

GRUPO DE TRABAJO CON PACIENTES OBESAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Como enfermera de un Centro de Atención Primaria, nuestro trabajo transcurre prioritariamente haciendo educación sanitaria y control de patologías crónicas. En ese contexto había observado, mientras hacía el seguimiento a un grupo de pacientes obesas con otras patologías crónicas asociadas que cada 2 o 3 meses debían acudir a la consulta de enfermería para hacer sus controles habituales, que las pacientes siempre agradecían el tiempo que les dedicaba, el interés que demostraba en saber de ellas, de su entorno familiar, social, y laboral, y de su estado de bienestar en general.

Fue así como me planteé la posibilidad de hacer un trabajo en grupo con esas pacientes en el que ellas tuvieran un lugar donde poder expresar sus sentimientos y sus dificultades conjuntamente con otras personas que estuvieran en la misma situación. El punto de partida era que, posiblemente, ese espacio les podría ayudar a hablar de situaciones a las que nunca hacían referencia y a la vez podrían hacerse un lugar fuera de su entorno habitual, por lo general poco satisfactorio.

De las diez pacientes a las que se les planteó la opción, ocho aceptaron participar en el ensayo manteniendo el compromiso con el grupo hasta el final de la experiencia, las dos restantes acudieron sólo ocasionalmente. La edad de las pacientes oscilaba entre los 40 y 55 años. Les propuse un espacio para reunirnos y hablar, sobre todo de la alimentación, pero también de las dificultades que tenían en hacer la dieta y en su entorno familiar y social, algo fundamental desde mi punto de vista, ya que la mayoría de ellas no trabajaban y solían estar siempre en casa.

Les dimos a elegir la periodicidad de los encuentros entre diferentes posibilidades, y finalmente eligieron una frecuencia de una reunión semanal de 60 minutos, y con una previsión de un año de duración. Esa decisión nos sorprendió, ya que en este tipo de pacientes la obligatoriedad de acudir a una cita semanal puede ocasionarles ciertas dificultades de organización y suelen eludir compromisos a largo plazo.

Nos marcamos como objetivo fundamental conseguir una modificación de los hábitos de su conducta alimentaria pero también la de otros aspectos de su vida cotidiana tales como aumentar sus relaciones sociales u otros intereses más allá de su vida familiar.

Iniciamos el trabajo mediante una entrevista personal con cada paciente para valorar su

interés y compromiso en participar en la experiencia. Posteriormente hicimos una recogida de datos, por un lado clínicos y de anamnesis, tales como análisis de sangre, cifras de tensión arterial, peso, talla, IMC¹, perímetro de cintura, hábitos tóxicos y cantidad de ejercicio físico; por otro, datos extraídos de cuestionarios, cuestionario de calidad de vida (Q-LES-Q) y de evaluación del estado de salud (F-36 y láminas de COOP/WONCA). Por último, planteamos pasar un test de satisfacción al finalizar el grupo.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Como era de esperar todas las pacientes solicitaron dietas para poder controlar su obesidad, lo que dio pie a un largo y provechoso debate. Por fin, tras reconocer que todas habían realizado todo tipo de dietas sin que ninguna hubiera producido el milagro que prometían, sugerimos que quizás la solución definitiva no estaba en prescribir una dieta escrita, y que, por otro lado, habían muchos aspectos alrededor de esa cuestión que podían estar influyendo y obstaculizando el resultado que perseguían ya que al fin y al cabo, al menos en su discurso explícito, todas seguían queriendo bajar de peso.

¹ Índice de masa corporal

Así fue como empezaron a dar la cara diferentes temas que aparentemente no tenían ninguna relación con lo del peso pero que, casualmente, siempre acababan repercutiendo en sus conductas alimentarias de una forma u otra. De ese modo empezaron a hablar de los horarios de las comidas, de la forma de comer, o de los “picoteos” entre comidas entre otras preocupaciones. A medida que trascurrían los encuentros, de esos temas siempre relacionados con la comida y sus costumbres, poco a poco el foco de interés se fue desplazando hacia aspectos más subjetivos, como la influencia de los estados anímicos y de salud o la satisfacción de las relaciones sociales, familiares o del trabajo.

Generalmente no había un tema concreto a tratar, sino que solía empezar con algo relacionado con lo aparecido en la última reunión o algo lanzado al azar por cualquiera de ellas. Según iban apareciendo los temas, los iban abordando siempre tomando la iniciativa alguna componente del grupo. Nuestra actitud fue muy poco directiva por lo que mi función durante ese tiempo fue casi exclusivamente la de escuchar esos debates, y solo intervenía en momentos muy concretos para señalar determinadas situaciones significativas, con el objetivo de que ellas pudieran identificarlas, o sostener ciertas propuestas de actuación para intentar evitar caer en la eterna tentación de la coca-cola, la magdalenas o el chocolate.

Así, poco a poco, se fueron dando cuenta que esas ganas incontrollables de comer iban más allá de una mala educación dietética o una falta crónica de voluntad y que su estado anímico, las situaciones de estrés, los conflictos familiares y en general cualquier situación que les produjera malestar psíquico, tenía mucho que ver con los impulsos relacionados con la comida. Por tanto, de la demanda inicial de una dieta y un control ponderal, se pasó a la de poder hablar y explicar esas situaciones a las que generalmente no solían poner palabras. Además, al poder trabajar esos temas, se pasó de una actitud pasiva de control externo y pudieron pasar a adquirir ciertas responsabilidades con ellas mismas, aunque eso no fuese nada fácil.

Progresivamente, de ese modo, fueron identificando situaciones y conductas de riesgo, “aprendiendo a comer” con observaciones de unas a las otras, debatiendo sobre la cesta de la compra, pero también reflexionando sobre como poder hacerse “*un lugar diferente*” en su familia o en su grupo social, ya que la mayoría asumían una serie de tareas que corresponderían a otros como si fueran propias. Este punto se trabajó mucho señalándolo cada vez que emergía, dado que lo tenían tan integrado como propio que era muy difícil que por sí mismas pudieran detectarlo. Por ejemplo, preparar el desayuno de los hijos mayores, llevar la ropa sucia a la lavadora, ocuparse de la limpieza de las habitaciones de

los hijos, o hacer 5 comidas diferentes según los gustos de cada uno, eran actividades que hacían automáticamente, sin cuestionarse nunca si había ahí algo *de su deseo* implicado.

Otro aspecto vinculado y que trabajamos reiteradamente fue si efectuaban, o no, actividades lúdicas que les aportaran algún tipo de *satisfacción personal*, lo que posiblemente les sirviera para reducir parte de los “picoteos” que con frecuencia utilizaban para calmar un cierto malestar inespecífico, del que hablaban frecuentemente, pero difícil de especificar. Siempre que hablábamos de ese tema el comentario más común fue que “no tenían tiempo para hacer otras cosas que no fueran las actividades domésticas”.

Estos dos puntos fueron fundamentales para el desarrollo del trabajo grupal y la evolución personal de cada una de ellas, y en algunos casos, la modificación lograda quedó integrada como algo propio.

RESULTADOS

De las ocho personas que acudieron a todas las reuniones, dos encontraron trabajo remunerado fuera de casa y todas empezaron a establecer más relaciones sociales que las de los miembros de su familia. Además, cinco se apuntaron al Gimnasio Municipal dos días por

semana siguiendo con esa actividad más de un año después de que se acabara la experiencia.

Respecto a la pérdida de peso, hay que reconocer que solo fue significativa en dos pacientes, si bien no hubo ningún aumento de peso en el resto. Por otro lado, el control de sus patologías crónicas fue mucho más adecuado que en periodos anteriores.

Por último, el test de satisfacción que pasamos al finalizar el grupo mostró un resultado muy bueno en todos los casos.

CONCLUSIÓN PERSONAL

Como decía Michael Balint en 1954 en su libro *El médico, su paciente y La enfermedad*, una gran parte del trabajo de un clínico es psicoterapia, le guste o no. Hay en especial un aspecto del profesional de atención primaria que lo sitúa en una destacada posición para producir efectos psicoterapéuticos, y éste es su fácil disponibilidad para el paciente y la continuidad de su atención durante tiempo prolongado.

Que sea el profesional de la salud más próximo al paciente y a su familia, lo sitúa en una posición privilegiada para ser depositario de sus quejas y su demanda, y por tanto, que se establezca fácilmente una relación

transferencial, para bien o para mal, porque desgraciadamente, los profesionales sanitarios de atención primaria no están suficientemente preparados para entenderla ni manejarla. Excepción hecha de los que se han formado por cuenta propia. No obstante, al menos nosotros intentamos tenerla en cuenta a la vez que se planteaba una experiencia algo distinta de la clásica intervención directiva, educativa, y excesivamente medicalizada. Por eso intentamos huir de las etiquetas clínicas cerradas, que al situar a los pacientes en una posición de objeto pasivo con respecto a los profesionales de la salud, les alejaba de una actitud de responsabilidad.

Por eso, y a mi modo de ver, al tomar a las pacientes en su lado más subjetivo, permitiendo que ellas fueran las que tomaran la iniciativa, planteando sus inquietudes y sus preocupaciones, probablemente se les facilitó que esa actitud se extendiera más allá de su participación en el grupo. Quizás de ahí su mejoría subjetiva, pero más allá de eso, el mejor cuidado de sí mismas, y como consecuencia, la mejoría del control de sus patologías crónicas.

Posteriormente se hicieron más grupos con pacientes controlados por otras enfermeras siendo el resultado observacional no tan bueno, probablemente, y es mi opinión personal, porque el trabajo con pacientes que ya tienen una cierta transferencia establecida con la persona que lleva el grupo, que cuenta

con la formación apropiada, funciona mejor y tiene más posibilidades de éxito. Más posibilidades que si son personas ajenas y no ha habido ningún contacto previo de seguimiento o de actividades conjuntas.

Por otro lado, nuestra relación con el psicoanálisis tanto directamente, análisis personal, como indirectamente por las charlas, cursos y espacios clínicos a los que solemos asistir, posiblemente ha influido en la dirección del grupo, la relación que establecimos con las pacientes, y en definitiva, en el favorable resultado final de la experiencia.

Silvia Riera Vilella
Enfermera del CAP Bufalà-Canyet. Badalona

BIBLIOGRAFÍA

-Jorge Braguinsky. *Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento*. Ed. Promedicina, Buenos Aires, 1987.

-Sophia Vinogradov e Irvin D. Yalom. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1996.

-W. R. Bion. *Experiencias en grupos*. Ed Paidós. Buenos Aires, 1990.

-Franklyn S. Haiman. *La dirección de grupos. Teoría y práctica*. Ed. Noriega Editores, México, 1993.

-José Bleger. *Temas de psicología: entrevistas y grupos*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

-André Haynal y Willy Passini. *Manual de medicina psicosomática*. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1980.

ÍNDICE