerectoría de Investigación y Posgrado.

Conferencias

Fonagy, P. (2009) *¿Can we understand eating disorders as disorders of mentalization? Presentation in the conference "Minding the body"*. Londres, Anna Freud Centre, octubre 2008.

Kernberg, O. (1998) *Trastornos de la conducta alimentaria*. III Simposio Latinoamericano de Psiquiatría Dinámica, Sede Buenos Aires, 19 al 21 de agosto de 1998.

Sommerfeldt & Skårderud, Bateman A. & Fonagy, P (2009). *Minding the body Mentalizing & eating disorders Conference "Minding the body"* Londres, Anna Freud Centre, octubre 2008

Artículos de Periódico

André M. (2010) *Obesidad problema de salud pública*. Diario La Prensa, Panamá, domingo 28 de noviembre del 2010. Año 30 No. 9751. Primera Plana.

ANEXOS

ANEXO No. 1

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Paciente 1 – 37 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la Conducta Alimentaria No especificado [307.50]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Conflictos conyugales

Eje V: EEAG= 65

Paciente 2 – 35 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Conflictos con la pareja, duelo no resuelto del padre

Insuficiencia económica

Eje V: EEAG= 53

Paciente 3 – 26 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Duelo no resuelto del padre

Eje V: EEAG= 68

Paciente 4 – 34 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG= 62

Paciente 5 - 51 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Duelo no resuelto de sus padres

Eje V: EEAG= 65

Paciente 6 – 55 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Duelo no resuelto de su padre

Eje V: EEAG= 65

Paciente 7 – 43 años

Diagnóstico Diferencial

Eje I: F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307 50]

Z63.0 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Eje II: Ninguno

Eje III: Ninguno

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG= 61

ANEXO No. 2

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PERSONAS QUE
FUERON SELECCIONADAS PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO**

Estoy consciente de que participaré en la investigación llevada por la Lic. María Eugenia Despaigne de Martín en donde a través de una psicoterapia breve se trabajará la sobreingesta alimentaria que presento.

He sido informado(a) sobre la duración de la psicoterapia breve (15 sesiones), y que se me aplicará un cuestionario en la sesión número 15, el cual me comprometo a llenar a cabalidad con el fin de contribuir con la investigación.

He sido informado(a) que la presente investigación no tendrá costo alguno para mí y que el único compromiso que tengo es el de asistir puntualmente por hora y media a cada una de las sesiones.

Dado en Panamá a los ____ días del mes de _____ del 2011

La Investigadora

María Eugenia Despaigne de Martín

El (la) Participante

William E. O'Donnell, PhD, MPH
& W. L. Warren, PhD



Nombre o número de identificación: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Género: Femenino Masculino

Educación (número de años terminados):

<12 12 13 14 15 16 >16

Raza/Grupo étnico: Asiático

Africano Americano

Latinoamericano

Blanco

Otro

ANEXO No. 4

DISEÑO DE LAS SESIONES DE LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA BREVE PARA PACIENTES CON EL TRASTORNO POR ATRACÓN

El diseño de las sesiones estuvo basado en la propuesta de las terapeutas estadounidenses Andrea LoBue y Marsea Marcus, quienes elaboraron un tratamiento de grupo para las personas que padecen de trastornos de alimentación. Ellas se basan en un modelo en el que los pacientes pueden aprender a desarrollar relaciones sanas, honestas y comprensivas en lugar de aislarse a través de la comida y los temas del peso y de la figura. Su enfoque tiene la meta del entendimiento de que las dietas no funcionan y que es a través de la comprensión de la emociones y de las relaciones que se puede recuperar de la obsesión por la comida y por el cuerpo. Ellas llaman al proceso de recuperación de la obsesión por la comida el “Viaje” pues creen que la recuperación es un proceso, no un evento singular, un destino o un número en la báscula. Es una forma de vivir. El proceso involucra cambios, retos e *insights*

Los temas y reflexiones propuestos por estas terapeutas fueron usados sesión por sesión y la técnica psicoterapéutica se fundamentó en la teoría psicodinámica en donde siempre estuvo presente el análisis de la resistencia, la interpretación de los sueños, las interpretaciones grupales y el análisis de la transferencia y la contratransferencia.

Las sesiones fueron de hora y media y estuvieron divididas en tres partes la primera parte (20 minutos), se dedicó al “*Check In*” de sentimientos. El “*Check In*” iniciaba formalmente cada una de las sesiones y consistía en preguntarle a cada miembro tres palabras que describieran cómo se estaban sintiendo en ese momento. La segunda parte consistió en un espacio en el que una de las participantes compartió su historia y seguido de ello se pedían las reacciones de las demás miembros del grupo a lo que escucharon. Los siguientes 50 minutos (tercera parte), se usaban para el proceso de grupo psicodinámico y los últimos 20 minutos se usaban para introducir uno de los temas que sería herramienta para el logro del control de la sobreingesta alimentaria. Al final de la sesión se les entregaba un “Viaje”, es decir un breve cuestionario en donde se invitaba a la exploración personal del tema tratado con el fin de tener en mente el material durante la semana y compartir los “*insights*” logrados a través del trabajo personal.

Después de que las participantes terminaron con sus historias, el tiempo del proceso de grupo se amplió, logrando abarcar temas que las participantes necesitaban procesar.

La psicoterapia breve de grupo se dividió en tres etapas:

1. La etapa inicial (sesión 1-6)
2. La etapa intermedia (sesión 7-11)
3. La etapa final (12-15)

A continuación se presenta el diseño de las sesiones

Antes de la primera reunión:

- Se les solicitó que escribieran una pequeña historia de sus vidas, incluyendo sus temas sobre la comida y el peso.
- Debían traer sus historias por escrito a la primera sesión de grupo.

ETAPA INICIAL

Primera sesión

- Se repartieron las pautas, acuerdos y contratos de las participantes.
- Se hizo una dinámica rompe hielo para que los participantes se conocieran.
- Se respondieron preguntas sobre los acuerdos y pautas.
- Se recolectaron los Acuerdos de Participación o Notas de Consentimiento Informado firmados y se revisaron las logísticas pertinentes acerca de los horarios, puntualidad, reglas del grupo y ausencias.
- Se enseñó a hacer el “*Check - In*”
- Se introdujo el tema del grupo, se estableció el foco de la terapia.
- Se empezó con las historias personales.
- Charla: Soluciones Externas vs Soluciones Internas.
- Se entregó material didáctico (Viaje 1) para desarrollar en casa.
- Se entregó y explicó el diario de comidas.

Segunda sesión

- “*Check - in*” de cada miembro del grupo.
- Historias personales (2).
- Revisión del diario de comidas y los *insights* logrados durante la semana.
- Revisión de los *insights* logrados a través de la reflexión del material didáctico sobre las Soluciones Externas vs Internas.
- Charla: Acercarse vs Aislarse.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 2).

Tercera sesión

- “*Check - in*” de cada miembro del grupo.

- Historias personales (2).
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Acercarse vs Aislarse.
- Charla: Pensamientos vs Sentimientos.
- Comunicación Asertiva.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 3).

Cuarta sesión

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo.
- Historias personales (2).
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Pensamientos vs Sentimientos.
- Charla: Acumulando vs Reconociendo Sentimientos.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 4).

Quinta sesión

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo.
- Historias personales (1).
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Acumulando vs Reconociendo Sentimientos.
- Charla: Agresividad vs Comunicación Asertiva.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 5).

Sexta sesión

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Agresividad vs Comunicación Asertiva.
- Charla: Criticismo vs Alabanza
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 6).

ETAPA INTERMEDIA

Sesión 7

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Criticismo vs Alabanza.
- Charla: Pensamiento Blanco y Negro vs Pensamiento en Arco Iris
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 7).

Sesión 8

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Pensamiento Blanco y Negro vs Pensamiento en Arco Iris.
- Charla: El atracón/El ciclo de privación alimentaria vs límites amorosos.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 8).

Sesión 9

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico El atracón/El ciclo de privación alimentaria vs límites amorosos
- Charla: Hambre emocional vs hambre física.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 9).

Sesión 10

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Hambre emocional vs hambre física.
- Charla: Dietas vs No Hacer Dieta
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 10)
- Mencionar la terminación que se acerca.

Sesión 11

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Dietas vs No Hacer Dieta
- Charla: Control del peso vs peso natural
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 11)
- Mencionar la terminación que se acerca.

ETAPA DE TERMINACIÓN

En esta etapa se habló el tema de la terminación del grupo y a pesar de seguir trabajando con temas específicos, se trabajó sobre los sentimientos y dificultades que se presentaron al ir terminando el grupo.

Sesión 12

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Control del peso vs peso natural.
- Charla: Competencia vs Camaradería.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 12)
- Hablar sobre el tema de la terminación que se acerca.

Sesión 13

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo.
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Competencia vs Camaradería.
- Charla Reteniendo vs Dejando ir.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 13).
- Hablar sobre el tema de la terminación que se acerca.

Sesión 14

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo.
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Reteniendo vs Dejando ir.
- Charla: Ser Humano vs Hacer Humano.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 14).
- Hablar sobre el tema de la terminación que se acerca.

Sesión 15

- “*Check – in*” de cada miembro del grupo.
- Revisión de los *insights* logrados durante la semana a través de la reflexión del material didáctico Ser Humano vs Hacer Humano.
- Charla: Finales vs Comienzos.
- Entrega de material para reflexionar durante la semana (Viaje 15).
- Hablar sobre el tema de la terminación.
- Aplicación del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria.