



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

**IDENTIDAD PERSONAL EN ADULTOS POSTERIOR AL
TRATAMIENTO DE PSICOTERAPIA GRUPAL DE APOYO PARA
PERSONAS CON OBESIDAD Y SOBREPESO**

Memoria para optar al Grado de Magister en Psicología Clínica

Ps. Wilsa Lagos Szabo

Profesor Guía:

Ps. Gabriela Sepúlveda Ramírez, PhD

Profesor Co-guía:

Ps. Dr. Uwe Kramp Denegri

Informantes:

Ps. Dr. Uwe Kramp Denegri

Ps. Mg. Paula Vergara Henríquez

Santiago de Chile, año 2018

**IDENTIDAD PERSONAL EN ADULTOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE
PSICOTERAPIA GRUPAL DE APOYO PARA PERSONAS CON OBESIDAD
Y SOBREPESO**

RESUMEN:

El presente estudio tuvo por objetivo describir la identidad personal de 15 adultos al finalizar terapia de apoyo grupal para obesidad y sobrepeso.

El estudio es de tipo cualitativo, realizando el análisis de entrevistas semi-estructuradas enfocadas en conocer el proceso de construcción de la identidad personal al término del tratamiento ya sea por finalización (al cumplimiento de los objetivos propuestos) o abandono (antes del cumplimiento de los objetivos propuestos).

Como resultado se describe la identidad personal desde una perspectiva constructivista tras finalizar una psicoterapia de apoyo grupal para obesidad y sobrepeso.

PALABRAS CLAVE: Identidad personal, obesidad, sobrepeso, terapia grupal.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a mi querida abuela Elsa.

Te quiero infinitamente por siempre.

Agradezco a todos quienes me han acompañado en este proceso y a lo largo de la vida de distintas maneras:

A Andrés, por ser mi gran amor y compañero de vida y por su apoyo incondicional durante todos estos años.

A mi amigo Eduardo, por su amistad de años y ayuda durante todo este proceso.

A mi familia, por su amor de toda la vida, comprensión, cariño y apoyo de siempre.

A la profesora Gabriela Sepúlveda, por su presencia y ayuda incondicional durante el pregrado y posgrado.

Al profesor Uwe Kramp, por su apoyo en este proceso de tesis y por su ayuda en momentos cruciales.

Al profesor Roberto Fernández, por su ayuda y ánimo en magister y doctorado.

A mis amigas de toda la vida: Pauli, Dani y Nico. Gracias por estar en todas.

A mi amiga, colega y compañera Mila, por ser la mejor partner todos los días y por su gran apoyo en estos años de trabajo juntas.

A María Elvira, por su escucha, acogida, consejo y palabra precisa. Por compartir ideales de cambiar el mundo y hacer del trabajo una experiencia de aprendizaje única durante todos estos años.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
FORMULACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Sobrepeso, obesidad, baja y mantención de peso	5
Psicoterapia y Obesidad	8
Grupo GOCE (Grupo de Obesos en Control de Excesos)	9
Identidad Personal	12
PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	16
METODO	17
Tipo de Investigación y Diseño.....	17
Definición Conceptual de la Variable Identidad Personal	18
Técnica de Recolección de datos.....	19
Participantes	19
Análisis de la información.....	21
RESULTADOS.....	26
Caracterización de la Muestra.....	26
Resultados Personas que Abandonan la Terapia.....	30
Resultados: Personas que se graduaron del proceso	72
Conclusiones y Discusión	128
Limitaciones y Desafíos	132
BIBLIOGRAFÍA.....	134
ANEXOS	141

INTRODUCCION

La obesidad es definida como una acumulación excesiva y anormal de grasa que puede impactar en la salud (Ellulu, Abed, Rahmat, Ranneh & Ali, 2014). La obesidad se debe a un desbalance energético originado por una ingesta calórica superior a la requerida (Ministerio de Salud, 2002) y a un descenso en la actividad física provocado por la vida sedentaria, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización (Organización Mundial de la Salud, 2016).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es un problema mundial que afecta el bienestar biopsicosocial de aproximadamente 600 millones de adultos. Un 39% de la población mundial tendría sobrepeso, mientras que un 13% serían obesas (Organización Mundial de la Salud, 2014). Chile no es ajeno a esta problemática, ostentando cifras de prevalencia de sobrepeso que alcanzan el 64,5%, lo que equivale a más de 9 millones de personas con sobrepeso. De la población total que tiene kilos de más, se desprende que un 39,32% de la población tiene sobrepeso (IMC mayor a 25 y menor a 30), un 25,13% es obeso (IMC mayor o igual a 30) y un 2,3% es obeso mórbido (IMC mayor a 40) (Ministerio de Salud, 2010).

Las cifras de sobrepeso en Chile son cifras altamente preocupantes considerando que la obesidad tiene efectos directos sobre la salud y calidad de vida de las personas y además por su fuerte asociación con enfermedades tales como: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, osteoarticulares y algunos tipos de cáncer. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años y representa una elevada carga económica para el individuo y la sociedad (Atalah, 2011).

En relación a los factores gatillantes de la obesidad, la mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial, reconociéndose los siguientes factores que influyen en su aparición: genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales. Se sabe que la obesidad exógena o por

sobrealimentación es la principal causa de aparición de este problema (Moreno, 1997). Ahora, también se sabe que la ingesta de alimentos se asocia a ciertos estados de ánimo tales como: ansiedad, aburrimiento, pena, rabia, soledad, alegría, etc. (Peralta, Gómez y Chávez, 2005), aspecto que muestra la importancia de lo psicológico en el desarrollo de la problemática sobreingesta y la obesidad.

De acuerdo a la información presentada, se puede decir que la obesidad y el sobrepeso es un problema de salud pública en nuestro país que requiere prioridad en la agenda de salud nacional y que requiere un enfoque multidisciplinario de trabajo. Sin embargo, al momento de establecer estrategias para enfrentar el problema, el tratamiento se focaliza la mayoría de las veces únicamente en la restricción de calorías y el incremento en la actividad física (Vásquez y Vanegas, 2014), enfrentándolo desde una lógica reduccionista, que se focaliza sólo en lo biológico.

El enfoque multidisciplinario de tratamiento de la obesidad que considera aspectos psicológicos, sociales, ambientales y biológicos es crítico para comprender y abordar la problemática de la obesidad (Collins & Bentz, 2009).

El tratamiento psicológico de la obesidad y la terapia grupal se centra en cambiar el estilo de vida en relación a tres aspectos: (1) conducta alimentaria, (2) modificación de la vida sedentaria y (3) un aumento de ejercicio físico y modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad (Denia, 2011).

Los pacientes que se someten a un tratamiento para bajar de peso enfrentan cambios a partir de nueva imagen física, que impacta en las relaciones con los otros y consigo mismo (Montt, 2012). Además del cambio físico y el impacto psicológico de éste, los pacientes experimentan una serie de cambios en su estilo de vida, en su relación con la comida, en los hábitos alimenticios, en los hábitos de esparcimiento y recreación, sus relaciones interpersonales, etc. Todo esto conlleva una serie de información nueva que

requiere ser procesada y asimilada por la persona, generando un cambio más profundo que implica hacer una reorganización de la identidad personal.

Un cambio efectivo y a largo plazo de la obesidad, debería incluir no sólo la baja de peso en lo físico, sino que también un cambio en lo psicológico, que incluya una reorganización de la identidad personal durante el proceso de tratamiento y luego, posterior al tratamiento.

“Desde un marco constructivista la identidad personal es un proceso evolutivo de demarcación e integración, un permanente movimiento evolutivo de construcción del significado en la relación entre el sí mismo y el mundo” (Sepúlveda, 2007 en: Adasme, 2013, pp. 10).

Por lo tanto, el presente estudio tiene como fin el explorar y describir la identidad personal de personas que pasaron por terapia de apoyo grupal para obesidad y sobrepeso. La importancia de investigar esta temática radica en las posibles aplicaciones de considerar la construcción de la identidad personal como uno de los focos de tratamiento en los procesos de baja de peso.

FORMULACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA

Cuando el cambio físico no viene acompañado de un cambio a nivel psicológico y un cambio en la identidad, se podría presentar un desfase que podría generar dificultades en el proceso de mantención de peso de los pacientes que han pasado por tratamiento de baja de peso que podría repercutir en el éxito del tratamiento a largo plazo.

Desde aquí surge entonces la interrogante que guía la presente investigación: ¿Cómo es la construcción de la identidad personal de adultos con sobrepeso y obesidad posterior al tratamiento de psicoterapia de apoyo grupal?

Conocer estos factores puede ser importante para que los profesionales del área puedan realizar una contribución en salud pública, llevando a cabo intervenciones efectivas en el tratamiento del sobrepeso desde una perspectiva multidisciplinaria (Sniehotta, Simpson & Greaves, 2014).

Por lo tanto, el presente proyecto posee relevancia teórica y clínica. En el caso de la relevancia teórica, se puede mencionar que si bien en Chile hay investigaciones que estudian la obesidad y el sobrepeso y también investigaciones que abordan la temática de identidad personal en personas con obesidad (Peralta, Gómez y Chávez, 2005), no se encuentran investigaciones que aborden la temática de la identidad personal posterior al tratamiento de baja de peso en terapia de apoyo de grupo, por lo que llenaría un vacío teórico.

Presenta una relevancia de tipo clínico, ya que intentará generar conocimiento que permita comprender mejor la problemática de obesidad y el sobrepeso, el proceso de baja de peso, el proceso de mantención de peso y la configuración de la identidad personal posterior al tratamiento de psicoterapia de apoyo de grupo en la realidad chilena actual lo que podría ayudar a generar intervenciones integrales más precisas y eficaces que incluya el factor psicológico como dimensión de abordaje.

MARCO TEÓRICO

Sobrepeso, obesidad, baja y mantención de peso

La obesidad es una enfermedad crónica con múltiples causas, que se da por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En este desequilibrio influyen factores sociales, factores psiquiátricos y psicológicos. Entre los variados factores que determinan el aumento de la ingesta, están: formas de vida, aspectos sociales, culturales, educacionales y personales, manejo del apetito y las sensaciones de hambre y saciedad (Errandonea, 2012).

Se sabe, por ejemplo, que la comida es utilizada por las personas con problemas de peso como un mecanismo de afrontamiento de las emociones negativas, tales como: pena, ansiedad, estrés, soledad y frustración (Collins & Bentz, 2009). Muchas veces en el caso de las personas con sobrepeso y obesidad se observa un círculo vicioso compuesto por: emoción negativa, ingesta excesiva y ganancia de peso (Collins & Bentz, 2009). El alza de peso da como resultado un estado anímico disfórico y dificultad para controlar el estrés, haciendo volver a comer más (Collins & Bentz, 2009).

De acuerdo a lo mencionado, el factor psicológico tendría un lugar importante en el inicio y mantención del sobrepeso y obesidad. Sin embargo, los tratamientos en nuestro país se centran en un enfoque biológico (Vásquez y Vanegas, 2014). Precisamente en relación a este tipo de tratamientos contra el sobrepeso y obesidad, la experiencia es desalentadora, ya que el tratamiento representa un alto costo y logra pobres resultados en el mediano y largo plazo (Atalah, 2011). Sólo una parte de los pacientes completa los programas y quienes pierden alrededor del 10% del peso inicial, al año 2/3 recupera el peso perdido y a los 5 años casi todos lo han recuperado (González, et al., 2007). Un ejemplo de esto es la alta proporción de personas con sobrepeso que han efectuado tratamiento y que siguen hoy en día teniendo sobrepeso. En Chile,

de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2010, el 62,9% de las mujeres y el 37,2% de los hombres con sobrepeso se ha sometido a algún tratamiento previo para bajar de peso (Ministerio de Salud, 2010) y continúan hoy en día teniendo sobrepeso. Estos datos son los que incentivan a la búsqueda de alternativas de tratamiento que obtengan mejores resultados a largo plazo.

Ahora, en una comparación entre dietas para bajar de peso con diferentes composiciones de grasa, proteínas y carbohidratos, no se encontraron diferencias en términos de la baja de peso a corto y largo plazo (Bray 2008, Sacks et al. 2009, en: Keränen, 2011). Se ha observado que un factor más asociado a la baja de peso es la adherencia al programa y a la dieta más que a la composición de los macronutrientes de la dieta. (Sacks et al. 2009, Williamson et al. 2010 en: Keränen, 2011). La consistencia de la dieta y mantención de ésta a través de las semanas predice la baja de peso (Gorin et al. 2004 en: Keränen, 2011), por lo que la dieta óptima sería aquella que se mantiene a largo plazo (Fabricatore & Wadden, 2006 en: Keränen, 2011).

Esto nos hace pensar que más que la dieta es la mantención de ésta la que se asocia a éxito contra el sobrepeso y la obesidad, aspecto que depende de diversos factores psicológicos. En tal sentido, Elfhag & Rössner (2004) sostienen que la mantención del peso luego de un tratamiento contra la obesidad se asocia a los siguientes factores: metas propuestas, patrones conductuales de ingesta, actividad física, dieta, patrones de alimentación, presencia de atracones o ingesta sin control, altas y bajas cíclicas de peso, autocontrol, eventos sociales y apoyo social, estrés y afrontamiento de las situaciones negativas, actitudes, motivación, locus de control, autoeficacia, personalidad, estado de ánimo, depresión y trastornos psiquiátricos (Elfhag & Rössner, 2004). Como se puede ver, gran parte de los factores mencionados están relacionados a la parte psicológica.

El control de la obesidad, requiere acciones integradas que consideren la promoción de estilos de vida saludables, la prevención del daño, el tratamiento y la rehabilitación a nivel individual y comunitario (Albala, Burrows,

Uauy y García, 2012). Se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.) (Seijas y Feuchtmann, 1997, en: Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006).

Entender la susceptibilidad que lleva a algunas personas a subir de peso necesita el estudio de los factores fisiológicos, sociales y cognitivos que modulan la ingesta y el gasto (Errandonea, 2012).

En relación al último punto, hay estudios que avalan que las personas con obesidad y sobrepeso se verían beneficiadas con intervenciones psicológicas. El éxito en la reducción de peso se asocia a una intervención motivacional, el consejo nutricional, la terapia individual y su utilidad aumenta al combinarse con dietas y ejercicio físico. Estas intervenciones se orientan al cambio de los estilos de vida, que a largo plazo harán que el cambio perdure (Tárraga et al., 2014).

En cuanto a los factores psicológicos que estarían asociados a cambios en el estilo de vida de personas con obesidad, encontramos: la motivación intrínseca, la autoeficacia y el autocontrol. Estos aspectos representan puntos importantes de tocar en futuras intervenciones (Teixeira et al., 2015).

Otro aspecto que puede ser altamente importante en este sentido, es la relación que se establece entre obesidad y sobrepeso, baja de peso e identidad personal, aspecto que se desarrollará más adelante, pero que debe considerarse al momento de un tratamiento integral.

Un ejemplo de una intervención que abarca la parte de dieta y los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes es el tratamiento ofrecido por grupo GOCE (Grupo de Obesos en Control de Excesos), tratamiento que se detallará más adelante.

Psicoterapia y Obesidad

Las formas de abordar el tratamiento de la obesidad son muy variadas (Denia, 2011), incluyendo distintas modalidades como son la terapia individual y grupal y distintos enfoques. El presente estudio se focalizará en la modalidad psicoterapia de grupo para personas con obesidad o sobrepeso.

La psicoterapia de grupo es un formato efectivo para los adultos con obesidad (Leahey, Crowther, & Irwin, 2008; Renjilian et al., 2001; Weiss, 2006; en: Szostek, 2014). Esta conclusión se confirma cuando el formato grupal es comparado al formato individual ya que la terapia grupal produce una reducción significativamente mayor de peso y masa corporal comparado con los resultados en la terapia individual (Renjilian et al., 2001; en: Szostek, 2014).

De acuerdo al estudio de Cresci et al. (2007) donde se comparó una terapia individual y una grupal para personas con obesidad, la terapia grupal tiene una mayor efectividad que la terapia individual y durante los 6 primeros meses de tratamiento, se tuvo una reducción de masa corporal mayor que en la terapia individual. Este podría ser un dato de alta relevancia, ya que en la medida que los pacientes van viendo resultados, podrían motivarse más con el tratamiento y sentir un mayor grado de autoeficacia, aspectos que podrían estar relacionados al éxito del tratamiento.

Así lo menciona Szostek (2014), quien describe que los beneficios de la terapia grupal son: apoyo social, responsabilidad, empatía, aprendizaje por observación y acceso a nuevas ideas y recursos. Además, el formato grupal permite tener una retroalimentación acerca de su propio desempeño, lo que podría incrementar la seguridad y autoeficacia.

Se sabe que muchos de los fracasos terapéuticos vienen por la propia concepción que la persona obesa tiene de sí misma, percibiéndose como incapaz de ejercer el control necesario sobre sí misma y sobre el medio ambiente para poder iniciar y/o mantener una dieta adecuada e inclusive para modificar su estilo de vida (Ibañez y Caro, 1993 en: Martínez, Guerra, Ortega,

Sala y Rodríguez, 2009). Una de las ventajas de la terapia grupal se centra en las personas encuentran en el grupo el soporte emocional que las anima a perseverar (Denia, 2011).

El soporte emocional de las relaciones afectivas aumenta la intención de una baja sistemática de peso. Simplemente participando del grupo, los miembros aumentan sus probabilidad de éxito en la baja de peso (Shaw et al., 2005; Strine, Chapman, Balluz, & Mokdad, 2008; Yarcheski, Mahon, Yarcheski, & Cannella, 2004; en: Szostek, 2014).

Precisamente esta modalidad de trabajo grupal, es la que ocupa el Grupo de Obesos en Control de Excesos (GOCE), institución donde se llevó a cabo la presente investigación y cuya metodología de trabajo se detallará a continuación.

Grupo GOCE (Grupo de Obesos en Control de Excesos)

El Grupo GOCE está formado por un equipo psicológico y médico que aborda el problema de la obesidad desde una perspectiva integral, considerando la obesidad como un problema biológico, psicológico y social. El método GOCE contempla 7 dimensiones de cambio de acuerdo a Lama (2015):

1. Peso, talla, dieta.
2. Motivación, voluntad y autocontrol.
3. Atención consciente y disciplina.
4. Emociones.
5. Creencias y discursos.
6. Movimiento vital.
7. Responsabilidad personal y ética.

Desde esta perspectiva, el acompañamiento que se realiza a los pacientes, incluye estos aspectos, siendo parte del tratamiento una dieta con

sus consiguientes cambios en los hábitos alimenticios, pero también a través de un abordaje psicológico en formato terapia grupal semanal, en donde se aborda la relación con la comida que se establece a través de un vínculo emocional. Se revisan también todos los aspectos personales y sociales que pueden tener una influencia en el logro de la meta final de los pacientes que no es sólo bajar de peso, sino también, generar una nueva relación del paciente con la comida.

Al ingreso, se realiza un registro del peso inicial del paciente, se coloca un meta de peso que el paciente debería cumplir para graduarse del programa y además, se realiza un control semanal del peso al inicio de cada sesión, haciendo seguimiento del progreso y de los retrocesos del paciente, intentando en ambos casos que el paciente realice una asociación entre su conducta y los resultados obtenidos, ya sean estos positivos o negativos.

En relación a la dieta, todos los pacientes que asisten al grupo, deben seguir una misma dieta. Esta dieta se basa en una serie de alimentos permitidos y prohibidos que el paciente debe ser capaz de seguir y de combinar diariamente de tal manera que no sobrepase las 800 calorías diarias, con no más de 3 comidas al día y en porciones pequeñas. Uno de los grandes ejes de la dieta del grupo GOCE consiste en considerar el azúcar y las harinas refinadas como sustancias adictivas, por lo que todos los alimentos que incluyan azúcar o harinas refinadas están prohibidos. Se intenta que el paciente logre una desintoxicación de los carbohidratos y, a través de esto, se genere una relación con la comida novedosa, no ligada a la dependencia, sino a una relación saludable con la comida, en donde la comida deja de tener un rol protagónico en la vida.

Esta forma de alimentación se sustenta en el formato de la dieta de la leptina o dieta de muy bajas calorías, cuya forma de funcionamiento radica en que bajo estas circunstancias el organismo se ve forzado a realizar una serie de acomodaciones que tiene como resultado que el sistema neuroendocrino vuelva a funcionar, recibiendo la señal de la leptina que funciona como una

sustancia que quita el hambre y que fomenta que el cuerpo utilice sus reservas de grasa para funcionar y como consecuencia, se baje de peso. Además, la leptina genera un “mejor estado de ánimo”, disminuyendo también la ansiedad y el hambre.

Todas las dimensiones mencionadas son trabajadas de manera semanal en las sesiones de terapia grupal realizada con los pacientes. Las sesiones tienen una duración aproximada de 2 horas y transcurren en el abordaje de temáticas de interés que desarrolla la psicóloga facilitadora de la sesión o médico facilitador de la sesión, además de los propios testimonios de los pacientes, donde se van analizando las principales dificultades que tienen en el desarrollo de su tratamiento. Las reuniones se llevan a cabo en distintas sedes de Santiago, que incluyen las comunas de: Las Condes, Providencia y La Florida, abarcando distintas edades, situaciones socioeconómicas, ocupaciones, etc.

Los pacientes al inicio del tratamiento se comprometen a asistir de forma semanal a las reuniones hasta que logren graduarse, episodio que ocurre cuando los pacientes cumplen con el peso meta de baja de peso propuesto al inicio del tratamiento. Sin embargo, los pacientes nunca son dados de alta puesto que se considera que siempre deberán seguir cuidando sus hábitos para lograr la mantención de su baja de peso a largo plazo y no recaer. Por otra parte tenemos el abandono del tratamiento que incluye a aquellos pacientes que no logran llegar a su peso meta y dan por terminado el tratamiento de forma unilateral, dejando de asistir a las reuniones.

Identidad Personal

De acuerdo al constructivismo, el desarrollo psicológico es “un proceso dinámico, de cambios cuantitativos y cualitativos que se producen a través del tiempo. Es un proceso creativo de adaptación frente a un medio físico, mediante el cual la persona está en constantes reestructuraciones de su organización personal en interacción con el medio” (Piaget, 1991; en: Cerpa y Lagos, 2009, pp. 5). Desde esta corriente filosófica y psicológica, el individuo es activo en su rol de construir significados en su interacción con un medio social y cultural (Neimeyer y Neymeyer, 1996 en Díaz, 2016).

El desarrollo psicológico es un constante movimiento hacia la construcción de significados, de modo que la estructuración de la personalidad es un proceso de permanentes transformaciones y cambios (Sepúlveda, 2013).

La organización del desarrollo psicológico implica necesariamente el proceso de adaptación ya que la persona es un sistema abierto al medio. La adaptación se refiere a la estabilidad en la organización de un sistema en el intercambio con su medio y estaría dada por un equilibrio entre la asimilación y acomodación (Piaget, 2004 en Sepúlveda, 2013).

La asimilación es la integración de nueva información en estructuras previas. Es un proceso activo del sujeto que incorpora nuevos significados y relaciones a sus esquemas previos. Mientras que la acomodación es la modificación del comportamiento como resultado de la experiencia.

Cuando las demandas del entorno no son asimiladas por las estructuras de significado de la persona, se hace necesaria la modificación de éstas para lograr la adaptación. El equilibrio sería entonces el balance recíproco entre la asimilación y la acomodación (Sepúlveda, 2013).

La vida sería un interjuego continuo de asimilación y acomodación, realizando la persona ajustes de compensación como respuesta a los estímulos del medio ambiente. Al resolver exitosamente el desbalance, la

persona progresa, es decir, desarrolla niveles más complejos de estructura de sí mismo (Sepúlveda, 2013).

La identidad, en tanto estructura del sí mismo, se puede definir como: “Proceso de construcción activo de la estructura personal, que da al sí un sentido de mismidad y de continuidad en el tiempo, lo que da la posibilidad de ser reconocido y de reconocer a otros como seres únicos, inmersos en un contexto social y cultural” (Sepúlveda, 2013, p. 11).

De acuerdo a Sepúlveda (2013), la identidad personal estaría constituida por los siguientes puntos: (1) unidad del sí mismo, (2) integración del sí mismo y (3) integración con otros. Estas unidades se describen a continuación.

1. Unidad del sí mismo:

Es un proceso activo y permanente de reconocimiento de sí como ser único y diferente que surge como respuesta a la pregunta: ¿Quién soy yo? Es un proceso de diferenciación psicológica, corporal y sexual, con el reconocimiento de características personales, de valores e ideologías que configuran el carácter y la toma de conciencia de las limitaciones. La diferenciación implica el reconocimiento sí y del otro, con semejanzas y diferencias, y la interiorización de las relaciones interpersonales significativas (Sepúlveda, 2013).

También se puede considerar como el proceso de interpretación del sí mismo que implica el reconocimiento de los actos y de ser responsable de ellos ante el sí mismo y los otros (Sepúlveda, 2013). Esto también estaría ligado a la noción de ser agente o de ser autor frente a determinadas decisiones o actos.

2. La integración del sí mismo:

Es un proceso reflexivo activo y permanente de acomodación de las experiencias que se han dado en la historia vital. Implica la integración de pasado, presente y futuro; la integración familiar, educacional y social, lo que da un sentido de continuidad al sí mismo. Implica la aceptación e integración de

las contradicciones que se van dando a través de la vida, las que se van organizando y reintegrando de manera significativa (Sepúlveda, 2013). Este proceso requiere la integración de los diversos roles personales, familiares, sociales, laborales, educativos, etc. en una perspectiva histórica.

3. La integración con otros:

Es un proceso activo de búsqueda de alternativas de acción y de reconocimiento desde otros, a través de la incorporación a grupos de reflexión y de acción en diferentes ámbitos: familiar, educacional, religiosos, deportivos, artísticos. La integración a grupos da las posibilidades de actuar en el mundo; de poner su definición de identidad al servicio de los otros (Sepúlveda, 2013).

Otras perspectivas de la identidad personal, como por ejemplo la perspectiva de Bruner, considera que el ser humano se representa a sí mismo y al mundo, actuando de acuerdo a sus representaciones. Los mundos que creamos surgen de la actividad cognitiva, afectiva y social, se dan en diferentes contextos de interacción (Bruner, 1991 en Sepúlveda, 2013).

Desde la perspectiva de Erikson, la identidad es un proceso continuo de diferenciación en el cual el sujeto experimenta una conciencia de sí mismo que se da dentro de un contexto social e histórico. La Identidad se da como el resultado de tres procesos: biológico, psicológico y social, los cuales están en una interacción ininterrumpida de todas las partes. Cada proceso depende de los otros, por lo que los cambios observados en uno de estos tres procesos provocarán cambios en los otros y serán a su vez influidos por ellos (Erikson, 1968).

Esto hace pensar que cambios biológicos, como el cambio del cuerpo, en el caso de las personas con obesidad en proceso de tratamiento de baja de peso, pueden provocar cambios en la identidad personal. La corporalidad y la imagen corporal tienen importantes conexiones y repercusiones en la

construcción de la identidad y en sus trastornos y en la reconstrucción terapéutica (Botella, Garñó, Gramiz y Abey, 2008).

La forma de experienciarse en el mundo, incluido el cuerpo, da origen a una identidad personal y a una identidad narrativa. En el caso de los pacientes con trastornos alimentarios, el cuerpo se torna como un aspecto central de sus vidas.

“El cuerpo puede ser entendido como una construcción producida por el entrelazamiento de la historia de vida de los individuos, como los significados y sentidos presentes en el ámbito social en que ellos están insertos” (Marcuzzo, Pich y Dittrich, 2012 en: Knackfuss, 2015, pp. 1).

En relación a la identidad de personas con obesidad, históricamente los problemas de conducta alimentaria han sido considerados desórdenes del sí mismo o de la identidad (Bruch, 1979, 1981; Stein & Corte, 2007. En: Adasme, 2013), pues la corporalidad es el sustrato visible más evidente para el proceso de construcción de identidad personal.

En relación a lo anterior, Cornejo (2016) plantea que “la imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad, en tanto el cuerpo como tal y la imagen que se forma en el psiquismo de dicho cuerpo, formarán parte de la identidad personal y social del sujeto”.

En la medida en que existen dificultades de integración de la corporalidad, se observarían problemas consecuentes para lograr conformar una identidad personal integrada. Tomando en cuenta lo anterior, esta investigación se centra en explorar y describir la identidad personal en pacientes que pasaron por un tratamiento de psicoterapia grupal para el sobrepeso y la obesidad.

PREGUNTA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de Investigación

¿Cómo es la construcción de la identidad personal de adultos con sobrepeso y obesidad posterior al tratamiento de psicoterapia de apoyo grupal?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Describir la identidad personal posterior al tratamiento en adultos que participaron de una psicoterapia de apoyo grupal para personas con sobrepeso u obesidad que tengan entre 20 y 78 años, de ambos géneros y que viven en la Región Metropolitana.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la identidad personal de personas que participaron y graduaron en una psicoterapia de apoyo en grupo para personas con obesidad y sobrepeso tras 12 meses de finalizado su tratamiento.
- Caracterizar la identidad personal de personas que participaron y desertaron de una psicoterapia de apoyo en grupo para personas con obesidad y sobrepeso tras un mínimo de 12 sesiones de iniciado su tratamiento tras 12 meses de finalizado de su tratamiento.

METODO

Tipo de Investigación y Diseño

La presente investigación es de tipo cualitativa y descriptiva y se centra en conocer los procesos de construcción de identidad personal de adultos luego de su participación en terapia de apoyo grupal para obesidad y sobrepeso.

Corresponde a un estudio cualitativo ya que se observa un fenómeno tal y como se da en su contexto natural, con el fin de conocerlo y analizarlo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Se centra la subjetividad de los participantes y considera la identidad personal no como un elemento estático, sino dinámico y conformado por procesos (Capella, 2011).

Además es de tipo descriptivo, ya que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de un fenómeno que se investiga y los perfiles de personas, grupos y comunidades (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Se considera un estudio de tipo analítico relacional dado que el proceso de análisis de la información consiste en tomar conceptos dados por los propios participantes del estudio y relacionarlos con conceptos más amplios de tipo categorías (Meléndez, 2005).

En resumen, se intenta aumentar el grado de conocimiento que se tiene en torno a la identidad personal de personas que han pasado por tratamiento para la obesidad y sobrepeso, pero desde la perspectiva de los propios sujetos, haciendo hincapié en el análisis de sus propias vivencias que aparecen en la entrevista semi-estructurada, asociando los contenidos mencionados.

Definición Conceptual de la Variable Identidad Personal

Para el análisis de las entrevistas semi-estructuradas se realizará un análisis para describir el desarrollo en los tres procesos descritos previamente que conforman la estructura de la identidad personal, es decir: la organización de la unidad del sí mismo, la integración de sí mismo y la integración con otros (Sepúlveda, 2014). Por lo tanto, a partir de las entrevistas se determinará la presencia de elementos (frases, oraciones, referencias, etc.) relacionados con la identidad, de acuerdo a los criterios planteados por Sepúlveda (2014).

Tabla 3

Criterios de Análisis de la Identidad Personal (Sepúlveda, 2014)

Unidad de la Identidad: Identificación y Diferenciación del sí mismo.
Reconocimiento de sí y del otro. Significados y sentidos del sí mismo. Relación de significado del sí mismo con los otros. Valoración y validación del sí mismo. Compromisos ideológicos. Capacidad de iniciativa, de agencia y de ser autor.
Integración de la Identidad. Sentido de continuidad en el tiempo.
Integración del pasado, presente y futuro. Reconocimiento de sí, en acciones sociales, culturales, políticas, educativas, deportivas u otras.
Integración con otros
Autonomía y responsabilidad social. Apego, construcción de un nosotros. Sentido vital.

Técnica de Recolección de datos

Se realizó una entrevista semi-estructurada, método que se describe a continuación.

1. Entrevista semi-estructurada:

Es un instrumento orientado a conocer la experiencia de las personas frente a la obesidad y su tratamiento. Consta de preguntas centradas en conocer antecedentes personales, antecedentes de salud y preguntas generales como por ejemplo: ¿Desde qué momento de tu vida el peso se constituye como tema en tu vida? ¿Cómo fue que tomaste la iniciativa para generar un cambio?, etc.

Este instrumento se orienta a conocer la identidad personal de personas tras el término de psicoterapia de apoyo grupal para personas con obesidad y sobrepeso tanto en el grupo de finalización como de abandono del tratamiento. Se eligió este instrumento dado que permite acceder a la configuración de la identidad personal desde una perspectiva constructivista y recogiendo el discurso explícito de la propia persona que pasó por el tratamiento.

Participantes

La muestra está constituida por sujetos tipo, siendo además una muestra no probabilística, intencionada o de elección razonada y de máxima variabilidad, puesto que se estudiaron casos de finalización o término del proceso tras el logro de objetivos y abandono o término del proceso antes del logro de objetivos.

La muestra es de 15 pacientes adultos cuyas edades fluctúan entre los 20 y 78 años, de ambos sexos, de nivel socioeconómico bajo, medio y alto, chilenos, residentes en la Región Metropolitana y -que participaron en

tratamiento de terapia grupal ofrecido por grupo GOCE, asistiendo a un mínimo de 12 sesiones, luego de pasados al menos 6 meses de la última sesión asistida. La muestra incluye aquellos pacientes que egresaron el tratamiento y los que desertaron del tratamiento. Sin embargo, se considerará la saturación del dato como criterio de término de realización de entrevistas. Las entrevistas se orientaron a tener una visión de la identidad personal tanto de las personas que egresaron así como las que desertaron del tratamiento.

Cabe destacar que las entrevistas se llevaron a cabo de acuerdo a la disponibilidad de casos, siendo entrevistados los pacientes que decidieron participar de forma voluntaria en el presente estudio, quedando constituida la muestra finalmente por 13 personas que abandonaron el tratamiento y 2 personas que egresaron o se graduaron al momento de finalizar con los objetivos del tratamiento.

Para efectos de este trabajo, se considerará egreso cuando los participantes dejan de asistir al tratamiento luego de alcanzar el peso meta de reducción acordado al inicio del tratamiento. Se considerará como abandono cuando los pacientes dejan de asistir al tratamiento por voluntad propia sin alcanzar el peso meta acordado al inicio del tratamiento, pero que de todas maneras asistieron al menos a 12 sesiones de tratamiento sin lograr los resultados esperados. La idea de considerar a las personas que egresaron y las que abandonaron el tratamiento tiene como fin observar si se manifiesta algún tipo de diferencia en lo que respecta a la identidad personal.

Como criterios de inclusión y exclusión muestras, se considerarán los siguientes aspectos:

Criterios de inclusión:

- Adultos entre 20 y 78 años de edad, chilenos, residentes en la Región Metropolitana.

- Haber experimentado problemas en relación al sobrepeso u obesidad.
- Haber pasado por tratamiento de terapia grupal para sobrepeso u obesidad en grupo GOCE, con asistencia mínima de 12 sesiones y pasado al menos 6 meses desde la última sesión asistida y que hayan egresado o desertado del tratamiento.
- Firma de consentimiento informado y aceptación de las condiciones para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Presencia de patología psicológica grave con pérdida del juicio de realidad (Ej: psicosis, esquizofrenia, etc.).
- No aceptación de las condiciones para participar en la investigación.

Análisis de la información

Se realizará un análisis de información a partir de la entrevista a partir del enfoque constructivista.

Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación, se llevaron a cabo las siguientes etapas:

Etapas 1: Preparación de la investigación

Etapas 2: Realización de las entrevistas

Etapas 3: Análisis de los resultados

Etapa 1: Preparación de investigación:

1. Se contactó a encargados de grupo GOCE para coordinar la ejecución de la investigación en la institución.
2. Se diseñó instrumento de evaluación: Desarrollo de preguntas de entrevista semi-estructurada.
3. Para llevar a cabo el presente estudio, se contactó a los pacientes que cumplían con los requisitos de inclusión de la muestra a partir de los registros del centro en base de datos de ex pacientes.
4. Luego se contactó a los pacientes por correo electrónico con el fin de invitar a participar en el estudio. A partir de las personas que respondieron, se contactó telefónicamente a los pacientes para coordinar una entrevista.
5. Se coordinó espacio de realización del estudio al interior de la misma institución.
6. Las entrevistas se llevaron a cabo en la oficina central de Grupo GOCE ubicado en Av. Holanda 341, Providencia. La fecha de realización de entrevistas fue entre los meses de Noviembre del 2016 y Marzo del 2017 en distintos horarios de acuerdo a la disponibilidad de los pacientes.

Etapa 2: Realización de las Entrevistas

1. Durante la cita de entrevista, al inicio se explicó a los pacientes la investigación y se solicitó la lectura y firma del consentimiento informado para participar en el estudio (Ver anexo), donde se hace explícita la idea de investigación, participación y utilización de resultados para efectos del presente estudio. Se informa además que la entrevista será grabada con el fin de realizar el análisis de datos posterior. Una vez que el entrevistado firma el consentimiento, se inicia la entrevista.

2. Para efectos de caracterizar la muestra, se solicitaron algunos datos a los pacientes tales como: Fecha de nacimiento, años de educación, peso (antes y después del tratamiento y peso actual), fechas de inicio y término del tratamiento así como cantidad de tiempo que estuvieron en tratamiento.
3. Las entrevistas fueron de tipo semi-estructuradas, siguiendo una pauta de entrevista de preguntas abiertas que apuntaban a recopilar la información necesaria para responder la pregunta de investigación. Todas las entrevistas fueron grabadas, previo conocimiento y consentimiento del paciente, con el fin de facilitar el posterior análisis de los datos.

Aspectos éticos

El presente estudio se realizó en base a entrevistas previo consentimiento informado de los participantes, quienes tuvieron que firmar un documento que explica la investigación, propósitos, modo de utilización de los datos y responsables de la investigación. También se hizo explícito que las entrevistas serían grabadas con el fin de análisis de datos posterior. Se señala que la información sólo sería utilizada para esta investigación y que se resguardará la confidencialidad. Para efectos del análisis y la referencia a citas de entrevistas, se utilizará un número para resguardar la identidad del participante (Ej: Entrevista 1 o E1).

Una vez leído, aceptado los términos de participación y firmado el consentimiento se dio inicio a la entrevista.

Etapas 3: Análisis de resultados:

El análisis de datos se lleva a cabo de acuerdo a los criterios propuestos por Coffey y Atkinson (1996). De acuerdo a estos autores, el análisis de datos se lleva a cabo de acuerdo a las necesidades del investigador y del estudio, no existiendo una única forma de analizar. Sin embargo, existirían ciertas

generalidades, como el primer paso que lo constituye la selección de la materia prima de análisis, para luego llevar a cabo procesos de codificación y categorización.

El análisis en el caso del presente estudio, parte a través de la lectura individual de las entrevistas y selección de citas que dan cuenta del tema de estudio de la presente investigación, el proceso de conformación de la identidad personal. Posteriormente, se llevó a cabo la codificación de las citas y el establecimiento de patrones de relación entre los datos a través de subcategorías.

Coffey y Atkinson (1996) plantean además que las categorías más amplias de análisis pueden surgir de las propias entrevistas, así como también se puede realizar a partir de ciertas categorías preestablecidas, con el fin de hacer coincidir los códigos y subcategorías con las categorías más amplias. Estas categorías pueden ser de tipo teórico y tienen como fin organizar la información de acuerdo a las necesidades del estudio. En este caso, el camino de análisis se llevará a cabo a través de la codificación, establecimiento de subcategorías que puedan dar cuenta de las categorías teóricas de Identidad Personal (Sepúlveda, 2010).

El análisis se realizará de forma secuencial, llevando a cabo un análisis intra-sujeto, para luego llevar a cabo un análisis inter-sujetos, con el fin de sintetizar la información y proponer resultados.

Procedimiento de Análisis en Pasos

Para llevar a cabo el análisis de los datos cualitativos, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Se transcriben todas las entrevistas.
2. Se realiza una primera lectura y revisión de los datos procediendo a destacar aquellos episodios más significativos de las entrevistas.

3. Se realiza una selección de citas, considerando como criterio principal de selección el considerar citas relacionadas a la pregunta de investigación y temática de la presente investigación.
4. Se procede a la lectura y codificación de los datos, organizando los datos a través de conceptos principales (Coffey y Atkinson, 2003).
5. Se organizan los conceptos identificando los temas y patrones claves (Coffey y Atkinson, 2003), en función de las categorías de análisis de la presente investigación: Unidades de análisis de la identidad (Sepúlveda, 2001).
6. Se realiza un análisis intrasujeto orientado a visualizar los aspectos claves que aparecen en la entrevista en relación a la construcción de su identidad personal de acuerdo a las categorías de análisis de identidad personal (Sepúlveda, 2001).
7. Se realiza un análisis intersujetos orientado a visualizar aquellos aspectos claves que aparecen de forma repetida en la muestra en relación a la construcción de la identidad personal de los participantes de este grupo.
8. Se sintetizan los principales resultados en un texto de análisis que resume y engloba la información de mayor relevancia, con el fin de proceder a responder la pregunta de investigación.

RESULTADOS

Caracterización de la Muestra

Como se observa en la Tabla 1, la mayoría de los participantes del presente estudio son mujeres (14 mujeres y 1 hombre), siendo consistente también con la distribución habitual de cantidad de personas por cada género en el tratamiento. Cabe destacar que la distribución se dio de acuerdo a la disponibilidad de casos que ofrecieron de forma voluntaria participar en el estudio.

Por otra parte, como se observa en la Tabla 1, en cuanto al motivo de retiro, la mayoría de los participantes hace abandono del tratamiento y la minoría termina satisfactoriamente todo el tratamiento (13 abandonan y 2 se gradúan). La graduación se da en el contexto de cumplir con la meta propuesta inicialmente en el tratamiento. Sin embargo, se considera relevante para este estudio mostrar cuáles son los motivos de retiro que refieren de forma espontánea los participantes. En este caso, los motivos referidos coinciden con temas de sentir que ya habían bajado de peso lo suficiente y que podían continuar solas con la baja de peso (3 personas), familiares referidos tanto a enfermedades de familiares o cuidado de niños (4 personas), ruptura amorosa (1 persona), sensación de aburrimiento (2 personas), motivos económicos (2 personas), embarazo (1 persona) y otros motivos personales (1 persona).

En cuanto a la duración del tratamiento, como se ve en la Tabla 1, el mínimo de meses de participación corresponde a 6 meses mientras que el máximo corresponde a 21 meses.

En cuanto a la edad, de acuerdo a lo presentado en la Tabla 1, la edad mínima corresponde a 29 años y la edad máxima corresponde a 75 años

En cuanto al nivel educacional, como es posible observar en la Tabla 1, la mayoría de los participantes tiene estudios universitarios (11 personas) y los demás tiene estudios técnicos (2 personas) y enseñanza media (2 personas).

Tabla 1

Caracterización General de la Muestra

Entrevista	Edad	Género	Nivel Educativo	Tiempo en terapia	Motivo de retiro terapia centro
1.	48	Femenino	Universitaria	8 meses	Abandono
2.	50	Femenino	Universitaria	10 meses	Abandono
3.	38	Femenino	Técnica	5 meses	Abandono
4.	33	Femenino	Universitaria	6 meses	Abandono
5.	47	Femenino	Universitaria	8 meses	Abandono
6.	59	Femenino	Universitaria	7 meses	Abandono
7.	38	Femenino	Universitaria	7 meses	Graduación
8.	29	Femenino	Técnica	7 meses	Abandono
9.	31	Femenino	Universitaria	12 meses	Abandono
10.	35	Femenino	Universitaria	11 meses	Abandono
11.	39	Femenino	Universitaria	9 meses	Graduación
12.	45	Masculino	Universitaria	6 meses	Abandono
13.	78	Femenino	E. Media	17 meses	Abandono
14.	43	Femenino	Universitaria	20 meses	Abandono
15.	65	Femenino	E. Media	21 meses	Abandono

Esquema de Presentación de Resultados: Categorías, Sub-categorías y Códigos

Como se observa en la Tabla 2, *Esquema de presentación de resultados: Categorías, sub-categorías y códigos*, para el análisis de los resultados, se llevó a cabo la organización de los datos mediante códigos, posteriormente en subcategorías que fueron clasificadas de acuerdo a las categorías teóricas de unidades de la identidad personal propuestos por Sepúlveda (2013).

Dentro de las subcategorías se presentan los principales códigos que emergen de las entrevistas como temáticas principales de análisis.

A continuación se presentan los resultados principales y organización de los resultados.

Tabla 2

Esquema de Presentación de Resultados: Categorías, Sub-categorías y Códigos

Unidad del sí mismo	Cuerpo	Imagen Fotos / Espejo Aspecto físico Sobrepeso Ropa
	Agencia y sentido de ser autor	
	Ocupación	Estudiante colegio Estudiante U Trabajador
	Autocuidado	Hábitos alimenticios Dieta Actividad física Adicciones Tratamientos
	Visión de sí mismo	Físico Psicológico A partir de los otros
	Emociones	
Integración del si mimo	Etapas etaria	Infancia Adolescencia Adulthood
	Eventos vitales	Separación Muerte Enfermedad Inicio/ Cambio de trabajo Inicio/ Cambio de colegio o universidad Pérdida Embarazo Matrimonio Independencia
	Procesos de cambio	
	Aspectos Históricos y Culturales	
	Proyección	
Integración con otros	Familia	Origen Propia
	Relaciones Interpersonales	Amigos Pareja Compañeros Otros
	Grupos / Organizaciones	

Resultados Identidad Personal

A continuación se revisan los principales resultados de las entrevistas en cuanto a la construcción de identidad personal. Los resultados se presentan por grupos, siendo el criterio de orden la permanencia en la terapia. En este caso, se consideran dos categorías: Abandono y Graduación. Se presentan los resultados en el siguiente orden:

Resultado personas que abandonan la terapia (13 personas)

Resultado personas graduadas de la terapia (2 personas)

Resultados Personas que Abandonan la Terapia

I. Unidad del Sí Mismo en las personas que abandonan la terapia

1. Cuerpo en las personas que abandonan la terapia

Esta sub-categoría engloba los siguientes códigos que aparecen en las entrevistas:

- Aspecto físico en las personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a la percepción del cuerpo. El aspecto físico es un tema que aparece en todas las entrevistas de las personas que abandonan la terapia pero de diferentes formas y valoración.

La mayoría de las personas que abandona la terapia vivencia ciertas características físicas como algo presente de forma histórica a lo largo de todas sus vidas y que las define.

“Yo siempre desde chica, en mi casa, hemos sido todas potonas. Todas las hermanas” (E1).

El aspecto físico es vivenciado por la mayoría de las personas que abandona la terapia como un aspecto de preocupación en algún momento de sus vidas, como se observa en esta cita:

“En la adolescencia me puse más pretenciosa” (E9).

En general, el aspecto físico no es valorado, observándose la mayoría de las veces la presencia de partes del cuerpo que no son de su agrado.

“Por ejemplo, con las niñas de kinder, salíamos todas con las piernas arriba y yo también ahí con la pierna arriba, pero se me ve más gordito el muslo” (E8).

Varias personas describen como el cuerpo en partes que son valoradas y no valoradas.

“Me gustaba mi pelo. Todavía me gusta, me reconcilié con mi pelo. Me gustaba mi pelo, me gustaba mi cara, mis ojos. Pero era como todo de aquí pa arriba, de aquí para abajo, no... La guata y las piernas. Siempre las he tenido muy gordas” (E4).

- **Sobrepeso en las personas que abandona la terapia**

Este código se refiere a la experiencia de peso aumentado, presentándose como una experiencia histórica que ha estado presente a lo largo de toda la

vida o desde un minuto específico en que la persona tiene un alza de peso ya sea abrupta o progresiva.

En el caso de las personas que abandona la terapia, el sobrepeso es vivenciado en su mayoría como un aspecto que los ha acompañado durante toda la vida, describiéndose como un pilar de definición de su identidad, tal como se puede observar en la siguientes citas:

“El sobrepeso desde mi punto de vista me ha acompañado toda la vida, históricamente desde chica” (E1).

“Mira, comienza yo creo desde que pesé cuatro kilos 600 al nacer. De que mi mamá se lo comió todo y yo subí. Desde que ella tenía que comer el doble. Así como de esa época. Bueno y después todo lo que yo quería me lo daban. Como a modo así como racional. Como, a ver cómo lo explico, en lo concreto me daban todo lo que yo quería comer, como eso” (E4).

La mayoría de las personas que abandona la terapia describe el sobrepeso como algo que es vivenciado como una característica de diferencia frente al resto de las personas, lo que generaba muchas veces malestar y frustración, como se describe en las siguientes citas:

“Sí me sentía, ahí sí como totalmente diferente al resto de las chiquillas, porque todas eran estupendas, regias, flacas, y yo era la rellenita del curso” (E4).

“En el colegio siempre fui como la más gordita del curso, la niñita gordita. Siempre la historia fue esa. Nunca fui reina. Típico, la reina del curso, no para nada” (E8).

Para algunas personas de las que abandona la terapia, el peso se constituye como tema en la medida que es preocupación para otro significativo, tal como se describe en la siguiente cita:

“Mi mamá siempre me dice: estás tan gorda. Bueno, antes me decía, que estaba tan gorda. Y ella siempre me decía que hiciera dieta, porque yo desde chica he sido rellenita” (E4).

También está presente en las personas que abandonan la terapia la idea de que el sobrepeso se presenta como una situación que se desarrolla de forma gradual, como en la siguiente cita:

“Claramente no era tanto, primero fue 4 kilos, 5 kilos, pero después fue una escalada y llegué a pesar 81 a los 29 años” (E10).

Algunas personas de las que abandona la terapia, describen tener una valoración de su aspecto físico con sobrepeso:

“Cuando iba en media yo me sentía entre comillas, Yayita, poh. Sus buenas pechugas, su buen traste y apretadita. Entonces, tenía cintura y no se notaba tanto la obesidad ni la gordura en ese momento. Pero sí, no era flaca” (E3).

Algunas personas de las que abandona la terapia que no tenían sobrepeso en la infancia, se validaban a sí mismas en su infancia y adolescencia con respecto a su aspecto físico.

“Regia, estupenda con hartito gancho, con de todo” (E13).

En algunas personas de las que abandona la terapia, es posible observar una transición, de la validación a la no validación de sí mismas. Generalmente esta transición se da en conjunto con el aumento de peso.

“Yo tenía estupendo cuerpo de soltera. Era 90, 63, 90. Esas eran mis medidas, tú sientes que te vas deformando” (E15).

- **Ropa en personas que abandonan la terapia**

Este código se asocia a la vestimenta y sus distintas vivencias, visiones, etc. Es un aspecto que aparece en todas las personas de distintas formas, siendo uno de los principales indicadores de los cambios del cuerpo durante los procesos de alza y baja de peso.

En las personas que abandonan la terapia, la ropa aparece de manera frecuente como indicador de sobrepeso.

“Como fue muy de a poco, me daba cuenta que subía y subía, que la ropa me iba quedando chica y lo iba encontrando cada vez más preocupante en realidad, pero seguía comiendo” (E6).

También en las personas que abandonan la terapia, aparece la ropa como forma de esconder su cuerpo.

“Viajaba a lugares súper bonitos y andaba con parka. En pleno Caribe y casi un chal. Porque no me podía aceptar con este cuerpo” (E9).

Aparece en las personas que abandonan la terapia, la ropa como síntoma de malestar.

“Mal, mal, mal, a ver, como te dijera, no, no te dan ganas de nada, ni de comprarte ropa” (E6),

También se observa en las personas que abandonan la terapia, la ropa como indicador de cambio (alza y disminución de peso).

“Regalé toda mi ropa” (E9).

Aparece la ropa en algunas personas que abandonan la terapia como motivación frente a la baja de peso.

“Estaba súper motivada, aparte que empecé a ocupar ropa que ocupaba antes y era así, muy maravilloso” (E9).

“También puedo ponerme ropa más bonita, puedo estar más flaca” (E11).

La ropa se observa como una forma de desconocimiento frente al cambio en algunas de las personas que abandonan la terapia.

“El tema mío fue la ropa. Porque estai acostumbrada a verte de una manera con ropa y después enfrentarte con esa ropa, con otra ropa, es complicada. Porque no sabía cómo vestirme. No sabía si estar suelta o estar ajustada. Ese fue como uno de los conflictos” (E3).

Aparece en algunas de las personas que abandonan la terapia, la ropa como preocupación con respecto a las normas sociales

“Así que intento ponerme ropa que me acomode... no sé, más acorde, en realidad a lo que dice la sociedad” (E8).

También se observa en algunas personas que abandonan la terapia, la ropa como una forma de mejorar su imagen

“Yo me veo, bueno gorda. Pero encuentro que igual me veo bien, físicamente... yo encuentro que intento vestirme de una forma que me ayuda. No voy a andar mostrando la guata ni los rollos” (E8).

Es posible ver como la ropa es una forma de no aceptación del estado actual o no aceptación en el tiempo de forma histórica, en el caso de la mayoría de las personas que abandonan la terapia.

“El tema de la ropa ya es un temazo. Yo viajo mucho a Estados Unidos, de hecho viajo una vez al año y me traigo dos, tres, cuatro, hasta cinco maletas con ropa. Ropa que termino regalándola porque nada me queda, entonces me traigo ropa preciosa... Y me fui frustrando, porque toda la ropa linda que había traído, la veo puesta en mis primas, mis tías, mis amigas. Y nunca vi nada de eso en mí” (E5).

Aparece la ropa como un indicador de proyección de baja de peso en algunas personas de las que abandonan la terapia, que se expresa en guardar ropa que les queda chica pero con la esperanza de poder usarla algún día.

“Y tengo un closet de cosas que sigo conservando que en algún momento me las voy a poner. Entonces, ya hoy día es un tema. Me cambié de departamento de nuevo y mis hijos me dicen: ya mamá, bota todo eso porque no te lo vas a poner. Y yo lo sigo guardando y digo, es que sí me lo voy a poner... Maletas que dicen ropa chica” (E5).

- **Imagen en las personas que abandonan la terapia:**

Este código se asocia a la percepción física asociada a imagen y fotos. En relación a este punto, es posible observar la importancia que adquieren las imágenes o fotos tanto como para hacerse consciente de sus propias características, así como también la apreciación que pueden tener otras personas al respecto de su cuerpo. En general, es un motivo de preocupación que se observa en varias de las entrevistas de las personas que abandonan la terapia.

“Yo este año tenía por ejemplo los 30 años de salida del colegio. Entonces no podía salir gorda en la foto. Y habían amigos que no me habían visto en 30 años. Entonces, bajé cuatro kilos” (E1).

“No, no me reconocía. Veía fotos mías y era horrible. Me cargaba mirarme al espejo. Me veía y me sentía muy grande de todo” (E9).

2. Agencia en las personas que abandonan la terapia.

Esta sub-categoría se asocia a la percepción de las personas de ser agente o autor frente a las temáticas de la vida, sintiéndose protagonistas de las decisiones y de las acciones y reconociéndose como responsables de éstas. En la mayoría de las personas que abandonaron el grupo, se observa la ausencia del sentido de agencia o ser autor que se ve expresado en distintas áreas de la vida, tales como:

Elección de carrera, por parte de otros

“Me inscribí (en la psu), la fui a dar de mala gana. Y después postulé a ingeniería ambiental y quedé. Y después dije: ya, voy a estudiar esto,

porque en realidad, mi papá me hizo el ofrecimiento y de alguna forma me sentía comprometida con él” (E14).

Decisión de ingresar al tratamiento, porque otros los dijeron:

“Yo estuve como dos años desde la primera vez que vi GOCE. Y mi mamá que yo la iba a ver todas las semanas, me decía: ¿y cuándo?, ya no lo puedo abrazar, ¿y cuándo? ... mi hija cuando estuvo más grande un día me dijo: Papi, ¿cuándo va a bajar? Pero no hubo una cuestión así como... Estaba gordo, súper gordo, pero no me había pesado, no tenía conciencia del tema del peso. Entonces no. Yo no. Era más que nada estas vocecitas externas que me decían, oye no. No hubo un tema en mí” (E12).

Toma de decisiones de vida, porque otros lo deciden o porque “hay que hacerlo” (Ej: Dejar trabajo)

“Yo me acuerdo que pedí permiso para estudiar, 2002, por ahí. 2003. Y ella me dice: oye, sabís que igual yo noto que no estoy bien en la pega, no estoy contento. ¿Por qué no te dedicai a estudiar y ver tu futuro por ahí? Y yo no le rebatí nada. No le discutí. Fue la forma de despedirme. Y me acuerdo, no tuve ningún argumento para decirle tiene razón o no tiene razón” (E12).

En relación al autocuidado y al sobrepeso por ejemplo, se observa como explicaciones de su sobrepeso la presencia de vivencias externas que serían causa de su sobrepeso, sin considerar la noción de ser autor o tener la posibilidad de decisión frente a la ingesta.

“Yo creo que se juntaron igual cuestiones. Se junta que a mí me gustara comer. Y según el doctor eso no era respuesta. No es que a uno le guste.

A mí sí me gustaba comer. Y por lo mismo no me medía. Pero encontraba mucho placer en comer. Pero también, claro, yo creo que habían situaciones, frustraciones, situaciones así que yo no supe medir o trabajar en el momento. Yo estaba... debe haber sido 2000, 2001, que yo seguía en la imprenta, seguía en contabilidad, pero ya hacía rato que no era feliz, no la pasaba bien” (E12).

“Estaba trabajando en un colegio, pero hacía labores de inspectoría, no hacía otras cosas. Así que ahí yo creo que estuve con algún tipo de depresión. Y claro, estaba más gordo, pero fue la última etapa, los últimos años que engordé más hasta llegar a los 116” (E12).

Se observa en la mayoría de los casos dificultad en torno a la toma de decisión con respecto a la baja de peso o una decisión que se expresa de manera incipiente, como en una lucha constante entre la vivencia del placer inmediato versus la meta a largo plazo de baja de peso.

“Hice todo... Yo me acuerdo que me duró eso del malestar, de que tú querís más. Como los tres primeros días, yo creo. Y de ahí sentí como esa cosa que pasa, que uno se siente distinto. Y me duró. Pero me comía algo dulce y jodía” (E8).

El sentido de agencia y ser autor se observa como un aspecto logrado en otras áreas de la vida, como por ejemplo:

Colegio

“En el colegio me iba bien” (E15)

Trabajo

“Laboralmente, gracias a Dios, siempre me ha ido súper bien” (E3).

Por otra parte, se observa que varias de las personas que abandonan la terapia se mantienen haciendo dieta y mantienen su peso sólo mientras están en tratamiento, no sintiéndose agentes o protagonistas de la decisión de baja de peso fuera del tratamiento.

“Es que he comido no más. He comido, no he hecho dieta. No hago nada” (E8).

“Despierto tarde, cómo lo que quiero. Esta semana ni un día he hecho almuerzo, sino que como lo primero que esté a la vista y así me voy. O compro golosinas, que es lo más fácil. Abrís el paquete y te lo comís. Es como lo más fácil” (E8).

Se observa en una persona de las que abandona la terapia la noción de no tener agencia y la comida ejercía el control sobre su vida.

“Me di cuenta que estaba absolutamente poseída por la comida” (E1).

3. Ocupación en personas que abandonan la terapia

Esta sub-categoría se refiere a la vivencia de identificación con los roles de estudiante (colegio y universidad), así como trabajador en distintos ámbitos.

Varias de las personas que abandona la terapia se valora en los ámbitos de ser estudiante, viéndose como responsables y con un rendimiento favorable tanto en el colegio como en la universidad.

“En el colegio me iba bien” (E5).

“En el colegio saqué como, NEM, fue como 6,4. En la universidad también he tenido buenas notas. Ahora que estudié de nuevo también. Siempre he destacado” (E4).

Se observa el área académica como foco principal de vida en una de las personas que abandona la terapia.

“En esos tiempos... yo tenía que rendir en otras cosas ya o sea el foco estaba puesto en el tema académico en el cumplir” (E2).

Algunas personas de las que abandonan la terapia, se describen una imagen de no valoración en los ámbitos de ser estudiante.

“Mal, floja podrida... Nunca fui la primera del curso” (E15).

Como trabajador, la mayoría de los que abandona la terapia se describe como una persona responsable, cumplidora y comprometida en los trabajos.

“Yo soy bueno para la pega, soy bueno para trabajar. Soy responsable” (E12).

“Laboralmente, gracias a Dios, siempre me ha ido súper bien” (E3).

“Cuando salí de la universidad, el primer trabajo que tuve, mi directora de carrera le pidieron que recomendara a alguien porque iban a hacer una clínica, otro profesor de la universidad, y me recomendaron a mí. Y me iba bien en la universidad pero no era la mejor del curso, pero era simpática (risas). Tenía otras cualidades” (E4).

Una de las entrevistadas que abandona la terapia, refiere haberse visto afectada al ser despedida de su trabajo y refiere preocupación frente a la visión de los demás al respecto del episodio:

“Pero igual te deja aporreado y un poco achacado el que te echen. Como que tenís que estar dando explicaciones” (E2)

4. Autocuidado en las personas que abandonan la terapia

Esta sub-categoría se refiere a todas aquellas acciones orientadas al cuidado personal, incluyendo los códigos de: Hábitos alimenticios, dieta, actividad física, adicciones y tratamientos.

- Hábitos alimenticios

Este código se refiere a la forma habitual de alimentación utilizada por las personas. Los hábitos alimenticios son una temática que aparece en todas las entrevistas. Dentro de los hábitos alimenticios de las personas que abandonan la terapia, se encuentran como patrones relevantes:

La comida como algo placentero más que algo nutricional

“Yo no seguí nunca más la dieta. Ni ninguna otra dieta. Yo seguí no más comiendo lo que yo quería” (E8).

El significado de la comida como una forma de compañía, amor y cariño

“La comida está ahí también es como lo que te acompaña” (E2).

“Es un poco como mi amigo, mi cariño, mi todo. Es como me siento bien y como y me siento mal y como. Y así y ahora es como natural. Es parte de mi vida” (E8).

“Mi tema con el azúcar tiene que ver con la ansiedad con el hacerme un poco de cariño yo creo llevándolo al otro lado, claro es que esto mismo de preocuparme de todos los demás entonces puchas yo digo ya nadie se preocupa de mí, yo me preocupo entonces y me como un chocolate por ahí yo creo que va vinculado. Por ahí va específicamente con el tema de la soledad el tema deeel de eso de lo que te decía, ya nadie se preocupa por mí me preocupo yo entonces” (E2).

“En mi casa, el cariño entraba por el estómago” (E13).

La dificultad con respecto a las cantidades de ingesta.

“O sea, si yo sé que tengo que comer cierta cantidad, como más. Entonces sé que me estoy haciendo la tonta yo misma” (E15).

La necesidad de ingerir cosas dulces y la dificultad de dejar estos alimentos.

“Cambié los hábitos y... todavía soy tentada, recién almorcé y salgo a tomar un café con una amiga y pido una torta. Igual la sigo pidiendo, en automático” (E5).

La descripción de la comida y la ingesta como adicción

“Entonces sé que me estoy haciendo la tonta yo misma, te fijas. Pero es una conducta que no he logrado superar. O sea, es una adicción. No

tengo ese control... Yo me gratifico con la comida, eso lo tengo claro. O sea, tengo un problema” (E15).

La dificultad para hacer parte de la vida los hábitos la alimentación saludable y seguir la dieta.

“Me guiaba más o menos por algunas cosas. Algunas cosas así... No, yo me daba permiso para todo y sigo así. Soy súper permisiva” (E8).

La presión social al respecto del comer y de los hábitos alimenticios.

“Claro, y la gente contemporánea mía, ah, pero esto, cómo no vas a hacer, comer esto. Es increíble la presión social. Y uno tiene que luchar contra eso” (E13).

La dificultad de controlar la ingesta en vacaciones.

“Para mí las vacaciones ideales son estar viendo películas, estar en un sillón como este, tener mucha coca cola y tener pan y yo podría ser feliz viendo tele. Si me quedo dormido, chao...” (E12).

La presencia de fechas especiales y haber podido controlar la ingesta

“Yo pasé un 18 me acuerdo, y me fui al sur con mis cabros en auto. Y llevábamos todo para comer en el auto, porque es lo típico. Y bueno, yo me eché mi jalea, mi yogurt, mis galletitas” (E5).

La puesta en marcha de nuevos hábitos alimenticios saludables que parte muy bien en un principio pero que se va desinflando con el tiempo.

“Mi mamá viene por sus controles cada tres o cuatro meses, y nos trae un montón de queso, carnes, pan, sopaipillas. En el tiempo que estaba yo haciendo la dieta, las traía igual, pero yo no comía. Pero ahora que me salí del grupo y empecé a desordenarme con las comidas, como no más” (E4).

Se observa en la mayoría de las entrevistas la ingesta de comida como un modo de:

Placer

“Encontraba mucho placer en comer” (E12).

Compensación de emociones

“Pero sí me pasa también que me había enojado con no sé quién. Y después en la tarde, parece que tengo más hambre. Y me como todo” (E8).

Compensación de frustraciones

“Frustración. Entonces como yo pasaba un mal rato, y pum, comía” (E12).

Compensación de soledad

“Las veces que más comía era porque estaba sola” (E9).

La noción de dejar los hábitos saludables y consumir alimentos dulces como una forma de calmar la ansiedad y el estrés del trabajo.

“Al comer y al comerte un pastel y algo rico, te calma. Derechamente, o sea, yo pasaba una rabia y me iba al supermercado y a la esquina y tomaba un café con un pie de limón. O llegaba muy ansiosa a la oficina y tenía que atender gente y me tomaba un café con un pie de limón. Entonces, era una conducta ya aprendida y la hacía automáticamente” (E5).

- Dieta en personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a la noción de hacer un plan de alimentación específico y acotado de alimentos con el fin de lograr la baja de peso. Se presenta en todas las entrevistas de las personas que abandonan la terapia pero de diferentes formas.

Aparece en algunas personas la noción de no querer hacer dieta

“Ahora, no quería hacer la dieta, si llegué a mi casa llorando” (E10).

La mayoría observa la dieta como un plan acotado en el tiempo o que coincide con la permanencia en el tratamiento.

“Mi intención era entrar y salir de la dieta. Porque en el fondo sabía que no iba a estar en dieta toda la vida (E11)”.

En algunos casos, se observa la realización de la dieta sin excepciones.

“Empecé a bajar de peso súper rápido porque soy bien estricta con la dieta, no me salía nunca. Fui súper rigurosa. Fui bien matea en ese sentido, de hacer la dieta, de ir a las reuniones. Y bajé súper rápido de peso” (E4).

Se observa en todas las entrevistas la noción de salirse de la dieta en distintos grados

“Cosas que te pasan en el día. Yo dejaba que me pasaran esas cosas. Y de repente repercutían en la comida. Entonces como que yo comía más o ya no me tomaba la sopa. O ya no hacía la comida porque estaba cansada o hacía cualquier lesera” (E8).

Se observa en todas las entrevistas la dificultad para integrar las nuevas porciones de la dieta (más pequeñas).

“A mí siempre me ha pasado que siempre que hago dieta, no me da hambre, pero siempre me cuestiono el tema de por qué tan poco” (E12).

En general se observa un alto grado de motivación por seguir la dieta al principio, pero que luego va teniendo excepciones.

“El primer mes 100% después empecé a disminuir progresivamente.” Esto tiene que ver con las excepciones: “Lo que pasa es que uno empieza a hacer excepciones y las excepciones se van haciendo más frecuentes entonces, no sé cómo llevarlo a número, hasta llegar al abandono total” (E2).

Se observa en la mayoría de las entrevistas la noción de empezar bien la dieta, pero después dejarla por distintas razones.

“Y ahí empecé a hacer dieta. Pero siempre me cansaba, me aburría, no seguía” (E12).

Se observa en algunas personas la idea de llevar la dieta en un cierto porcentaje.

“Yo la cumplía en un 60%, yo creo O sea, después me fui relajando. Al principio más estricta, pero nunca 100% por ciento, jamás. Reconozco...” (E15)

Se observa una la idea de hacer la dieta pero que, por diversas razones, se deja de cumplir.

“Los primeros 6 meses los cumplí 100 por ciento. Y después que llegué a los 68 kilos, que llegué súper rápido porque sí seguía la dieta. Ahí conocí a Ángel. Entonces, empecé a comer cosas fuera de la dieta, me empecé a salir” (E14).

La mayoría de las personas describe haber realizado muchas veces dieta y distintos tipo de dieta, en su mayoría de las veces con resultados momentáneos, no encontrando “la solución perfecta”.

“Hice muchas dietas, pero no me funcionaba nada” (E9).

En algunas personas está la noción de que la dieta se incorpora fácilmente

“Para mí no fue tema la dieta. Había que cumplirla. Si yo estaba en el programa, tenía que cumplir” (E3).

En algunas personas aparece la vinculación de la dieta y fechas especiales y la noción de no salirse de la dieta

“Empecé a hacer la dieta y después no paré. Y la hice bien, me acuerdo que fui a un matrimonio y no me salí” (E12),

Aparece la noción de dieta como proceso de desintoxicación frente a una adicción

“Yo tengo súper marcado mis tres días sin azúcar. Porque mis tres días fueron acostada, con la cabeza tapada y llorando. Así de fuerte fue... Llegué a mi casa diciendo que soy una drogadicta” (E3).

Aparece la noción de tener que estar dentro del tratamiento para cumplir la dieta y la presencia de otro para que la dieta funcione.

“Ahora lo que sí me da mucha lata es que yo tenga que ir a GOCE para bajar de peso. Eso me da mucha rabia conmigo misma, porque yo la dieta me la sé de memoria... No sé, es que a veces siento que toda mi vida tengo que hacerla porque otro esté... Y eso igual me da lata” (E10).

- Actividad Física

Este código se asocia a la realización de actividades deportivas. En la mayoría de las entrevistas de las personas que abandona la terapia, no se observa la presencia de actividad física como un aspecto presente en la actualidad.

Cuando aparece la noción de actividad física, la mayoría de las veces se hace para describir una actividad que se hacía en la infancia o adolescencia.

“Su infancia estuvo marcada por una frecuente actividad física: “Era bien deportista. Me encantaba la gimnasia. Yo iba en un colegio que además fomentaba mucho el tema del deporte” (E1).

En algunos casos, aparece como estrategia para la mantención de peso en la actualidad (minoría)

“Yo siempre he hecho gimnasia. O sea, desde que tuve mi primera hija me puse a hacer gimnasia. Nunca más dejé de hacer gimnasia. Al principio iba tres veces a la semana. Y después ya empecé a ir todos los días, de lunes a viernes” (E15).

Se observa la noción de actividad física como algo que cuesta.

“Me pasa lo mismo con el gimnasio. Me cuesta” (E1).

- Adicciones

Este código se refiere a la utilización de diferentes sustancias con el fin del logro de placer, creándose una relación de dependencia.

.

Varias personas que abandonan la terapia describen la presencia de diferentes tipos de consumo y la noción de ser una forma de compensación que es necesaria.

“Cuando tu llegas de la pega a la casa y tú dices sabes que lo único que quiero en la vida es tomarme una cervecita heladita o fumarme un cigarro o fumarme un pito de marihuana o comer, pero tengo que tener alguna compensación, porque si no, no puedes, tienes que tener una compensación” (E6).

Así mismo, algunas personas se describen a sí mismas como adictas.

“Personas que son como yo, de fuertes adicciones, necesitamos buscar algo más...” (E6).

Varias describen al azúcar y su consumo como una forma de adicción.

“Yo tengo súper marcado mis tres días sin azúcar. Porque mis tres días fueron acostada, con la cabeza tapada y llorando. Así de fuerte fue... Llegué a mi casa diciendo que soy una drogadicta” (E3).

Se describe el tratamiento como un proceso de desintoxicación frente a una adicción y la diferencia en la forma de sentirse frente a antes y después de cambiar los hábitos de consumo de alimentos.

“Al tercer día después de haber terminado mi desintoxicación, según yo, al cuarto andaba con una energía que no la podía controlar. Y quería hacer todo. Y los amaba a todos, porque de lo gris que veía todo, de la noche a la mañana, todo era hermoso” (E3).

- Tratamientos en personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a todos los métodos utilizados para el logro de los objetivos de baja de peso.

La mayoría de las personas que abandona la terapia, describe haber llevado a cabo distintos tipos de tratamiento, que la mayoría de las veces no resultan para bajar de peso o que sirven en un inicio, pero después nuevamente suben. Entre los tratamientos encontramos:

Prueba de distintas dietas y visitas a profesionales:

“Hice muchas dietas, pero no me funcionaba nada” (E9).

“Por más tratamiento psicológico que me haga, por más dietas, yo siento que no puedo sola” (E8).

“Estaba con distintos tratamientos, lo típico, estaba haciendo la dieta de este, la de esto otro, hice algunas veces la dieta, varios intentos y ninguno me resultaba” (E6).

Toma de medicamentos para la baja de peso

“Había un médico en Viña que todo el mundo lo conocía porque ibas y bajabas de peso con las pastillas que te daba. Fui a ese médico y bajé once kilos (E1)”.

Combinación de varios métodos pero no efectivos

“Antes de tomar la decisión de ingresar al grupo, probé todas las dietas posibles, pastillas para bajar de peso, pero en verdad no había un compromiso de mí porque nunca fue un tema el tema del peso” (E4).

- **Tratamiento – GOCE en las personas que abandonan la terapia**

La mayoría de las personas que abandona la terapia describe el tratamiento en GOCE como una experiencia positiva

“Fue cuando postulé a GOCE, me llamaron y la verdad es que siento que funcionó” (E9).

Las personas que abandonan la terapia, describen el tratamiento en GOCE como una experiencia positiva, pero que no se mantiene a largo plazo.

“La pasada por GOCE me parece que fue más un enriquecimiento personal que fue positivo pero ahí quedó...” (E2).

Aparece en la mayoría de las personas que abandona el tratamiento, la noción de que cambiaron hábitos con el tratamiento, pero hay hábitos que no cambiaron y vuelven a subir de peso luego del abandono del tratamiento.

“Y de ahí para adelante siento que sí cambió mi hábito en el sentido de que no compro comidas hechas. Evito todo lo que sea envasado. Hay otras cosas que no he cambiado. Por algo he vuelto a subir” (E1).

Se observa en algunas de las personas que abandona el tratamiento, la idea de que hace falta seguimiento posterior.

“Yo sentí que esto que me llamaron a entrevista ahora, debió haber sido en Enero, cuando yo ya dejé de ir... A ver, qué pasó con esta paciente, por que dejó de venir dos meses... me faltó ese apoyo y yo hubiera regresado” (E5).

La mayoría de las personas que abandona el tratamiento, describe que el cuidado del peso se relaciona con la permanencia en el tratamiento.

“Es que abandoné el tratamiento abandoné el régimen y no me pesé más” (E2).

La mayoría de las personas que abandona el tratamiento, describe como importante la noción de que sea un trabajo grupal, ya que esto permite sentir Identificación con personas que están pasando el mismo problema

“Bueno, y cuando yo dije eso en el grupo saltaron muchas mujeres y dijeron: ah, yo también.... Y eso era algo que yo nunca había conversado con nadie. A lo mejor con mis hermanas, ponte tú. Pero el darme cuenta que otras mujeres que tenían experiencias absolutamente distintas a las mías y que para mí era un tema tan íntimo y lo compartía con ellas. Darme cuenta que no era solo yo ,sino que... Fue súper potente” (E1).

La mayoría de las personas que abandonan el tratamiento, se describen como participantes más oyentes que participativos

“El grupo, no era un mal grupo, pero sí sentía que yo no participaba mucho. Yo estaba siempre así con mi libretita, anotando, pero calladita en un rincón” (E4).

La mayoría de las personas que abandona el tratamiento, refiere como principales aspectos de cambio durante el proceso de tratamiento, otro tipo de aspectos que no tienen que ver con el peso, como por ejemplo: Adquisición de mayor seguridad, mejora de autoestima, aprendizaje, etc.

“La enseñanza que más valorizo, más que la alimentación es el tema del amor propio. Que te enseñen a valorarte tú, en cómo eres, que te aceptes tal como eres. Que te des cuenta de que no el mundo necesita cambiar para tomar una actitud positiva, sino que es uno” (E3).

Varias personas de las que abandonan el tratamiento, describen que su salida del tratamiento tiene que ver con la idea de que ya se sabían la dieta de

memoria, tenían claros los conocimientos que habían sido enseñados y que sentían que podían continuar solos

“Yo dije barsamente, ya estoy bien, no... Ya me siento bien, mucha plata. Estaba cansada por lo que implica para mí viajar de Pudahuel a La Florida. Es pique, terminaba muy agotada... Llevaba unos 8 meses, a lo mejor. Y ya estaba bien. Y según yo me había apoderado de la dieta” (E10).

En cuanto a los aspectos que facilitan el tratamiento en las personas que abandonan el tratamiento, está la idea de apoyo en distintos ámbitos:

Apoyo del grupo

“El atractivo era el tema del apoyo, del apoyo grupal de la metódica... el tema grupal de empezar a crear vínculos te afirma un poco más, te permite avanzar más creo yo, permanecer en realidad” (E2).

Apoyo familiar

“Yo pasé un 18 me acuerdo, y me fui al sur con mis cabros en auto. Y llevábamos todo para comer en el auto, porque es lo típico. Y bueno, yo me eché mi jalea, mi yogurt, mis galletitas” (E5).

Apoyo de los terapeutas

“Me puse a llorar y le dije al doctor que ya no estaba haciendo la dieta. Que no sabía que podía hacer porque no podía hacerla, no sentía, no sé. Algo me pasaba. Y ahí él me dijo que me calmara... me ofreció que

tomáramos ese break y que yo volviera en Marzo cuando yo estuviera más tranquila” (E8).

“Y el doctor me dio confianza y eso igual es raro... Y es raro que yo enganche, pero el doctor como algo me transmitió” (E10).

5. Visión de sí mismo en las personas que abandonan la terapia

Esta sub-categoría se refiere a la visión de las personas tanto a nivel físico como psicológico de sí mismos y la visión a partir de los otros.

- Visión de sí mismo a nivel físico en las personas que abandonan la terapia

Se observa en la mayoría de las entrevistas de las personas que abandonan la terapia, la noción de defectuosidad o de sentirse mal con respecto al alza de peso y su cuerpo antes del tratamiento.

“¿Cómo me describo? Es que todo mal. ¿Un monstruo? Físicamente, psicológicamente. Mal. Todo negativo, todo negro. todo oscuro. Súper... Mal. Es súper fuerte... Es como un ogro. Ay, me voy a poner a llorar. No había amor. Partamos de esa base. Ni hacia mi misma ni hacia mi entorno. Era rechazo a todo” (E3).

“Como que me avergonzaba un poco de lo gorda que estaba. Pero por que la ropa me quedaba mal, no porque... No sé, es raro, porque de verdad que mi peso nunca me ha complicado. Si me complicara yo creo que no sería gorda, me cuidaría mucho más de lo que me debería cuidar. Pero era como por un tema estético, porque me veía mal, me veía gorda,

me veía cachetona, me veía aseñorada. Eso me complicó. Y bueno, por eso decidí hacer algo ya más radical” (E4).

“Era una gorda insípida. Me sentía así... Insípida, como que no... Me sentía que no tenía atractivo para nada... además de internamente, mal pues... era mucho el peso para mi estatura” (E13).

La mayoría de las personas que abandona la terapia, reporta una visión satisfactoria de sí mismo a nivel físico cuando disminuye de peso.

“Estaba feliz... Me encantaba como me veía físicamente. Me encantaba lo que proyectaba hacia afuera... Y lo que sí yo siento es que me influyó muy positivamente para encontrar pareja. Que me sentía regia, poh. Entonces era como que tenía la autoestima lo suficientemente alta como para poder atraer a la persona que yo quisiera. Eso sentía” (E1).

- **Visión de sí mismo a nivel psicológico en las personas que abandonan la terapia.**

Se observa en algunas de las personas que abandona la terapia, algunos aspectos psicológicos definatorios.

“A ver cómo decirlo para que no suene egocéntrico. Sé lo buena profesional que soy, sé lo buena persona que soy y tengo súper claro que el tema físico y el tema personal están súper distanciados. No por el aspecto físico que tengo va a interferir en mi desempeño como persona. Claro, como profesional, como hermana, como hija. En ese sentido...” (E4).

En varias de las personas que abandona la terapia, aparece la noción de ser golosa, tentada o dificultad para tener control al respecto de lo que come.

“Lo que pasa es que yo siempre he sido súper golosa. Desde chica... Y antes de eso no era tema porque yo comía... comía dulces y comía lo que quería, no me medía y nunca engordaba” (E14).

En una de las personas que abandona la terapia, aparece la noción de sí misma de estar con retraso en las etapas en relación al resto de las personas.

“Yo en mi vida hago todo retrasado. Comparado con la gente. Entonces, siento que como tengo 35 años, no me siento de 35 años, con lo que la gente hace. Es como: Uy, te veís mucho más joven, pero es que yo nunca hago las cosas según las convenciones sociales. Mi virginidad la perdí muy tarde también, no porque no tuviera posibilidades, sino porque no quería. No sé, poh, salí tarde de la U. Empecé a trabajar más vieja, me fui vieja de la casa. Como todo retardado, pero también es porque tengo mis tiempos y no juzgo a nadie. Yo creo que uno lo hace con el tiempo que le corresponde” (E10).

En algunas personas de las que abandona la terapia, se observa la noción de ser buena polola, amiga, hija, etc.

“Con él ya supe que podía tener pareja, supe que puedo ser buena polola” (E10).

En una persona de las que abandona la terapia, aparece la noción de no ser muchas cosas y nada al mismo tiempo.

“Yo era la súper enfermera la súper hija la súper mamá la súper apoderado todo, pero yo no era nada en definitiva entonces ese fue el primer momento” (E1).

Aparece en una persona de las que abandona la terapia, la visión de sí mismo de ser sólo para los demás.

“Era todo para los demás pero sin ser yo” (E1).

- **Visión de sí mismo a partir de los otros.**

Aparece en una de las personas que abandona la terapia, la noción de no valoración a partir de lo que dice una doctora al respecto de su cuerpo.

“Una vez una doctora me dijo, que yo era bonita de aquí para arriba... era chica, tenía como menos de catorce” (E4).

Aparece la noción de la visión de la mamá en la constitución de su identidad en una de las personas que abandona la terapia.

“Mi mamá siempre me dice que estás tan gorda. Bueno, antes me decía, que estaba tan gorda. Y ella siempre me decía que hiciera dieta, porque yo desde chica he sido rellenita” (E4).

En una de las personas que abandona la terapia, aparece la noción de dificultad de integrar los piropos, sintiéndose incómoda, incluso piensa que estar gorda era una forma de protección.

“Me pasa que cuando me veía regia me molestaba que me piropearan. Sobre todo los hombres, sobre todo en este país, tú sabes cómo es. Es

terrible. Entonces, yo también pienso que me quedaba gorda porque así pasaba desapercibida. Es más, los hombres no te miran” (E5).

6. Emociones

Esta sub-categoría se refiere a las sensaciones experimentadas por las personas en distintos momentos. Se observa la presencia de distintos estados emocionales, en relación a distintas vivencias.

Las emociones que aparecen en la mayoría de las personas que abandonan la terapia son: rabia, pena, culpa y frustración.

“Pero la rabia me he dado cuenta en este último tiempo, que de repente es tanta la rabia, que como, casi que me quita hasta el hambre de rabia” (E15).

Se observa en la mayoría de las entrevistas de las personas que abandonan la terapia, la presencia de emociones asociadas al alza de peso, dificultad para mantener la dieta, relaciones interpersonales y eventos vitales.

“Como los tres primeros meses fue súper bien y los cuatro últimos estaba así, sube y baja. Sube y baja, como lo que quiero. Después vuelvo, como lo que quiero. Y además sentía que estaba perdiendo mi dinero. Entonces iba, yo no lo hacía. Entonces como que yo gastaba la plata y no la hacía. Porque soy yo la que tiene que hacer todo no más, poh. Entonces, como que empecé para qué voy si no lo hago. Igual es harta plata. Empecé así. Hasta que ya no dí más y me puse a llorar y le dije al doctor que ya no estaba haciendo la dieta. Que no sabía que podía hacer porque no podía hacerla, no sentía, no sé. Algo me pasaba” (E8).

Aparece en la mayoría de las personas que abandona la terapia, la noción de que las emociones tienen un rol de causa de una mayor ingesta o que la comida es una forma de compensar la rabia, pena y frustración.

“Tengo claro que como por rabia, como por pena. Me gratifico olímpicamente con la comida, o sea. Estoy angustiada y pucha, que rico, como. Después me siento súper mal, porque no me cabe la ropa” (E15).

“Tengo un problema, una pena: así, que ganas de tomarme un traguito con una cosita, te fijas. No para curarme, no soy tampoco de tomar mucho trago. Pero... o comerme un pedacito de torta, un pedacito de kuchen, un tecito con un kuchencito, o sea, la pena y todas esas cosas me las quito con eso. Son como mis alprazolam, dirían, mis ravotriles” (E15).

II. Integración del sí mismo en personas que abandonan la terapia

1. Etapa etaria

Esta subcategoría se refiere a las vivencias en distintos momentos de la vida. Aparece en todas las entrevistas de las personas que abandonan la terapia la mención a distintas etapas etarias.

“Siempre una quería estar más flaca en la adolescencia” (E11).

Una etapa etaria que se describe con mayor dificultad es la adolescencia.

“La infancia y sobre todo la adolescencia fue súper dura” (E11).

2. Eventos vitales en personas que abandonan la terapia.

La mayoría de las personas que abandona la terapia describe la presencia de eventos vitales como gatillantes de su alza de peso o de reganancia de peso.

Término de relación

“Yo tuve un pololeo de cinco años, de los quince a los veinte años. Cuando terminé, terminé yo, pero subí diez kilos. Me lo comí todo” (E1).

Enfermedad física

“Y a los 26 años más o menos, me empecé a sentir mal... A los seis meses ya tuve una enfermedad y los medicamentos me hicieron subir ocho kilos, más o menos” (E9).

Enfermedad psicológica, diagnóstico de bipolaridad

“Lo que pasa es que cuando empecé a tomar un medicamento, el litio, ahí se me disparó el peso” (E14).

Enfermedad Mamá

“Mi mamá tuvo cáncer, también es aliciente el tema del sobrepeso en el cáncer de mama. Así que ahí fue cuando me decidí a hacer realmente algo” (E4).

Enfermedad Papá

“Si yo sé que depende de lo que esté viviendo es cómo reacciono a las comidas. Sí, es verdad. Porque a ver, con esto de lo de mi papá, yo todavía no he podido volver a una rutina de comida” (E8).

Embarazo

“Comienza con los embarazos, primeramente. Y segundo, cuando conviví y viví y estuve casada 28 años con una persona alcohólica y traté de sujetar un matrimonio por 28 años. Entonces, estuve en muchas situaciones de violencia. No física, pero violencia psicológica, económica. Y eso con el tiempo me llevó a engordar. En el fondo, descubrí en GOCE que me empecé a refugiar en la comida” (E5).

3. Cambio en personas que abandonan la terapia

En general se observan dificultades con respecto a integrar el cambio.

“Me da pena cuando pienso en como entré. Yo no escondo a esa, la tengo muy presente. En el fondo, siento que soy la misma. Soy la misma, menos cachetona. (...) O sea, yo toda la vida con el trauma de nadie me va a pescar porque soy gorda... Todo era porque era gorda. Todas las penas de mi vida eran porque era gorda. Y al final me di cuenta de que no era así. Entonces, sí, me di cuenta de eso cuando salí, pero también me di cuenta que la vida no me cambió siendo más flaca” (E10).

Aparece la noción de no haber aprendido.

“Yo creo que si hubiese tenido una persona que me contuviera mínimamente, no me hubiese pasado. Yo creo que hubiese seguido. Y ahí me di cuenta que al final de todo el trayecto que hice, no aprendí” (E3).

En algunas personas, se observa la noción de valoración del cambio.

“Veo para mi edad, lo mejor que me puedo ver... Bien. Muy bien. Con las contemporáneas, mucho mejor. Primero que todo, con la gente contemporánea yo encuentro que tengo más agilidad mental, más agilidad de esto. Y no hablo de enfermedades, que eso es típico de la gente vieja, que se centra pa adentro. A mí me carga” (E13).

Es frecuente observar un cierto grado de dificultad para integrar la nueva imagen, existiendo incluso una sensación de desconocimiento frente al nuevo cuerpo y no saber cómo vestirse.

“Me pasó lo mismo con la bajada de peso. El tema mío fue la ropa. Porque estoy acostumbrada a verte de una manera con ropa y después enfrentarte con esa ropa, con otra ropa, es complicada. Porque no sabía cómo vestirme. No sabía si estar suelta o estar ajustada. Ese fue como uno de los conflictos” (E3).

Sentir incómodo el nuevo cuerpo y los piropos.

“Me pasa que cuando me veía regia me molestaba que me piropearan. Sobre todo los hombres, sobre todo en este país, tú sabes cómo es. Es terrible” (E5).

Sensación de estar más protegida con los kilos de más.

“Entonces, yo también pienso que me quedaba gorda porque así pasaba desapercibida” (E5).

Sensación de ser más visto por los demás, sexo opuesto especialmente.

“Claro, te sacan más a bailar, por ejemplo, en los carretes” (E10).

Sensación de que los otros se relacionan de manera distinta con ellos al bajar de peso.

“Fue un cambio súper brusco. De subirme a una micro y que un individuo me dijera: córrete guatona tal por cual. A subirme a la micro y que alguien me tomara de la mano y me dijera: súbase mi niña” (E3).

4. Aspectos históricos y culturales en personas que abandonan la terapia

Esta subcategoría se refiere a la mención de distintos elementos pertenecientes a la cultura y al momento histórico donde se desarrollan las personas que tienen relación a su construcción de identidad y la vivencia de obesidad y sobrepeso. Incluye por ejemplo: Hábitos alimenticios, convenciones sociales, modos de vivir propios de cada lugar, etc. En el caso de las personas que abandonan la terapia, aparecen distintos indicadores de esta subcategoría.

Aparece la noción de alimentación característica de la época.

“Me alimentaban como alimentaban a los niños en la época de los 80’, o sea me llevaba yoghurt al colegio, manzana” (E10).

Aparece la noción de que en esa época, el peso no era tema.

“Yo no era una persona que se preocupara en no comer para no subir de peso ni andarme pesando o sea en mi casa no había pesa tampoco años atrás eso no era un tema” (E2)

Noción de que en otro país la cultura es distinta y se siente mejor.

“Yo siento que allá a la gente le da lo mismo si tú eres gordo, flaco, feo, lindo. Da lo mismo. Yo allá puedo andar con mini, mostrando las pechugas y me da lo mismo. Yo puedo andar caminando por la calle, así, como que te salís del mar y te vas para la casa. Y me da lo mismo. Porque siento que no soy mirada. Como que allá me desinhibo. Y acá ando toda tapá, como que me pongo una cosa, y otra y otra” (E8).

Se observa la necesidad de estar acorde a los requerimientos de la sociedad

“Así que intento ponerme ropa que me acomode... no sé, más acorde, en realidad a lo que dice la sociedad” (E8).

5. Proyección en personas que abandonan la terapia

Esta subcategoría se refiere a la visión que tienen las personas al respecto de su futuro en distintos ámbitos.

La mayoría de las personas que abandona la terapia refiere la idea de bajar de peso en un futuro como una esperanza.

“En el futuro yo me veo delgada. Sí, me veo delgada” (E8).

La mayoría refiere que le gustaría tener pareja

“Quizás lo que siempre me ha motivado es como que no me pescan por eso, creo yo... Esto de encontrar pareja” (E8).

Aparece la proyección de bajar de peso por un tema de salud y de cuidado de hijo.

“Mi hijo porque en realidad para mí el estar gorda es un tema de salud. Y yo le tengo que durar a mi hijo muchos años para cuidarlo. Ese es mi principal preocupación” (E14).

III. Integración con Otros en personas que abandonan la terapia

1. Familia en personas que abandonan la terapia.

Este subcategoría se refiere al tipo de relación y vínculo desarrollado por las personas con sus familiares, tanto con su familia de origen como con su familia actual o propia.

- Familia de origen en personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a las relaciones con su familia nuclear de nacimiento durante infancia y adolescencia.

Se menciona en las personas que abandonan la terapia, la noción de pertenencia a una familia y de compartir ciertas características físicas o de peso.

“Yo siempre desde chica, en mi casa, hemos sido todas potonas. Todas las hermanas. Y la verdad es que ahora no tengo ni un rollo, no me preocupa para nada el tema de si tengo el poto grande o el poto chico...” (E1).

Se menciona en las personas que abandonan la terapia la existencia de familiares con características de sobrepeso de manera frecuente.

“Mi mamá gorda. Gorda y gorda vitalicia, nunca adelgazó, todavía es gorda, con 80 años y todavía es gorda” (E6).

En general se repite bastante la mención de los padres como una forma de justificar el sobrepeso en las personas que abandonan la terapia.

“Mira, comienza yo creo desde que pesé cuatro kilos 600 al nacer. De que mi mamá se lo comió todo y yo subí. Desde que ella tenía que comer el doble. Así como de esa época. Bueno y después todo lo que yo quería me lo daban” (E8).

“Mi papá debe haber tenido 40 kilos fácil de sobrepeso. Le decían el gordo. Entonces siempre que yo iba a doctores, me decían: papá ¿gordo o flaco? Gordo, decía yo. Entonces, era... genético. Y después al entrar a GOCE me di cuenta que no es tan así, que es la ingesta que uno come, eso me quedó grabado” (E13).

Se menciona a los padres y familia para describir las formas de relacionarse, encontrando formas valoradas y no valoradas de relación. No se observa un patrón único de relación, sino que una diversidad de familias y vínculos en las personas que abandonan la terapia.

“Yo recibí mucho cariño cuando chica, no tengo nada que decir de mi infancia, excepto cuando llegaron mis hermanos, porque me quitaron todo. Me quitaron a mi papá, en el fondo la atención” (E10).

(En relación a su mamá) “Sí, yo creo que ella piensa, hasta el día de hoy, que ella hubiera querido que yo fuera una extensión de ella. Y yo cuando chiquitita era muy; por ejemplo, yo siempre fui la mejor del curso, o estaba entre las mejores del curso. Era la mejor compañera, me portaba bien. Entonces, era como tan correctita que en un minuto tenís que explotar, porque eso no es normal. Ella una vez me dijo, una vez te pillé, y yo pegándome sola en la mano. Entonces, yo imagino cómo la debo de haber integrado a ella en mi cabeza, como pepe grillo con las normas, que yo sola poniéndome límites” (E10).

“Tengo una hermana menor, tres años menor, y mis papás. Mi mamá es súper cariñosa. Mis papás... Una familia normal, o sea, tiene sus cosas, pero no hubo ningún trauma ni nada fuera de lo habitual (E15)”.

- Familia propia en personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a la familia actual que formó cada persona.

Se observa la referencia a la formación de familia y tener hijos en las personas que abandonan la terapia, existiendo distinto tipo de experiencias.

“Soy capaz de hacer muchas cosas cuando me las propongo. Estudié, terminé la carrera con tres hijos, cuando tres compañeras más estaban embarazadas y tenían nana y mamá. Y yo no tenía ni nana ni mamá” (E6).

Se hace mención en personas que abandonan la terapia, la aceptación de la pareja del peso.

“Pero también como estoy no me siento incómoda y mi pololo, además, a él le encanta como estoy con más kilos o menos kilos, porque además uno se pone más pechugona. Entonces, es como que le gusta que tenga más kilos” (E2).

Se hace referencia a familia actual en relación a hábitos alimenticios en personas que abandonan la terapia.

“El tema es que ahora estoy con mi pololo que es bueno para comer. Pero no puedo echarle la culpa a él porque me apoya. Si yo quiero bajar de peso, me apoya. Si yo quiero un chocolate, me apoya, ¿Cachai? Entonces, es responsabilidad mía, no más” (E2).

2. Relaciones Interpersonales en personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a los vínculos que establecen con personas anexas a su familia, tales como: amigos, compañeros de trabajo, compañeros de colegio, etc.

Aparece en las personas que abandonan la terapia con frecuencia la noción de compañeros de colegio que molestan frente al peso y otros casos donde hay buenas relaciones.

“En el otro colegio me empezaron a molestar. Como que me decían, y yo no cachaba lo que era porque yo no vivía con ella y nunca había visto ese juguete, no sabía. Me decían pelota del juguete” (E8).

“Siempre con compañeros buena onda y nunca nadie me decía nada. Si era súper piolita” (E8).

Se hace referencia a tener grupos de amigos que dan cuenta de características de identidad.

“Tengo una vida social bien amplia y con hartos amigos y como todos de disfrutar harto. Y somos todos como solteros. Entonces, mucho en torno al juntémonos a conversar, a jugar, con mesitas de aperitivos y todo” (E1).

Se describe al grupo como forma de validación.

“El último año bajé de peso. Tomé (sibutramina) el último año. Y me eligieron hasta reina de mi alianza, cómo sería” (E8).

3. Grupos y organizaciones en personas que abandonan la terapia

Este código se refiere a la relación que se establece con grupos u organizaciones.

Aparece la noción de pertenencia a la iglesia en una persona de las que abandonó la terapia, pertenencia que da cuenta de identidad.

“Tenía 15 años y de ahí volví a ser un chiquillo bueno, en donde participaba en la iglesia” (E12).

Resultados: Personas que se graduaron del proceso

I. Unidad del Sí Mismo en Graduadas

1. Cuerpo en Graduadas

Esta sub-categoría engloba los siguientes códigos que aparecen en las entrevistas de las personas graduadas:

- Aspecto Físico Graduadas

Este código se refiere a la percepción del cuerpo. El aspecto físico es un tema que aparece en las 2 entrevistas de graduadas distintas formas, existiendo ciertos puntos en común y otros diferentes.

Ambas personas refieren que en su época escolar (enseñanza media) y universitaria eran delgadas, estando conformes con su apariencia física. Ser delgadas les confiere un cierto estatus de valoración social, que queda en evidencia con las frases: “Yo era top” y “la empecé a llevar”, que dan cuenta de esta validación dentro de su grupo de pertenencia.

“Era top en la universidad (risas). No, de verdad, era del grupo de las tops, era flaca... Yo no andaba con polerón y zapatillas en la universidad, yo andaba con tacos. No con taco aguja tampoco, pero andaba bien arreglada. Estaba en el grupo adonde nos arreglábamos y todo. No era mina, porque nunca me he considerado mina, pero igual no pasaba desapercibida” (E7).

“Estaba la raja en términos físicos. Claro, la empecé a llevar. Y después entré a la universidad y ahí se me terminó de abrir el mundo...” (E11).

En ambas personas aparece la noción de preocupación al respecto de su aspecto físico cuando suben de peso y nos les agrada su cuerpo completo o partes de su cuerpo.

“Es un tema mirarse al espejo y no gustarse. Eso es indiscutible” (E7).

“Físicamente yo estaba con sobrepeso de todas maneras... No estaba gorda, gorda, gorda, pero te veías el brazo más hinchado, la doble pera... (E11)”

- Sobrepeso Graduadas

Este código se refiere a la experiencia de peso aumentado, presentándose como una experiencia histórica que ha estado presente a lo largo de toda la vida o desde un momento específico en que la persona tiene un alza de peso ya sea abrupta o progresiva. Se presenta de distintas formas en ambas personas.

Ambas personas refieren que el sobrepeso comienza en la adultez y coincide con la vida en pareja y el comenzar a convivir.

“Yo empecé a subir de peso, creo que cuando empecé a trabajar. Y después que me casé, me fui de luna de miel y ahí comí como chancha” (E7).

“No sé si fue coincidencia, pero me fui a vivir con mi pololo. Y tiempo después nos casamos. Y empezó como desde que me puse a pololear... Y de ahí vino una escalada de subir de peso... Antes de eso, en general, como que me mantenía en este peso” (E11).

Con respecto a la vivencia del sobrepeso antes del tratamiento, una refiere una sensación de frustración, mientras que otra refiere una postura más asumida.

“Yo tenía una frustración por ser gorda, porque en verdad yo no estaba acostumbrada a ser gorda. Yo estuve acostumbrada siempre a ser flaca” (E7).

“Como súper asumida, porque en realidad no la veía tan terrible” (E11).

En relación a la infancia, una de las personas refiere haber sido delgadas y en la otra, refiere haber tenido temas de peso en la infancia pero hasta la adolescencia. Al respecto de momentos durante la vida donde hubo algún nivel de alza de peso, se observa en ambas entrevistadas durante infancia y adolescencia, pero con una duración limitada de acuerdo a lo que ellas refieren.

“Nunca fui gorda, al contrario, era muy flaca” (E7).

“A los nueve años engordé. Que fue unas vacaciones que tuve sin mi mamá. En donde me sobrealimentaron en el sur mi familia y llegué gorda, pero me duró el verano. Después volví a mi peso normal” (E7).

“Tuve temas de peso, pero como hasta los 15” (E11).

Se observa en una persona la internalización de la idea de que el sobrepeso es algo negativo a partir de las relaciones con otros significativos, como se observa en la siguiente cita:

“Yo tenía una mamá que siempre cuidó mi peso... siempre me inculcó que yo no podía ser gorda” (E7).

- **Ropa en Graduadas**

Este código se asocia a la vestimenta y sus distintas vivencias. Es un aspecto que aparece en ambas personas graduadas, siendo un indicador de los cambios del cuerpo durante los procesos de alza y baja de peso.

En ambas personas aparece la ropa como indicador de sobrepeso.

“Entonces enfrentarte a la gordura de un día para otro... cada vez que te comprabas algo... era una frustración para mí” (E7).

“Claro, de repente caché que el pantalón ya no te está entrando” (E11).

Y luego la ropa aparece como indicador de cambio y baja de peso.

“Semana a semana tú vas viendo los resultados y vas viendo que la ropa te queda grande” (E7).

“Te sentís tan bien contigo misma. Podís ponerte la ropa que te gusta” (E11).

En una persona, la ropa aparece como motivación.

“También puedo ponerme ropa más bonita, puedo estar más flaca” (E11).

- **Imagen Graduadas:**

Este código se asocia a la percepción del cuerpo asociada a imagen, espejo y fotos.

Aparece la noción de frustración frente a la imagen del espejo teniendo sobrepeso en una de las personas entrevistadas.

“Mirarte al espejo cada vez que te comprabas algo y no verte bien era una frustración para mí” (E7).

En una persona aparece la imagen como motivación para la baja de peso.

“Te diría que fue por un tema de salud y también por un tema de imagen” (E11).

2. Agencia Gradudas

Esta sub-categoría se asocia a la percepción de las personas de ser agente o autor frente a las temáticas de la vida, sintiéndose protagonistas de las decisiones y de las acciones y reconociéndose como responsables de éstas. En el caso de las graduadas, se observa una noción de ser protagonistas en la toma de decisiones de su vida en distintas áreas, pero se ve especialmente en lo referente al área de alimentación, en donde está presente la idea de cambio de estilo de vida y hacerse cargo de este cambio, de ser consecuente frente a esta decisión, llevando a cabo acciones orientadas a mantener su estado físico y bienestar. Se observa esto en los siguientes ejemplos:

En relación a la toma de decisión para ingresar al tratamiento:

“¿Trabajaste toda tu vida para poder comprar remedios? No, dije, esto llega hasta acá” (E7).

En relación al cambio de estilo de vida en alimentación:

“Habíamos decidido que tiene que ser parte de tu vida empezar a comer sano” (E7).

En relación a la mantención del cambio de estilo de vida hoy en día y el reconocimiento de la preocupación en la alimentación como algo a largo plazo:

“Te diré que hoy día la alimentación que tengo es mucho más así. Me gusta el pan y todo y estoy comiendo puro pan integral... como que estoy preocupada de mirar qué me echo a la boca” (E11).

“Pero eso es una decisión no es una obligación. Entonces, pude haberme perdido en este intento y haber vuelto a engordar lo que yo ya engordé. Seguir la dieta y hacerla parte de sus vidas” (E7).

“Todavía ando con mi lonchera y la sopa todavía la sigo haciendo. Te acostumbrai” (E11).

También es posible observar la noción de ser autor frente a decisiones en otras áreas de la vida, como por ejemplo, el área laboral y familiar:

“Hoy no estoy obligada, porque si quiero igual me cambio (de trabajo) y asumo el desafío” (E7)

“Hoy día yo decidí aumentar mi núcleo familiar. Y esa es mi concentración” (E7).

Se observa el reconocimiento de los logros y autoría en ellos:

“Yo logré bajar 22 kilos de peso. Yo logré darle la vuelta a mi trabajo finalmente” (E7).

“Estoy como mucho más confiada en el futuro. Y en que de verdad siento que estoy mucho más conectada con el universo. Siento que las cosas buenas me pasan... Como que las cosas te las vas construyendo tú” (E11).

3. Ocupación Graduadas

Esta sub-categoría se refiere a la vivencia de identificación con los roles de estudiante (colegio y universidad), así como trabajador en distintos ámbitos. En el caso de las graduadas, se observa una valoración en los ámbitos de ser estudiante y trabajadoras, viéndose como responsables, existiendo una valoración de sí mismas en estos ámbitos. Al mismo tiempo, se observa también momentos de dificultades, de inseguridades que se asociarían también a los momentos de mayor ingesta de alimentos y los periodos de mayor alza de peso. Sin embargo, son capaces de reconocer las dificultades y hacerse cargo de ellas, teniendo hoy en día una visión positiva al respecto de este ámbito y reconociéndose como autoras de la toma de decisión de hacer este trabajo y mantenerse en este mismo, así como de hacer conciliar los tiempos personales y laborales. Se observa en los siguientes ejemplos:

En relación al colegio y universidad:

“Me iba súper bien. Sí, me iba bastante bien en mi época escolar y universitaria, me iba bien. Siempre estaba en los primeros lugares, nunca tuve problemas de notas ni nada de eso” (E7).

Se observa la noción de carrera como refugio frente a las dificultades que pasaba en ese momento:

“Me refugié mucho en los amigos. Mucho en la carrera” (E11).

Se observa la presencia de miedos en cuanto a no satisfacer las expectativas de los otros en el trabajo (Ej: Jefatura) y la sensación de inseguridad frente a esto.

“Me sentí media tonta cuando en mi segunda pega... habían cosas que en verdad no entendía bien. Y las jefaturas hacían notar las deficiencias que tú tenías. Y me convencí que no sabía, que no era experta en lo que yo hacía. Entonces, estuve en un permanente aprender que nunca se convirtió en un saber. Y eso me afectó... en general” (E7).

“Tenía como dos temas que tenían que ver con el abandono, así como esto de que me voy a dejar; si me porto mal me voy a dejar. Y el tema de no ser suficientemente buena para alguien. Y sobre todo por la pega. Porque la pega era así como dura conmigo misma, súper entregada a la pega. Si me mandaba una cagá iba así como: ah! Soy lo peor! Así como ya, con látigos y toda la cosa” (E11).

Muchas veces se describe que el estrés sufrido dentro de los estudios o vida laboral sería una causa como para aumentar la ingesta de alimentos.

“Que yo ya no era tan reconocida y tan exitosa y que también me iba mal, que también podía fallar. Eso es un círculo vicioso en que te metís, y perdís el control y te permitís ser gorda y perdís el control. Y te permitís intoxicarte con comida que no corresponde” (E7).

Al mismo tiempo, se observa el reconocimiento de dificultades en compatibilizar la vida laboral y personal, pero hoy en día es posible hacerse cargo de este punto:

“El 2016 estuvo difícil a nivel de pega. Entonces, hubo que trabajar más para llegar a las lucas. Y desde ahí, dejé de ir al gimnasio, dejé de hacer mis cursos de otras cosas que a mí me gustan. Y en eso estoy hoy día, como retomando ese tiempo que tenía que ver con el para mí... Y eso también es algo que saqué de acá. Que está bien que seas la mamá y la dueña de casa, pero al final, y que lo entendí así, si tú no estai, la wea va a seguir andando” (E11).

En relación al trabajo actual, se observa una noción de reconocer los problemas, pero al mismo tiempo, hacerse cargo de éstos, estando presente la noción de ser autor:

“Me gusta lo que estoy haciendo. Me han metido en desafíos importantes, estoy estresada, pero en verdad estoy contenta. Estoy súper satisfecha con lo que estoy haciendo” (E7).

4. Autocuidado Graduadas

Esta sub-categoría se refiere a todas aquellas acciones orientadas al cuidado personal, incluyendo los códigos de: Hábitos alimenticios, dieta, actividad física, adicciones y tratamientos.

- Hábitos alimenticios

Este código se refiere a la forma habitual de alimentación utilizada por las personas. Los hábitos alimenticios son una temática que aparece en todas las entrevistas. En el caso de las graduadas, es posible observar diferencias en cuanto a los hábitos alimenticios en las distintas etapas de la vida, así como también es posible observar el uso de la comida como forma de aliviar el estrés en los momentos de mayor alza de peso. Sin embargo, coinciden en ambos

casos que hoy en día, luego del tratamiento, existen hábitos alimenticios saludables que se mantienen a largo plazo. Esto no quita que en ciertos momentos, hasta el día de hoy, existan ciertos momentos de descontrol en cuanto a los hábitos. Pero, pese a esto, siguen prevaleciendo los hábitos alimenticios saludables por sobre los demás. Además, se observa la existencia de un sentido al respecto de mantener ciertos hábitos alimenticios y la noción de proyección de mantener los hábitos alimenticios saludables. Como se observa en los siguientes ejemplos:

En relación a los hábitos alimenticios de la infancia y adolescencia, se observa que estos son definidos y regulados por sus madres, pero con ciertas diferencias. En el caso de una persona, se observan hábitos alimenticios saludables, mientras que en el otro caso se observa lo opuesto:

“Si tú me preguntai así, comida y cabra chica, se me viene como ese recuerdo a la cabeza. Que no te podías levantar de tu mesita hasta que no te comieras tu comida. Harto dulce, harta comida a deshora, harto de comer en la pieza. Claro, después cuando ya mis papás se separaron y después también. Pero en la época universitaria, en la época de colegio como que cada una comía en su pieza. Como que no había un rito de sentarse a la mesa, de saber cómo estoy. Sino que era una “pensión”, cada uno se traía su alimento y se iba a la pieza a comer. Entonces como que mucho rito nunca había. Entonces por ahí también fui desordenada con la comida por lo mismo, porque no estaba esa cosa de sentarse a comer, sino que comíay lo primero que encontrabay, lo más rápido posible” (E11).

“Yo tenía una mamá que siempre cuidó mi peso. Yo bailé ballet cuando chica entonces, yo tenía la mitad de la marraqueta que me podía comer... mi mamá siempre me inculcó que yo no podía ser gorda” (E7).

La noción de cambio de hábitos alimenticios que coincide con la fase de inicio del alza de peso:

“En verdad, mira, yo empecé a subir de peso, creo que cuando empecé a trabajar. Y después que me casé, me fui de luna de miel y ahí comí como chancha. Estábamos relajados, sacándonos el estrés del matrimonio...” (E7)

La noción de vivencias y emociones pasadas que hacen cambiar los hábitos alimenticios y aumentar la ingesta:

“Entonces, entré en un círculo vicioso, entre el estrés, las vivencias que voy pasando y querés un dulce. Entonces es un círculo vicioso de nunca acabar hasta que llegué a tener 73 kilos” (E7).

En el pasado se observa la dificultad de controlar hábitos alimenticios y la ingesta en vacaciones

“A los nueve años engordé. Que fue unas vacaciones que tuve sin mi mamá. En donde me sobrealimentaron en el sur mi familia y llegué gorda, pero me duró el verano” (E7).

La noción de que en el pasado los estudios o trabajo cambian los hábitos alimenticios y consumir alimentos dulces como una forma de calmar la ansiedad y el estrés del trabajo.

“Habíamos estudiado el magister. Entonces estábamos acostumbradas a comer mucho. Nos juntábamos a comer más que estudiar...” (E11).

“Y el estrés propio del trabajo, yo creo que también generó que yo también me desordenara en mis comidas, que me diera más ansiedad de comer chocolate...” (E7).

Se observa la incorporación paulatina de cambios en los hábitos alimenticios que se expresa en distintos detalles que van conformando una nueva noción de alimentación:

“Con la Coni Achurra hice un curso de detox. Por eso te digo que pesaba más de 73 kilos, porque en el detox igual uno baja de peso porque incorporai cosas mucho más sanas en tu alimentación. Ahí fue mi primer cambio” (E7).

“Liberé el azúcar y pasé a la stevia, era endulzante en esa época... Hartas cosas igual, porque cambiamos la percepción de que la carne se basara en nuestro... o sea, el plato ya no era 80 por ciento de carne, que era la formación que tenía yo, desde chica y él no se negaba porque igual le gusta. O sea que si no había carne en el plato no era posible comer, almorzar. Entonces, empezamos a incorporar más verdura en la alimentación y empezamos a cambiar el supermercado por la feria. Entonces, ese cambio a mí me facilitó un poco la vida en GOCE. Y de a poco ya habíamos empezado a tener esa transformación” (E7).

“Lo que sí, me empecé a fijar que cambió mucho la calidad de lo que comía. Si me comía un chocolate... tenía que ser un 80 por ciento de cacao... Y en general, te diré que hoy día la alimentación que tengo es mucho más así” (E11).

Se observa el apoyo familiar como importante en el cambio de hábitos alimenticios:

“Pa mi el cambio fue súper natural a nivel familiar también... Y él me apaña en todo” (E7).

Se observa la presencia de dificultades para mantener los hábitos alimenticios luego de terminado el tratamiento, pero de forma acotada en el tiempo y luego terminan prevaleciendo los hábitos saludables:

“Yo creo que tiene que ver con el hábito. Si bien yo me preocupo hoy día de estar con mi comida y todo, pero si me estoy dando más licencia. Y tiene que ver con los atracones. Hoy día estoy bien equilibrada con lo que estoy comiendo y todo. Pero en Mayo o Junio fue una época de atracones. Y si me preguntai por qué, no lo tengo muy claro. Debe haber sido porque hace más frío o porque me relajé. Dije, ya si estoy con mis 58 y no he subido nada, vamos a darle acá. O tiene que ver con la insistencia mía de ponerme a prueba” (E11).

“Noto que he comido más y me dan ganas de comer algo de comida, que no me puedo controlar tanto. Pero tengo conciencia y digo, chuta, ya, qué me está pasando. Y me siento a conversar conmigo misma y me cuesta muy poco identificar lo que me pasa. Y trato de reaccionar de nuevo y parto algún detox. Y siempre estamos investigando de recetas saludables. Y siempre estamos tratando de hacer entretenida nuestra forma de vivir. Eso es lo que hacemos. Y vamos por etapas, al final. Nosotros ya tenemos una alternativa de vida sana” (E7).

Se observa también la presencia de excepciones en relación a los hábitos alimenticios saludables, pero estas excepciones son reguladas y acotadas en el tiempo:

“Y después que salís de GOCE ya, si te querís comer una hamburguesa te la comís, pero eso no va a pasar todos los días. Va a pasar una vez al mes con suerte” (E7).

En general, los hábitos alimenticios saludables son incorporados como parte de la identidad y se observa la presencia de anticipación y planificación de la alimentación en relación a diferentes contextos y situaciones que podrían hacer salirse de los hábitos saludables. Se mantiene esa visión en la actualidad:

“Cuando vai a una actividad y tu sabes que no hay nada para comer, nada para ti por lo menos y llevar tú un postre y lo llevai sano. Te permitís comer un postre y lo llevai sin azúcar, sólo integral, ¿cachai? Y compartís con el resto tú forma de comer. Y sabís que yo siento súper gratificante que he logrado evangelizar esta forma. Y no es GOCE, no es la forma GOCE solamente, porque esto lo tiene que vivir cada uno” (E7).

“Todavía ando con mi lonchera y la sopa todavía la sigo haciendo. Te acostumbrai. Y de hecho es como tu tutito. Pasa a ser tu objeto transicional tu lonchera, donde está tu sopa, tu pancito de la tarde. Como que de alguna forma te protege de caer en la tentación” (E11)

Se observa la noción de encontrarle un sentido al cambio y mantención de hábitos saludables dentro de la propia vida:

“Los dos adaptamos nuestro sistema de alimentación. Por eso yo ahí hice el... Y aparte que quería ser mamá. Entonces, yo sabía que quería darle el ejemplo a mis hijos de cómo comíamos... Tiene que ser parte de tu vida. Entonces, habíamos decidido que tiene que ser parte de tu vida empezar a comer sano” (E7).

- **Dieta Graduadas**

Este código se refiere a la noción de hacer un plan de alimentación con el fin de lograr la baja de peso. Se presenta en todas las entrevistas pero de diferentes formas. En el caso de las graduadas, se observa el intento previo con varias dietas que no resultan. Luego, en GOCE se observa la incorporación de la dieta, con ciertas dificultades al comienzo, se observa la noción de ciertos momentos complicados y de salida de la dieta, pero pese a las dificultades, queda muy presente la noción de la incorporación de la dieta a largo plazo como una forma de alimentación que prevalece a pesar de las dificultades para toda la vida.

Se observa la noción de haber realizado varias dietas y tratamientos en el pasado, pero sin resultados y pasándolo mal.

“Empecé a someterme a más tratamientos, finalmente, que son dietas, pasarlo pésimo” (E7).

Se observa en una persona, antes de comenzar la dieta, la noción de hacer una despedida, comiendo las cosas que le gustaban antes de partir la dieta y que se demora en el comienzo, pasando algunos días en comprar los ingredientes. Luego comienza sin mucha resistencia y la dieta la va llevando de forma más fluida.

“Tal vez me demoré en comprar los ingredientes. Empecé el jueves, hice la despedida, el asado, comida, torta y empecé el lunes. Pero no con mucha resistencia. En realidad fue como, que la dieta como que te va llevando” (E11).

Al principio, en uno de los casos se observa la noción de la dieta como un plan acotado en el tiempo o que coincide con la permanencia en el tratamiento.

“Mi intención era entrar y salir de la dieta. Porque en el fondo sabía que no iba a estar en dieta toda la vida (E11)”.

Se observan distintos tipos de procesos en ambas personas graduadas. En un caso el inicio de la dieta se hace de forma rigurosa pero con salidas de la dieta acotada a alimentos saludables y en el otro caso, se hace a un ritmo más personal.

“Partí bien talibana, o sea, igual uno se sale, pero yo me salía con cosas que eran saludables... me podía salir comiéndome un dátil, si quería azúcar, o frutos secos, que era lo que ya había incorporado con ese detox a mi vida” (E7).

“Empecé a hacer la dieta como desde un ritmo súper personal... para mí era súper importante poder tener ese control, de entrar y salir de la dieta. Y de abrir la puerta y cerrarla cuando tú lo quisierai. De no irte a los extremos y vivir en dieta toda tu vida, sino que poder estar entrando y saliendo. Y por eso también me demoré más en bajar. Viví un proceso súper a mi ritmo” (E11).

Aparece la noción de dieta y dejar el azúcar como un proceso de desintoxicación frente a una adicción, que conlleva una serie de síntomas indeseados como una sensación de síntomas de abstinencia frente a dejar el consumo de azúcar.

“Debe haber sido los primeros 10 días, que andai idiota. Sabes que pasado ese tiempo. Eso fue lo primero que nos dijeron, que tenís que

aguantar sin comer azúcar... Efectivamente, pasa y después es mucho más fácil hacer la dieta otros días... Es una adicción, estoy con delirium, cachai. Y efectivamente, estoy como los alcohólicos, con sensación de abstinencia, que te voy a desmayar. Y ahí anduve medio depre y es espantoso y te duele la cabeza. Y ahí decís, mierda qué estaba comiendo!... Los primeros días son casi como de desintoxicación, es cuático. Se altera el genio” (E11).

En ambos casos, durante el proceso de baja de peso se observan momentos de salida de la dieta. Sin embargo, se observa muy presente la conciencia de estar saliendo de la dieta y los momentos cuando esto ocurrió.

“Y bueno, la dieta la seguí, me salía” (E7).

Aparece en una persona la noción de que la permanencia en el programa y la adherencia a la dieta es más fácil en la medida que se van viendo resultados en el tiempo, siendo esto un reforzamiento para seguir adelante. En cambio, en la otra persona, aparece la noción de no tener mucha claridad de por qué la dieta funciona, pero que finalmente igual engancha con la baja de peso, pero describiendo que el cambio se produce como una suma de varias cosas.

“Entre la dieta, la terapia. Para mí es un conjunto. Yo creo que el programa en sí es parte del valor que tiene. El resultado es inesperado para uno, digamos... Es la rapidez de los resultados, porque si tú la hacís bien o lo hacís estrictamente bien, vai obteniendo los resultados inmediatos. No es que tienes que esperar tres meses para bajar un kilo. Semana a semana tú vas viendo los resultados y vas viendo que la ropa te queda grande. Entonces, yo valoro mucho la rapidez del resultado. Entonces, de alguna forma, eso incentiva que uno permanezca en el programa” (E7).

“No queda muy claro qué es lo que te lleva a hacer la dieta. Si es un tema de que te vai pesando y vas cachando que la de abajo va bajando de peso... Más desde la rivalidad. O efectivamente, te hacís cargo del tema. O se te van metiendo los conceptos, los vas llevando a cabo y vas generando el cambio. Yo creo que es una suma de todo” (E11).

Se observa en una persona la noción de incorporación de la dieta a la vida es proceso se va dando de forma muy espontánea y de manera fluida:

“El proceso fue, te diría que en mi caso fue como meter la canoa al río y dejarte llevar por el río. No fue una cosa tortuosa, ni que la dieta me haya tenido podrida. Para nada” (E11).

En una persona aparece la vinculación de la dieta y fechas especiales y la noción de no salirse de la dieta, no haciendo excepciones y adaptando la celebración a su nuevo estilo de vida y alimentación, no saliéndose de la dieta.

“Yo no volví a incorporar azúcar mientras estuve en GOCE. Ni siquiera la torta para el cumpleaños” (E7).

“Cuando vai a una actividad y tu sabes que no hay nada para comer, nada para ti por lo menos y llevar tú un postre y lo llevai sano. Te permitís comer un postre y lo llevai sin azúcar, sólo integral” (E7)

Se observa la visión de la dieta como un plan a largo plazo incorporado como hábito alimenticio.

“Y siempre estamos investigando de recetas saludables. Y siempre estamos tratando de hacer entretenida nuestra forma de vivir. Eso es lo

que hacemos. Y vamos por etapas, al final. Nosotros ya tenemos una alternativa de vida sana” (E7).

En una persona está la noción de que la dieta era agradable ya que parecía no estar haciendo dieta por la variedad de alimentos que tenía para ingerir. Es como un proceso de aceptación e incorporación de una nueva condición de vida.

“Es que la dieta, ponte tú, a mí me encantó porque llegó un momento en que no estabais haciendo dieta. Tenís de todo para comer” (E11).

Se observa la noción de incorporación de la dieta como parte de los hábitos alimenticios, pero no incorporada de forma rígida, sino que incorporada de forma más realista en relación a su propia realidad, realizando como una especie de personalización de la dieta y de los hábitos saludables que los incorporan a largo plazo, incluyendo las salidas de la dieta o alimentación saludable a su estilo de vida, pero de forma de no abandonar el estilo de vida adquirido.

“Y después que salís de GOCE ya, si te querís comer una hamburguesa te la comís, pero eso no va a pasar todos los días. Va a pasar una vez al mes con suerte” (E7).

Aparece la noción de apoyo familiar en la dieta como algo importante.

“Él me apaña en todo... cada vez que me ponía a dieta” (E7)

- **Actividad Física Graduadas**

Este código se asocia a la realización de actividades deportivas. En el caso de las graduadas, se observa la presencia o ausencia de actividad física en distintos momentos de la vida y como una estrategia de baja y mantención de peso, como se observa en los siguientes ejemplos:

Aparece la presencia de actividad física durante la infancia en una de las personas graduadas, momento que coincide con su delgadez:

“Yo bailé ballet cuando chica” (E7)

Aparece en una persona la presencia de actividad física durante la adolescencia y que servía como una estrategia de baja y mantención de peso.

“Tuve temas de peso, pero como hasta los 15. De ahí bajé de peso y logré mantenerme. Iba harto al gimnasio. Tenía que caminar para ir a la universidad y qué sé yo” (E11).

En una de las personas, aparece la noción de que asistía al gimnasio, pero luego deja de ir, momento que coincide con su mayor alza de peso.

“Dejé de ir al gimnasio, dejé de hacer mis cursos de otras cosas que a mí me gustan” (E11).

Luego en la misma persona, aparece la noción de que tras el tratamiento, retoma la actividad física y retomar los espacios para sí misma, reconociendo la importancia de las estrategias de autocuidado pese a las circunstancias de vida y al tiempo escaso.

.

“Y en eso estoy hoy día, como retomando ese tiempo que tenía que ver con el para mí... Y eso también es algo que saqué de acá. Que está bien que seas la mamá y la dueña de casa, pero al final. Y que lo entendí así, si tú no estai, la wea va a seguir andando” (E11)

- Adicciones Graduadas

Este código se refiere a la utilización de diferentes sustancias con el fin del logro de placer, creándose una relación de necesidad y dependencia con estas sustancias. En el caso de las graduadas, aparece la adicción al azúcar y al cigarro, reconociendo esta relación de dependencia en distintos momentos de la vida.

Ambas personas reconocen adicción al cigarro. En una de ellas permanece actualmente y en la otra ya lo dejó pero estuvo presente durante el tratamiento.

“Soy buena para fumar también” (E11).

“Fumé durante todo mi proceso en GOCE. Y me decían: ¿y el cigarro, cuándo? Por favor, déjame bajar de peso y después me ocupo del cigarro. Pero vamos por adicciones, como decía yo, porque si es todo junto, me voy a volver loca. Y así pasó, todo natural, no fue exigido, al final” (E7).

Varias describen al azúcar y su consumo como una forma de adicción.

“Y el estrés propio del trabajo, yo creo que también generó que yo también me desordenara en mis comidas, que me diera más ansiedad de comer chocolate... Entonces, empezai a necesitar azúcar” (E7).

“Nos dijeron, que tenís que aguantar sin comer azúcar... Efectivamente, pasa y después es mucho más fácil hacer la dieta otros días... Es una adicción, estoy con delirium, cachai. Y efectivamente, estoy como los alcohólicos, con sensación de abstinencia, que te voy a desmayar. Y ahí anduve medio depre y es espantoso y te duele la cabeza. Y ahí decís, mierda qué estaba comiendo!... Los primeros días son casi como de desintoxicación, es cuático. Se altera el genio” (E11).

- Tratamientos Graduadas

Este código se refiere a todos los métodos utilizados para el logro de los objetivos de baja de peso.

En las graduadas, se describe la decisión de bajar de peso en varios momentos de la vida y de haber llevado a cabo distintos tipos de tratamiento, que la mayoría de las veces no resultan. Entre los tratamientos encontramos:

Visitas a distintos tipos de profesionales: Médico, nutricionista, psicólogo o equipos multidisciplinarios, pero sin los resultados esperados.

“Me sometía a chorrocientas mil dietas, iba a nutricionista, iba al psicólogo alimenticio. Iba al endocrinólogo, tomaba (?), tomaba pastillas para el colesterol” (E7).

“Con endocrinólogo, con psicólogo nutricional, en terapia en la clínica y todo lo demás, yo no pesaba menos de 60 kilos. Nunca” (E7).

- Tratamiento - GOCE

Este código se relaciona a la experiencia durante el tratamiento en GOCE, considerando diferentes aspectos tales como: motivación de ingreso al tratamiento, grupo, terapeutas, aprendizajes, dificultades, etc.

En cuanto a lo que motiva a las graduadas a ingresar al tratamiento, se observa como protagonista la idea de baja de peso y la idea de un tema de salud.

“Sinceramente, fue un tema de salud. Soy buena para fumar también. Entonces, Renato estaba chico y te cansai más... Había ido al doctor y me decía: baje de peso. Entonces, te diría que fue por un tema de salud y también por un tema de imagen, de todas maneras” (E11)

“Antes de entrar a GOCE yo tenía la inquietud por bajar de peso. Yo tenía una frustración por ser gorda, porque en verdad yo no estaba acostumbrada a ser gorda. Yo estuve acostumbrada siempre a ser flaca. Entonces enfrentarte a la gordura de un día para otro y mirarte al espejo cada vez que te comprabas algo y no verte bien era una frustración para mí. Segundo, yo tenía una mamá que siempre cuidó mi peso... Entonces, cuando me veía gorda y con toda esta cuestión dije: yo necesito bajar de peso. Necesito tomar conciencia y bajar de peso” (E7)

También se observa en una de las personas graduadas, la mención de que su motivación a ingresar al tratamiento se relaciona al ver a una de sus amigas que asistía a GOCE más flaca.

“Llega mi amiga un día para un 18 de Septiembre y había asado... Y de repente ella saca su sopa y un pedazo de carne con ensalada... Y ahí me

empezó a contar... La siguiente vez que la vi estaba extremadamente más flaca de lo que la conocí... Me costó tomar la decisión... Entonces dije: si mis dos amigas pudieron, yo creo que también voy a poder... Y me metí, poh” (E11).

Esta misma persona, describe como motivación el ver a sus amigas más flacas, piensa que ella también podría hacerlo, describiendo incluso el sentimiento de envidia y celos frente a esta situación.

“Porque efectivamente, veís a tu amiga que está mucho más flaca y tu decís, yo también puedo. También puedo ponerme ropa más bonita, puedo estar más flaca. Y como que se te prende desde la envidia o desde los celos... Si ella puede, yo también puedo” (E11).

En relación al proceso de tratamiento, no queda muy claro que es lo que funciona, pero se describe como una mezcla de cosas que ayudan. Dentro de estas se describe la comparación con las otras personas del grupo.

“No queda muy claro qué es lo que te lleva a hacer la dieta. Si es un tema de que te vai pesando y vas cachando que la de abajo va bajando de peso... Más desde la rivalidad. O efectivamente, te hacís cargo del tema. O se te van metiendo los conceptos, los vas llevando a cabo y vas generando el cambio. Yo creo que es una suma de todo. Creo que es muy rico el ver que otra mina está pudiendo, porque al final también te vai comparando. Vai escuchando al otro, vai viendo que tu problema es el problema que tienen todas las mujeres de la misma edad, cachai” (E11).

En la misma línea, una de las personas refiere que dentro del grupo funciona el tema de la comparación, la competencia y el reforzamiento frente al peso semanal.

“Yo creo que tiene que ver mucho ahí como con la relación al otro y con un tema de envidia de minas. Efectivamente, creo que desde ahí es súper necesario que pesen. Y que el tema del aplauso grupal y el tema de qué te comiste. Tiene que ver con el castigo. Cuando tú tienes un locus de control tan externo es súper necesario que te estén pesando... Te pone de algún modo en la competencia, pero no desde lo terrible de la competencia, sino desde esto de ser competente. Así como, el otro lo está haciendo mejor, algo me está pasando, qué me está pasando” (E11).

En relación al grupo, otra cosa que mencionan ambas graduadas es la identificación con otras mujeres de la misma edad.

“Lo que a mí me ayudó mucho fue reconocirme en otros. Porque tú vas entendiendo que al final no es una sola causa. Hay muchas causas que te llevan a esto” (E7).

“Creo que es muy rico el ver que otra mina está pudiendo, porque al final también te voy comparando. Vai escuchando al otro, vai viendo que tu problema es el problema que tienen todas las mujeres de la misma edad, cachai” (E11).

En relación a la participación en el grupo, ambas personas refieren haber tenido una actitud más de escuchar que de participar en el grupo.

“Yo era como más de observar y cuando me pasaban cosas o me parecía que me estaban pasando cosas metía la cuchara” (E11).

“Yo no soy muy participativa. Yo contigo converso y todo lo demás, pero no era de las que a cada rato levanta la mano y contaba sus vivencias. Tuve pocas intervenciones de historias personales” (E7).

En general, la experiencia en GOCE se describe como una experiencia grata por una persona y se valoran los resultados rápidos obtenidos.

“Fue bien grata. Yo, en verdad, el aprender a reconocerte” (E7).

“Para mí GOCE es un complemento, no es una sola cosa, cachai. O sea, si tu me hacís escoger hoy día entre la dieta, la terapia. Para mí es un conjunto. Yo creo que el programa en sí es parte del valor que tiene. El resultado es inesperado para uno, digamos. Porque uno parte en GOCE con muy pocas expectativas. Decís: ya, esto es lo que necesito, el resultado, la permanencia del resultado. Pero el sentirte capaz de poder lograrlo y que en verdad te sube la autoestima, la terapia. Es la rapidez de los resultados, porque si tú la hacís bien o lo hacís estrictamente bien, vai obteniendo los resultados inmediatos (E7).

Se reconoce el tratamiento como una experiencia que deja herramientas por una persona.

“Me quedo con las herramientas que te proporciona para poder identificar. Porque el no sentir emociones es no vivir. Entonces, uno tiene que aprender a vivir con las emociones que va sintiendo en las distintas realidades de la vida. Y yo he aprendido” (E7).

Se observa en una persona temor a salir del tratamiento y subir de peso nuevamente.

“Pero no me quiero ir, estuve un mes o dos meses más sin graduarme, porque me daba miedo, irme y volver a subir de peso” (E7).

Se observa en una persona la idea de que hace falta seguimiento posterior.

“Lo que he echado de menos, de alguna forma, es el seguimiento posterior” (E7).

5. Visión de sí mismo en graduadas

Esta sub-categoría se refiere a la visión de sí mismo tanto a nivel físico como psicológico en los distintos momentos de la vida.

- Visión de sí mismo físico en graduadas

Este código se refiere a la visión de sí mismo en lo físico, la valoración, la integración de su imagen corporal, etc.

Es posible también apreciar en la época escolar y universitaria una valoración de la visión de sí mismo en lo psicológico y físico en una persona, pero al mismo tiempo siendo capaz de integrar distintos aspectos.

“Era top en la universidad (risas). No, de verdad, era del grupo de las tops, era flaca... Yo no andaba con polerón y zapatillas en la universidad, yo andaba con tacos. No con taco aguja tampoco, pero andaba bien arreglada. Estaba en el grupo adonde nos arreglábamos y todo. No era mina, porque nunca me he considerado mina, pero igual no pasaba desapercibida” (E7).

Se observa en una persona que el alza de peso se torna como un aspecto difícil de integrar a la visión de sí misma, que se asocia a frustración. Ella describe no estar acostumbrada a este estado, dado que durante toda su infancia y adolescencia estuvo acostumbrada a ser flaca, aspecto que hace que el sobrepeso sea difícil de integrar en la visión de sí misma.

“Antes de entrar a GOCE yo tenía la inquietud por bajar de peso. Yo tenía una frustración por ser gorda, porque en verdad yo no estaba acostumbrada a ser gorda. Yo estuve acostumbrada siempre a ser flaca. Entonces enfrentarte a la gordura de un día para otro y mirarte al espejo cada vez que te comprabas algo y no verte bien era una frustración para mí” (E7).

En una de las personas, dentro de la visión de sí misma, surge la noción de que su mamá siempre cuidó de su peso y le inculcó que no podía ser gorda, lo que dificulta integrar esta visión de sí misma, haciéndola pensar en la necesidad de cambiar y bajar de peso.

“Yo tenía una mamá que siempre cuidó mi peso. Yo bailé ballet cuando chica... mi mamá siempre me inculcó que yo no podía ser gorda, porque ella fue flaca casi toda su vida. Ahora ya que está vieja se ha dejado estar, pero ella, a los 35 años era estupenda y yo era gorda. Y sin hijos. Y ella ya me tenía, entonces era como una comparación un poco insana. Entonces, cuando me veía gorda y con toda esta cuestión dije: yo necesito bajar de peso. Necesito tomar conciencia y bajar de peso” (E7).

Se observa en las dos personas graduadas la noción de sentirse frustrada con respecto al alza de peso y no valorar su cuerpo antes del tratamiento.

“Gorda, poh. Gorda, ehm... Me veía, mira, yo era frustrada, en verdad. Yo estaba súper frustrada en la vida. Era súper negativa en la vida, si yo me comparo con lo que soy ahora. Porque en ese minuto era incapaz de identificarlo. Era súper sometida. Y era culposa además. Era como: lo que me tocó vivir. Me tocó estar aquí, me tocó soportar. Era súper víctima de mis circunstancias. O sea, tenía la autoestima por las nubes. No era

dueña de lo que tenía que hacer. Estaba sometida a lo que en ese minuto estaba viviendo. Esa era yo, al final” (E7).

“Definitivamente me sentía gorda, todo el rato. Si tú me decís que es lo que podía salvar. Mis piernas... pero el resto del cuerpo... (?)” (E11).

- *Visión de sí mismo psicológico en graduadas*

Se observa en una de las graduadas una visión de valoración en lo psicológico, percibiéndose como alguien que le iba bien.

“Yo era, mira, siempre fui bien, o sea, nunca pasé desapercibida en el colegio. Siempre participaba en los eventos. Nunca fui de las pernas. Aunque me iba bien, yo no me juntaba con las pernas. Me juntaba con, yo siempre he sido del grupo más desordenado, en verdad. Bueno, en la universidad ya no, pero en las dos etapas, en la básica y en la media, era del grupo de desordenados, pero que le iba bien” (E7).

En ambas graduadas, se observa como los problemas en el trabajo las hace cuestionarse la valoración de sí mismas, cuestionándose su autoestima y sus capacidades. Este cuestionamiento se relaciona con la disminución de la seguridad.

“Entonces, me enfrenté a un mundo adonde no me fue tan bien y ahí empecé a perder el autoestima en términos profesionales. Porque mi primera pega me fue maravilloso, ahí yo renuncié, yo me fui. Entonces, cuando ya partí en un minuto en donde no estoy bien evaluada, perdís la seguridad y empezai a meterte en un círculo vicioso (E7)”.

“Tenía como dos temas que tenían que ver con el abandono, así como esto de que me vay a dejar; si me porto mal me vai a dejar. Y el tema de no ser suficientemente buena para alguien. Y sobre todo por la pega. Porque la pega era así como dura conmigo misma, súper entregada a la pega. Si me mandaba una cagá iba así como: ah! Soy lo peor! Así como ya, con látigos y toda la cosa” (E11).

En una de ellas se observa que el tema del alza de peso también se mezcla con una menor valoración de sí misma en lo laboral. En este caso, ella describe que el alza de peso es una consecuencia de no quererse a sí misma.

“Fue en mi segundo trabajo y ahí me empecé a sentir un poco más tonta, fíjate. Bueno, gorda, uno no se quiere mucho, pero ser gordo es una consecuencia” (E7).

“Han sido las frustraciones las que me han llevado a perder el autoestima y a perder el control sobre mí misma, que tiene que ver con el comer. Porque el comer excesivamente tiene que ver con el control. Entonces, las frustraciones en la oficina, las frustraciones de que mi marido... quebró en algún minuto sorpresa... Y por otra lado, desde la pega, que yo, exitosa, buenas notas y no sé qué. Que yo ya no era tan reconocida y tan exitosa y que también me iba mal, que también podía fallar. Eso es un círculo vicioso en que te metís, y perdís el control y te permitís ser gorda y perdís el control. Y te permitís intoxicarte con comida que no corresponde. Y bueno, ahí es donde vai a parar, digamos, con 73 kilos y más, digamos” (E7).

En ambas graduadas aparece la noción de no haber sido participativas en el grupo en cuanto a hablar e interactuar con sus compañeros. Sin embargo, pese a esta no participación, se observa una valoración del grupo y de la posibilidad

de reconocerse e identificarse en otros en cuanto a encontrar personas que estuvieran pasando por lo mismo que ellas. Aparece además la noción de participación no en relación a hablar en el grupo, sino más bien a generar acciones personales que vayan en pos del cambio de estilo de vida, de empoderarse del cambio y de ser más agente o protagonista de estos nuevos conocimientos y conductas, apropiándose de ellos, integrándolos a la identidad.

“Yo era como más de observar” (E11).

“Yo no soy muy participativa. Yo contigo converso y todo lo demás, pero no era de las que a cada rato levanta la mano y contaba sus vivencias. Tuve pocas intervenciones de historias personales. Pero lo que a mí me ayudó mucho fue reconocirme en otros” (E7).

“Y empezai a reconocerte también. Entonces, yo fui más oyente que con una participación más activa en GOCE, pero me ayudó un montón a empezar a entender y empezar a escuchar... Aprendí a sociabilizar con la gente. Cuando vai a una actividad y tu sabes que no hay nada para comer, nada para ti por lo menos y llevar tú un postre y lo llevai sano. Te permitís comer un postre y lo llevai sin azúcar, sólo integral, ¿cachai? Y compartís con el resto tú forma de comer. Y sabís que yo siento súper gratificante que he logrado “evangelizar” esta forma. Y no es GOCE, no es la forma GOCE solamente, porque esto lo tiene que vivir cada uno” (E7).

En relación al tratamiento, se observa en ambas graduadas la visualización de ser agentes tras proponerse metas y lograr los resultados propuestos.

“El sentirte capaz de poder lograrlo y que en verdad te sube la autoestima, la terapia. Es la rapidez de los resultados, porque si tú la

“hacís bien o lo hacís estrictamente bien, vay obteniendo los resultados inmediatos” (E7).

“Porque haber pasado de lo pasivo, de hacerte cargo de todo, de ser la martir y chahalá. A pasar a esto de: esta weá es tuya, esto también” (E11).

Se observa una evolución en la valoración de sí mismas en lo laboral en ambas graduadas luego de la baja de peso.

“Es que es como, aquí como que crecí. En el sentido del yo puedo. Y crecí en términos de la autoestima porque... Teniendo los mismos conocimientos en lo que hago, pero la forma en que yo me planteo hoy día con mi jefe, con no sé qué, hace una buena combinación entre el saber de tu pega y todo, con el cómo te sentís y cómo te ves, cachai. Si me preguntai hoy día, estoy más segura... te sentís tan bien contigo misma. Podís ponerte la ropa que te gusta, podís plantearse con un jefe con mayor seguridad. Estás mucho más empoderada” (E11).

“Hoy día ya me creo el cuento. Hoy no estoy obligada, porque si quiero igual me cambio y asumo el desafío y... pero me ayudará el psiquiatra a sobrellevar eso (risas). Pero me reconcilié con mi trabajo, me reconcilié con mi jefe. Aparte que tengo todo el apoyo de mi pega actual. Me gusta lo que estoy haciendo. Me han metido en desafíos importantes, estoy estresada (?), pero en verdad estoy contenta. Estoy súper satisfecha con lo que estoy haciendo. Me reconcilié porque hoy día es una opción y una decisión, no es una obligación” (E7).

En ambas graduadas hay un cambio y evolución en la valoración general que hacen de sí mismas luego del tratamiento y la baja de peso.

“Hay una diferencia enorme. De repente mi marido me lo recalca porque uno no es capaz de identificarse. Pero la que yo salí era totalmente distinta. Y no estoy hablando del tema físico, porque eso puede ser evidente. Estoy hablando de cómo yo me percibía a mí misma, porque yo tenía la autoestima baja, quizás no lo notai, porque tú seguís siendo introvertida, seguís teniendo la autoestima baja y qué se yo. Pero es un tema mirarse al espejo y no gustarse. Eso es indiscutible. Claramente uno no tiene la confianza en sí misma, me iba mal en la oficina. O sea, cuando salí de GOCE la diferencia es que yo era mucho más segura de mí misma. O sea, tenía decisión. Logré volver a tener decisión respecto a volver a identificar las cosas que yo quería que fueran” (E7).

“De alguna forma, eso como que cambió. Hoy día mi estado natural es de felicidad. Como que hoy día siento que el universo baila conmigo así como ya, como súper confiada en el futuro... Y en que de verdad siento que estoy mucho más conectada con el universo. Siento que las cosas buenas me pasan... Como que las cosas te las vas construyendo tú” (E11).

En ambas personas, se observa la noción de ser agentes que se expresa en la capacidad de tomar decisiones, ponerse metas y cumplirlas. También se observan proyecciones y en ambas la noción de estar más segura de sí misma.

“Yo soy capaz de hacer que las cosas pasen. O sea, si tú me decís que no se puede, es una weá que a mí... ¡No, si yo puedo!” (E11).

“Hoy día yo decidí aumentar mi núcleo familiar. Y esa es mi concentración y lo que más me importa, entonces la pega pasa a segundo plano. Pero eso me permite a mí estar más segura” (E7).

Se observa en una de las personas hoy en día la noción de ser capaz de reconocer lo que le pasa cuando aumentan sus deseos de comer, lo que le permite llevar a cabo acciones de autocuidado. Se observa además que hoy en día siguen existiendo momentos difíciles y de vulnerabilidad en distintas áreas de la vida que pueden llevar a cambiar la actitud frente a la conducta alimentaria, pero hoy en día se observa la noción de sentirse capaz y con herramientas como para enfrentar el problema.

“Y he tenido historias en mi vida desde que me salí de GOCE, que igual han sido fuertes. E igual yo noto, y lo he conversado con mi psiquiatra, noto que he comido más y me dan ganas de comer algo de comida, que no me puedo controlar tanto. Pero tengo conciencia y digo, chuta, ya, qué me está pasando. Y me siento a conversar conmigo misma y me cuesta muy poco identificar lo que me pasa. Y trato de reaccionar de nuevo y parto algún detox” (E7).

“Yo logré bajar 22 kilos de peso. Yo logré darle la vuelta a mi trabajo finalmente. Si bien, no cambiaba mi actitud frente a la pega, que esto cambió después que yo me liberé del tema de la fertilidad, yo puedo identificar hoy día cuál es ese problema y hacerme cargo de ese problema” (E7).

Llama la atención en una de las graduadas que antes de ingresar al tratamiento había tenido una baja de peso pero aún así sentía que perdía su autoestima. Esto hace pensar que no sólo el cambio físico es el relevante al respecto del cambio de identidad, sino que también el cambio en relación a cómo se ve a sí misma como un todo, aspecto que probablemente se relacione con el logro de resultados en estos pacientes.

“Me metí a otra pega adonde sí me empezó a ir bien. Y bajé de peso, fíjate. Y bajé, pero ahí es cuando de nuevo empecé a estar más regia, pero tampoco llegué a los niveles esperados y sostenidos en el tiempo. Pero me empezó a ir súper bien. Pero hubo un cambio interno en donde de nuevo, volví a perder el autoestima y todo lo demás” (E7).

- *Visión de sí mismo a partir de los otros en graduadas*

En una de las graduadas, aparece la noción de una tía como importante en la definición de sí misma y como referente materno.

“Entonces como que yo también me salvé cuando chica por lo mismo, que yo tenía una tía, hermana de mi mamá. Mi tía era como... Me tiraba un peo y me lo celebraba. Entonces como que la confianza y el tema de sí, tú puedes, no sé qué. No estuvo mi mamá pero estaba esta otra figura con mi viejo. Y ahí tu me preguntai, así como tu referente materno es mi tía, todo el rato. Más que mi vieja” (E11).

En una de las graduadas aparece la noción de no poder ser gorda porque su mamá se lo inculcó.

“Mi mamá siempre me inculcó que yo no podía ser gorda” (E7)

Aparece la no valoración de su mamá frente a sí misma en una de las graduadas, pero que ella es capaz de integrar de una forma alternativa que le permite valorarse.

“La relación con mi mamá siempre fue mala y siempre fue desde el... te pareces a tu papá, no puedes, tu hermana es más inteligente. Tú eres la loca de la familia y qué se yo. Si yo lo veo en retrospectiva, eso me dio

una ventaja súper interesante, que yo tengo algo que mi hermana no tiene: que yo soy capaz de hacer que las cosas pasen” (E11).

6. Emociones en graduadas

Esta sub-categoría se refiere a las sensaciones experimentadas por las personas en distintos momentos. Se observa la presencia de distintos estados emocionales, en relación a distintas vivencias. Se observa en las graduadas el paso por diferentes estados emocionales.

En ambas graduadas, se observa que el aumento de ingesta de alimentos se asocia a emociones tales como: rabia, pena, culpa, miedo, frustración, estrés y ansiedad. Esto trae como consecuencia el aumento de peso.

“En la vida a uno le pasan muchas cosas. Yo partí un tratamiento para tener guagua. Y la primera inseminación asistida que tuvimos, perdí una guagua. Ahí yo creo que me pegué una subida de peso que en verdad, no te puedo decir desde dónde hasta dónde. No andaba pendiente de subir de peso. Y el estrés propio del trabajo, yo creo que también generó que yo también me desordenara en mis comidas, que me diera más ansiedad de comer chocolate... Entonces, empecé a necesitar azúcar. Me dio resistencia a la insulina. Entonces, entré en un círculo vicioso, entre el estrés, las vivencias que voy pasando y querés un dulce. Entonces es un círculo vicioso de nunca acabar hasta que llegué a tener 73 kilos” (E7).

Se observa la aparición de frustración frente a la imagen de alza de peso antes de ingresar al tratamiento.

“Entonces enfrentarte a la gordura de un día para otro y mirarte al espejo cada vez que te comprabas algo y no verte bien era una frustración para mí” (E7).

Se observa la asociación de emociones tales como la frustración y la culpa al alza de peso y la incapacidad de poder reconocer en ese momento las emociones.

“Gorda, poh. Gorda, ehm... Me veía, mira, yo era frustrada, en verdad. Yo estaba súper frustrada en la vida. Era súper negativa en la vida, si yo me comparo con lo que soy ahora. Porque en ese minuto era incapaz de identificarlo. Era súper sometida. Y era culposa además” (E7).

Se observa en una persona la aparición de emociones y la noción de “estar idiota” frente al cambio de hábitos alimenticios y dejar el azúcar.

“Debe haber sido los primeros 10 días, que andai idiota” (E11).

Se observa en una persona durante el tratamiento la aparición de rabia, como una emoción que hace parte del proceso de tratamiento.

“Si lo veo en retrospectiva, me iba el chancho con esto que te decía, que estai muy a flor de piel. Como que se te empieza a evaporar la rabia, la empezai a sacar por todos lados. ... Entonces, ahí efectivamente andai mucho más sin filtro. Y yo creo que es parte del proceso también” (E11)

Se observa en una persona durante el tratamiento la aparición de miedo de salir del tratamiento y volver a subir de peso, por lo que se extiende la salida del tratamiento pese a haber cumplido la meta.

“No me quiero ir, estuve un mes o dos meses más sin graduarme, porque me daba miedo, irme y volver a subir de peso” (E7).

Se observa en una persona que hoy en día sigue existiendo la aparición de apetito y conducta de comer frente a la vivencia de ciertas vivencias difíciles. Sin embargo, hoy en día luego del tratamiento, esta persona refiere tener la conciencia y capacidad para darse cuenta y tomar decisiones y conductas alternativas. En el fondo, sigue pasando lo mismo de antes, pero su capacidad de enfrentarse al problema y las herramientas son otras, optando por conductas más saludables y de autocuidado finalmente.

“He tenido historias en mi vida desde que me salí de GOCE, que igual han sido fuertes. E igual yo noto, y lo he conversado con mi psiquiatra, noto que he comido más y me dan ganas de comer algo de comida, que no me puedo controlar tanto. Pero tengo conciencia y digo, chuta, ya, qué me está pasando. Y me siento a conversar conmigo misma y me cuesta muy poco identificar lo que me pasa. Y trato de reaccionar de nuevo” (E7).

Aparece en una persona la noción de la necesidad de reconocer sus emociones como para poder tomar actitudes frente a ellas. Esta noción aparece luego del tratamiento como una herramienta nueva que hace sentido y que se integra como estrategia de enfrentamiento de las situaciones.

“Pero de alguna forma, lo que a mí me pasó con la infertilidad, que me mandó a la casa mal, con una depresión bien profunda, entonces... Tampoco puedo estar analizándome el peso a cada rato, si primero tengo que analizar mi dolor para después hacerme cargo de esto otro” (E7).

“A mí lo que más sentido me hizo fue el tema de las emociones. O sea, el poder empezar a cuestionarte. En tu causa-efecto finalmente. Qué es lo que te pasa” (E7).

“He experimentado ahora último, mucho las emociones, digamos. Con lo que me pasó de la infertilidad, pasé por todas, menos la alegría (risas). Pero sí, y sentí mucho miedo. Y de repente volvían los miedos, si es un mal. Yo sentí miedos a un montón de cosas. Miedo a perder mi matrimonio. El miedo a perder... El tema de la adopción tampoco ha sido un problema fácil y no es porque no estemos convencidos, desde siempre nosotros quisimos adoptar. Pero viene el miedo a no poder, el miedo a no ser capaz, el miedo a ser rechazado, que ha sido un tema para mí. El miedo a no poder soportar otro fracaso más. El miedo es una emoción permanente en mi nueva realidad de vida. Entonces, cuando estoy muy ansiosa y como más de la cuenta y me dan ganas de comerme una (?) y cualquier cosa, digamos. Empiezo a hacer análisis y tengo miedo” (E7).

Se observa en una persona la noción luego de haber pasado por el tratamiento de haber adquirido la capacidad para reconocer las emociones como una herramienta necesaria para vivir.

“Me quedo con las herramientas que te proporciona para poder identificar. Porque el no sentir emociones es no vivir. Entonces, uno tiene que aprender a vivir con las emociones que va sintiendo en las distintas realidades de la vida. Y yo he aprendido” (E7).

Pese a la aparición de la capacidad de reconocer las emociones, a veces igual se ocurre la ingesta de alimentos. Sin embargo, pareciera ser que hoy en día la

diferencia está en el ser consciente de esa situación y tomando acciones al respecto.

“Y es el miedo el que me hacer comer muchas veces todavía” (E7).

“Estoy permanentemente preocupándome de qué es lo que me está pasando para no comer en exceso” (E7).

Luego del tratamiento aparece la noción de estar más conectada con las emociones de felicidad y confianza.

“Hoy día mi estado natural es de felicidad. Como que hoy día siento que el universo baila conmigo así como ya, como súper confiada en el futuro” (E11).

Finalmente, se observa en una persona que pese a los momentos difíciles y lo que cuesta sobrellevar ciertas emociones, prevalece una actitud de “yo soy capaz de decidir” y tomar actitudes frente a lo que pasa.

“En el caso de lo que me pasó a mí, hoy día pude haber pesado 80, digamos. Si no logro manejar un poco las emociones que me han pasado, que en verdad me destruyó. O sea, yo estuve un mes y quince días acostada en mi cama sin poder levantarme. Entonces, hoy día hemos tomado la decisión de terapearme y todo lo demás. Y yo tengo terapia una vez a la semana con mi doctor. Pero eso es una decisión no es una obligación. Entonces, pude haberme perdido en este intento y haber vuelto a engordar lo que yo ya engordé. Pero haber vuelto a los mismos índices que yo ya estaba” (E7).

II. Integración del sí mismo en personas graduadas

1. Etapa etaria en graduadas

Esta subcategoría se refiere a las vivencias en distintos momentos de la vida. Aparece en todas las entrevistas la mención a distintas etapas etarias.

“Siempre una quería estar más flaca en la adolescencia” (E11).

Una etapa etaria que se describe con mayor dificultad es la adolescencia.

“La infancia y sobre todo la adolescencia fue súper dura” (E11).

2. Eventos vitales en graduadas

Ambas graduadas describen la presencia de eventos vitales como gatillantes una mayor ingesta de alimentos, alza de peso o de reganancia de peso. Se describe cada evento mencionado como gatillante:

Separación padres

“Después cuando ya mis papás se separaron y después también. Pero en la época universitaria, en la época de colegio como que cada una comía en su pieza. Como que no había un rito de sentarse a la mesa, de saber como estay. Sino que era una pensión, cada uno se traía su alimento y se iba a la pieza a comer... Entonces por ahí también fui desordenada con la comida por lo mismo, porque no estaba esa cosa de sentarse a comer, sino que comíay lo primero que encontrabay, lo más rápido posible”.

Comienza a trabajar

“En verdad, mira, yo empecé a subir de peso, creo que cuando empecé a trabajar” (E7).

Pololeo y convivencia

“No sé si fue coincidencia, pero me fui a vivir con mi pololo. Y tiempo después nos casamos. Y empezó como desde que me puse a pololear... Y de ahí vino una escalada de subir de peso” (E11).

Matrimonio

“Y después que me casé, me fui de luna de miel y ahí comí como chancha. Estábamos relajados, sacándonos el estrés del matrimonio...” (E7)

Infertilidad y tratamiento para tener hijos

“Yo partí un tratamiento para tener guagua. Y la primera inseminación asistida que tuvimos, perdí una guagua. Ahí yo creo que me pegué una subida de peso que en verdad, no te puedo decir desde dónde hasta dónde” (E7).

Cambio de trabajo

“Fue en mi segundo trabajo y ahí me empecé a sentir un poco más tonta, fíjate. Bueno, gorda, uno no se quiere mucho, pero ser gordo es una consecuencia” (E7)

Proceso de Adopción

“El tema de la adopción tampoco ha sido un problema fácil y no es porque no estemos convencidos, desde siempre nosotros quisimos adoptar. Pero viene el miedo a no poder, el miedo a no ser capaz, el miedo a ser rechazado, que ha sido un tema para mí. El miedo a no poder soportar otro fracaso más. El miedo es una emoción permanente en mi nueva realidad de vida. Entonces, cuando estoy muy ansiosa y como más de cuenta y me dan ganas de comerme una (?) y cualquier cosa” (E7).

Quiebra empresa familiar y asumir rol de sostenedora del hogar

“El comer excesivamente tiene que ver con el control. Entonces, las frustraciones en la oficina, las frustraciones de que mi marido... quebró en algún minuto sorpresa. Entonces, de ser yo sostenedor y tener la conciencia de que el marido siempre es el sostenedor, tener que cambiar esa percepción de mí y empezar a entender, que por un lado mi marido no va a ser el exitoso con el que yo me casé y que finalmente hay que empezar a construir desde nada” (E7).

Aparece también la noción de que hoy en día, frente a los eventos vitales, está la posibilidad de tomar la decisión de aumentar la ingesta y/o subir de peso. Esto queda en evidencia en el siguiente evento vital:

Diagnóstico de depresión frente a confirmación de infertilidad

“En el caso de lo que me pasó a mí, hoy día pude haber pesado 80, digamos. Si no logro manejar un poco las emociones que me han pasado, que en verdad me destruyó. O sea, yo estuve un mes y quince días acostada en mi cama sin poder levantarme. Entonces, hoy día hemos

tomado la decisión de terapearme y todo lo demás. Y yo tengo terapia una vez a la semana con mi doctor. Pero eso es una decisión no es una obligación. Entonces, pude haberme perdido en este intento y haber vuelto a engordar lo que yo ya engordé. Pero haber vuelto a los mismos índices que yo ya estaba” (E7).

3. Cambio en graduadas

Este código se relaciona con el proceso de tratamiento y la integración de nuevas visiones de sí mismo, tanto en lo físico como en lo psicológico, así como nuevas formas de vivir y de sentir.

En el caso de las graduadas, es posible observar un proceso de cambio caracterizado por la incorporación de nuevos hábitos y nuevas formas de enfrentarse a la vida.

“Empezamos a incorporar más verdura en la alimentación y empezamos a cambiar el supermercado por la feria. Entonces, ese cambio a mí me facilitó un poco la vida en GOCE. Y de a poco ya habíamos empezado a tener esa transformación” (E7)

“Y en general, te diré que hoy día la alimentación que tengo es mucho más así. Me gusta el pan y todo y estoy comiendo puro pan integral... como que estoy preocupada de mirar qué me echo a la boca” (E11).

Aparece la noción de cambio a un ritmo personal dentro del tratamiento.

“Viví un proceso súper a mi ritmo” (E11).

En relación al tratamiento, se describe el proceso de cambio como una sumatoria de aspectos.

“No queda muy claro qué es lo que te lleva a hacer la dieta. Si es un tema de que te vai pesando y vas cachando que la de abajo va bajando de peso... Más desde la rivalidad. O efectivamente, te hacís cargo del tema. O se te van metiendo los conceptos, los vas llevando a cabo y vas generando el cambio. Yo creo que es una suma de todo” (E11).

En relación al tratamiento, se observa un proceso de cambio que lo describe una de las personas graduadas como en dos etapas. Una como el extremo de lo empoderada y ya luego, este aspecto como más integrado y regulado.

“Es que yo creo que pasé por dos etapas. Porque cuando tú sales de GOCE, cuando estai como recién, así con todas las pilas, te vai al chancho... en el sentido de mandar todo a la mierda... Te vai demasiado a los extremos. Te deja como, súper empoderada, y súper yo primero y no sé qué, pero con un nivel Dios. Entonces, después de los meses eso se va regulando... Ya con el tiempo como que vai relajando... entendiendo que el otro tampoco está en relación a ti. Que son distintos, que hay distintos tiempos... Y yo hoy día me quedo con esta capacidad” (E11).

Se describe la noción de cambio como un proceso asociado a hacerse cargo y empoderarse de los temas, pasando desde una actitud pasiva a una activa.

“Así que si me preguntai en el fondo, como el proceso fue, te diría que en mi caso fue como meter la canoa al río y dejarte llevar por el río. No fue una cosa tortuosa, ni que la dieta me haya tenido podrida. Para nada. Yo creo que en algún momento, si lo veo en retrospectiva, me iba el chancho con esto que te decía, que estai muy a flor de piel. Como que se te

empieza a evaporar la rabia, la empezai a sacar por todos lados. ... Entonces, ahí efectivamente andai mucho más sin filtro. Y yo creo que es parte del proceso también. Porque haber pasado de lo pasivo, de hacerte cargo de todo, de ser la martir y chahalá. A pasar a esto de: esta weá es tuya, esto también” (E11).

“Es que es como, aquí como que crecí. En el sentido del yo puedo. Y crecí en términos de la autoestima porque... Teniendo los mismos conocimientos en lo que hago, pero la forma en que yo me planteo hoy día con mi jefe, con no sé qué, hace una buena combinación entre el saber de tu pega y todo, con el cómo te sentís y cómo te ves, cachai. Si me preguntai hoy día, estoy más segura... Pero no es como el ego maligno de sentirte así como... No es como en el hoyo del queque, sino que te sentís tan bien contigo misma. Podís ponerte la ropa que te gusta, podís plantearte con un jefe con mayor seguridad. Estás mucho más empoderada” (E11).

Se observa la noción de cambio al respecto de hacerse cargo de espacios de autocuidado.

“El 2016 estuvo difícil a nivel de pega... Y desde ahí, dejé de ir al gimnasio, dejé de hacer mis cursos de otras cosas que a mí me gustan. Y en eso estoy hoy día, como retomando ese tiempo que tenía que ver con el para mí... Y eso también es algo que saqué de acá. Que está bien que seas la mamá y la dueña de casa, pero al final. Y que lo entendí así, si tú no estai, la wea va a seguir andando” (E11).

También se observa en las graduadas la integración de la nueva imagen y la valoración de ésta, tanto en lo físico como en lo psicológico.

“Cuando encontré mis clavículas de nuevo. Yo creo que ese fue mi momento. Cuando se asomaron de nuevo y dije: acá estaban, me encantan. Esa parte... la encuentro súper femenina. En general como que me sigue gustando todo el cuerpo. Si me preguntai ahora” (E11).

“Es que es como, aquí como que crecí. En el sentido del yo puedo. Y crecí en términos de la autoestima porque... Teniendo los mismos conocimientos en lo que hago, pero la forma en que yo me planteo hoy día con mi jefe, con no sé qué, hace una buena combinación entre el saber de tu pega y todo, con el cómo te sentís y cómo te ves, cachai” (E11).

Uno de los aspectos distintivos de las graduadas es el cambio acerca de la noción de empoderarse, de hacerse cargo, de tomar decisiones y llevar acciones consecuentes a sus propósitos.

“Entonces uno en todo está haciendo siempre una evaluación ¿Me entiendes? Permanentemente uno está evaluando, micro-evaluaciones, macro-evaluaciones pero tú todo el tiempo estás evaluando las decisiones que uno toma, uno siempre está evaluando qué es mejor, qué es peor o cuál es el costo beneficio digamos” (E7).

Finalmente aparece un reconocimiento y valoración acerca del proceso de cambio dentro del tratamiento.

“Hay una diferencia enorme. De repente mi marido me lo recalca porque uno no es capaz de identificarse. Pero la que yo salí era totalmente distinta. Y no estoy hablando del tema físico, porque eso puede ser evidente. Estoy hablando de cómo yo me percibía a mí misma, porque yo tenía la autoestima baja, quizás no lo notai, porque tú seguís siendo

introvertida, seguís teniendo la autoestima baja y qué se yo. Pero es un tema mirarse al espejo y no gustarse. Eso es indiscutible. Claramente uno no tiene la confianza en sí misma, me iba mal en la oficina. O sea, cuando salí de GOCE la diferencia es que yo era mucho más segura de mí misma. O sea, tenía decisión. Logré volver a tener decisión respecto a volver a identificar las cosas que yo quería que fueran” (E7).

4. Aspectos históricos y culturales en graduadas

Esta subcategoría se refiere a la mención de distintos elementos pertenecientes a la cultural y al momento histórico donde se desarrollan las personas que tienen relación a su construcción de identidad y la vivencia de obesidad y sobrepeso. Incluye por ejemplo: Hábitos alimenticios, convenciones sociales, modos de vivir propios de cada lugar, etc.

Aparece la noción de los mitos de la época actual y de la cultura chilena.

“Empezar a derribar estos mitos que existen respecto a gordito es más sano” (E7).

Aparece la noción de cultura interna propia de cada familia.

“Igual eran platos de comida grande, porque era parte de la cultura interna de mi familia” (E7).

“Si tú me preguntai así, comida y cabra chica, se me viene como ese recuerdo a la cabeza. Que no te podías levantar de tu mesita hasta que no te comieras tu comida” (E11).

5. Proyección

Esta subcategoría se refiere a la visión que tienen las personas al respecto de su futuro en distintos ámbitos.

Aparece la proyección de bajar de peso por un tema de salud y de cuidado de futuro hijo.

“Lo que conversábamos con mi marido es que nosotros necesitábamos hacer el cambio antes de hacer un cambio una vez que una guagua está, porque es más difícil. Porque crear la conciencia en un niño que tiene que comer sano después de no haber comido sano, es súper raro. Tiene que ser parte de tu vida. Entonces, habíamos decidido que tiene que ser parte de tu vida empezar a comer sano” (E7).

Se observa la presencia de otras proyecciones, más allá del peso, como por ejemplo, la idea de ser madre.

“Hoy día yo decidí aumentar mi núcleo familiar” (E7).

III. Integración con otros en graduadas

1. Familia en graduadas

Esta subcategoría se refiere al tipo de relación y vínculo desarrollado por las personas con sus familiares, tanto con su familia de origen como con su familia actual o propia.

- **Familia de origen en graduadas**

Este código se refiere a las relaciones con su familia nuclear de nacimiento durante infancia y adolescencia

En el caso de las graduadas, se menciona la noción de pertenencia a una familia que impone ciertas pautas de alimentación o ciertos cuidados al respecto del peso”.

“Yo tenía una mamá que siempre cuidó mi peso” (E7).

“Mi mamá no te dejaba levantarte hasta que te comías toda la comida” (E11).

Se menciona a su mamá y sus características de peso que se torna como un referente en el caso de una de las graduadas.

“Mi mamá siempre me inculcó que yo no podía ser gorda, porque ella fue flaca casi toda su vida” (E7).

En el caso de una de las graduadas, se menciona a la madre como una forma de justificar su conducta alimentaria en relación a los atracones de comida y, al mismo tiempo, haciendo una diferenciación de su propia conducta.

“Mi mamá siempre estaba con.... Es de las que nació a dieta. Pero mi mamá es del atracón feroz. Mi mamá se come una torta. Yo me como un pedazo de torta y mi mamá se come la torta entera. Y esa cuestión también yo la tengo, que no me quedo tranquila hasta que se acaba lo que está...” (E11).

En una de las graduadas, se menciona a la madre aludiendo a sus dificultades y su relación a aspectos de su identidad.

“Fue un trabajo sacarte a la madre de adentro, de todas maneras. Y si bien soy súper buena para hacer lo que me dicen que no se puede hacer. Tenía como dos temas que tenían que ver con el abandono, así como esto de que me voy a dejar; si me porto mal me voy a dejar. Y el tema de no ser suficientemente buena para alguien” (E11).

En una de las graduadas, se menciona a la madre y sus características, las formas de relacionarse de ésta, encontrando formas no valoradas de relación.

“La relación con mi mamá siempre fue terrible. Terrible desde que me echaba de la casa, desde que no me dejaba salir con el pololo. Y con mi viejo, puta, mi papá era... Yo creo que rescato mucho de mi papá la capacidad de escucha y de respeto que tenía por el otro. Pero también era súper pasivo en eso” (E11).

“Yo te diría que es media limítrofe. Mi mamá es muy ambivalente en las emociones, es blanco y negro. Ella no es capaz de integrar lo bueno y lo malo de una persona” (E11).

“Mi mamá era una madre esquizofrenizante” (E11)

Finalmente, en una de las graduadas, se cita a una tía como referente materno.

“Entonces como que yo también me salvé cuando chica por lo mismo, que yo tenía una tía, hermana de mi mamá. Mi tía era como... Me tiraba un peo y me lo celebraba. Entonces como que la confianza y el tema de si tú puedes, no sé qué. No estuvo mi mamá pero estaba esta otra figura con

mi viejo. Y ahí tu me preguntai, así como tu referente materno es mi tía, todo el rato. Más que mi vieja” (E11).

- Familia propia en graduadas

Este código se refiere a la familia actual que formó cada persona y que está en proceso de crecimiento en algunos casos.

Se hace referencia en ambas graduadas a la pareja actual y el comienzo de la convivencia o el matrimonio como punto que coincide con el inicio de su sobrepeso.

“No sé si fue coincidencia, pero me fui a vivir con mi pololo. Y tiempo después nos casamos. Y empezó como desde que me puse a pololear... Y de ahí vino una escalada de subir de peso... Antes de eso, en general, como que me mantenía en este peso” (E11).

“En verdad, mira, yo empecé a subir de peso, creo que cuando empecé a trabajar. Y después que me casé, me fui de luna de miel y ahí comí como chancha. Estábamos relajados, sacándonos el estrés del matrimonio...” (E7)

Se observa en una de las graduadas la búsqueda de un hijo y la pérdida de un embarazo como un punto que coincide con su sobrepeso.

“Yo partí un tratamiento para tener guagua. Y la primera inseminación asistida que tuvimos, perdí una guagua. Ahí yo creo que me pegué una subida de peso que en verdad, no te puedo decir desde dónde hasta dónde” (E7).

Se observa en una de las graduadas la referencia a la formación de familia y tener hijos y en la importancia de dar el ejemplo a sus hijos al respecto de la alimentación saludable.

“Lo que conversábamos con mi marido es que nosotros necesitábamos hacer el cambio antes de hacer un cambio una vez que una guagua está, porque es más difícil. Porque crear la conciencia en un niño que tiene que comer sano después de no haber comido sano, es súper raro. Tiene que ser parte de tu vida. Entonces, habíamos decidido que tiene que ser parte de tu vida empezar a comer sano” (E7).

2. Relaciones Interpersonales en graduadas

Este código se refiere a los vínculos que establecen con personas anexas a su familia, tales como: amigos, compañeros de trabajo, compañeros de colegio, pololos, etc.

En una de las graduadas, se hace referencia a tener grupos de amigos, a pertenecer a ese grupo que da cuenta de características de identidad.

“Yo era, mira, siempre fui bien, o sea, nunca pasé desapercibida en el colegio. Siempre participaba en los eventos. Nunca fui de las pernas. Aunque me iba bien, yo no me juntaba con las pernas. Me juntaba con, yo siempre he sido del grupo más desordenado, en verdad” (E7).

Aparece la noción de hacer bullying en una de las graduadas, pero al interior del grupo.

“Yo era desordenada en el sentido de que me gustaba estar bromeando, nos reíamos, hacíamos un poco de bullying igual, pero no en mala, sino entre nosotros” (E7).

Aparece en una graduada la noción de tener compañeros de colegio que molestan y lo difícil que fue para ella adaptarse tras un cambio de colegio en donde la sacan de su grupo de referencia y de confianza y tiene que vivir los cambios propios de la adolescencia en un grupo con compañeros con los que no se llevaba en un principio.

“Cambridge, al que estaba acá de excelencia. Y me cargó. Yo creo que entré en una mini depresión en ese momento. Estabay pasándolo pésimo, tenís como 12 o 13 años, te estaban saliendo los pelos, estoy pasando por todos los cambios, te sacan de tu grupo de confianza. Yo creo que eso nunca se lo voy a perdonar a mi mamá. Se lo saco en cara todas las veces que puedo. Porque me cargaba el colegio, me cargaban los compañeros. Más encima los huevones son súper pesados a esa edad” (E11).

La misma graduada hace referencia a lo difícil que fue para ella cambiarse de colegio, pero que logra adaptarse una vez que baja de peso.

“A mí me costó mucho, mucho adaptarme. Yo te digo que me adapté una vez que bajé de peso. Y eso ya vino a ser en segundo medio, tercero medio” (E11)

En una de las graduadas se menciona pertenecer a un grupo y se describe al grupo como validado por los demás, refiriéndose al mismo tiempo a su estado físico de delgadez.

“Era top en la universidad (risas). No, de verdad, era del grupo de las tops, era flaca... Yo no andaba con polerón y zapatillas en la universidad, yo andaba con tacos. No con taco aguja tampoco, pero andaba bien arreglada. Estaba en el grupo adonde nos arreglábamos y todo” (E7).

“Era piola. Estaba como en las piolas. Como que no tenía ninguna... Eso cambió de golpe cuando estábamos en tercero medio y ahí como que se me abrió un poco el mundo. Y como que copete y no sé qué y ya estaba más flaca. Y como que empecé a llamar la atención de los compañeritos, cachai. Y ahí como que me cambié de grupo y estuve con un grupo que eran minas e inteligente. Y ahí me puse un poco más aplicada sin ser excesivamente aplicada” (E11).

Aparece la noción en una graduada de su grupo de amigos como refugio en relación a las dificultades que pasaba en ese momento de su vida.

“Me refugié mucho en los amigos” (E11)

Aparece la noción en una de las graduadas de haber tenido pocas relaciones de pareja, describiéndose a sí misma como poco polola.

“Súper poco polola, fijate. Yo creo que pololear, se lo permití sólo a mi marido (risas). Pero tenía ahí, a uno nunca le falta Dios, pero nada serio. Era como súper poco... no me gustaba mucho el tema de los pololos. No me gustaba amarrarme. Entonces, sí, en cada etapa de mi vida tuve algún pretendiente o salía con alguien, pero pololo serio, sería mi marido” (E7).

3. Grupos y organizaciones en graduadas

Este código se refiere a la relación que se establece con grupos u organizaciones.

Aparece la noción de pertenencia a organizaciones que dan cuenta de la influencia en la conformación identidad. En una de las graduadas se observa

como la pertenencia a una determinada empresa nueva, influencia la visión de sí misma.

“Siempre me sentí media tonta cuando en mi segunda pega, que fue el lugar donde me casé, porque habían cosas que en verdad no entendía bien. Y las jefaturas hacían notar las deficiencias que tú tenías. Y me convencí que no sabía, que no era experta en lo que yo hacía. Entonces, estuve en un permanente aprender que nunca se convirtió en un saber. Y eso me afectó... en general, siempre he manejado mis ámbitos de acción. Siempre me fue bien en la universidad, siempre me fue bien en el colegio. Entonces, siempre he tenido eso de que vaya bien. Entonces, me enfrenté a un mundo adonde no me fue tan bien y ahí empecé a perder el autoestima en términos profesionales. Entonces, cuando ya partí en un minuto en donde no estoy bien evaluada, perdí la seguridad y empecé a meterte en un círculo vicioso” (E7).

Conclusiones y Discusión

Tanto en las personas que abandonan la terapia como en las personas que se graduaron, se observa una identidad que se afirma en aspectos relacionados a los otros, tanto en lo referente a la imagen y la ocupación, ambos aspectos asociados al rendimiento en donde son los otros los que definen en función de una evaluación. Esto habla del vínculo en las personas con trastornos de alimentación que se da entre alteridad y reconocimiento (Adasme, 2003) que los predispone a la vivencia de fragilidad en su identidad. Pues, la identidad depende de la valoración de otro más que del propio conocimiento y afirmación de las características personales, lo que deja en una posición de vulnerabilidad. Así también, se puede mencionar la escasa aparición de variabilidad en lo referente a aspectos constitutivos de la identidad, que predisponen a perpetuar una identidad difusa.

En este sentido, en todas las personas que participaron del estudio, se observan dificultades en torno al cambio, acomodar e integrar una nueva imagen, que se expresa en la complejidad en el logro de los procesos de: acomodación, asimilación, integración y diferenciación, siendo consistente con la idea de que en el proceso de construcción de identidad se pueden producir desequilibrios en el desarrollo, situaciones de crisis, en las cuales las personas no son capaces de diferenciarse.

Es interesante mencionar que frente al tan anhelado cambio en cuanto a la baja de peso, cuando éste ocurre en la mayoría de las personas se observa una dificultad para integrar el cambio y mantenerlo a largo plazo, aspecto que se expresa en distintos ámbitos. Por ejemplo, se observa un cierto grado de desconocimiento frente al nuevo cuerpo, no saber cómo vestirse, sentir incomodidad frente a los piropos o sentirse más visto o más observado.

Sin embargo, en algunas personas es posible ver como el cambio es mejor integrado e incluso en el caso de las personas graduadas, se observa una mejor integración del cambio, aspecto que podría relacionarse con la baja

y mantención de peso a largo plazo. Es importante destacar en este sentido, que como gran parte del reconocimiento y diferenciación se centra en el cuerpo y el peso y muchas de las conductas, emociones y pensamientos giran alrededor de esta temática, cuando la persona baja de peso y cambia podría presentar dificultades en la integración de su nuevo estado, no encontrando aspectos definitorios y de diferenciación, lo cuál podría ser descrito como una amenaza a la estabilidad del sistema. Por lo tanto, se requiere desarrollar un proceso de reequilibración que permita la adaptación y no el desequilibrio (Sepúlveda, 2013).

En el caso de las personas que abandona la terapia, se observa que al perder la esperanza y el sentido de futuro, se produce una falta de sentido de continuidad en el tiempo, dando lugar a contradicciones consigo mismo, su grupo y los demás grupos, siendo difícil encontrar un lugar en la sociedad (Sepúlveda, 2013). Al mismo tiempo, se observa mermada la capacidad de iniciativa y de ser autor de su propia historia personal, no reconociendo compromisos ideológicos y valóricos claros y acciones comprometidas al logro de sus propias creencias y metas. La pérdida de la fuerza de voluntad se observa como un elemento central que se expresa en la contradicción entre lo que se espera y el llevar a cabo acciones consecuentes que permitan que esta meta se cumpla. Las personas que abandonan la terapia pierden los límites del sí mismo, de su libertad y capacidad de iniciativa, de ser autor de su propia historia personal (Sepúlveda, 2013), viéndose a sí mismos como personas sin capacidad de agencia.

En el caso de las personas que se graduaron de la terapia, existe un sentido de agencia y de ser autor desarrollado, tanto en lo referente a las decisiones asociadas a la alimentación y la baja y mantención de peso, así como en otras áreas de la vida, como la laboral, personal y toma de decisiones. Es interesante en este caso mencionar, que en ambos casos de personas graduadas, ellas describen y se observa un cambio en relación al sentido de agencia y ser autor después del tratamiento, haciéndose cargo de sus metas y

las conductas necesarias para lograr cumplir lo propuesto. En este sentido, se observa un crecimiento en la capacidad de autonomía y en la sensación de protagonismo de sus propias vidas.

Precisamente, un elemento central para la resolución de desequilibrios en cualquier etapa de desarrollo, son los métodos de análisis y reflexión de las personas y las estrategias de enfrentamiento de conflictos y contradicciones (Sepúlveda, 2013). De esto se desprende que un aspecto central en el trabajo con personas en proceso de baja de peso sería el fortalecimiento de su sentido de agencia y también, promover el desarrollo en términos de la diferenciación, separación, aumento de autonomía, pero a la vez en términos de integración, apego e inclusión.

Se observa como una característica distintiva una identidad poco autónoma, ya que las personas están constantemente incorporando la opinión de los otros, centrada en la búsqueda del reconocimiento externo constante, entre el logro de la baja de peso, la mantención de la baja de peso y las dificultades que ello conlleva, buscando evitar el sentido de exclusión, de ser diferente y tratando de cumplir con las normas exigidas tanto por la sociedad, por el grupo de referencia o grupos de pares, llevando a cabo distintas acciones orientadas a cumplir con las exigencias sociales. En este sentido, sería importante el reconocimiento de sí, de las propias características y el fortalecimiento de las certezas personales, comprometiéndose ideológicamente con sus propias creencias por sobre las creencias de los demás.

En relación a la integración con los otros, se observa una contradicción en términos de la importancia que tiene el otro para definirse, pero al mismo tiempo, se observan ciertas dificultades en la integración con los otros, sobre todo en lo referente a la vivencia de exclusión, siendo este círculo vicioso entre la necesidad y la búsqueda de confirmación y la no confirmación como un proceso constante, especialmente en lo referente al peso.

Se observa también una identidad que presenta dificultades en la integración de los cambios, en otras áreas no relacionadas al tema del cambio físico, mostrando cierta fragilidad en relación a la vivencia de eventos vitales significativos y en la integración de las vivencias que faciliten una coherencia de la narrativa personal.

Todo lo anteriormente mencionado, tiene importantes implicancias para el trabajo clínico, ya que “la psicoterapia se constituye en un proceso evolutivo de cambio, transformación y búsqueda del sentido de sí mismo dentro de un contexto social, lo cual implica una tarea de construcción de identidad personal. El proceso terapéutico se orienta hacia una mayor flexibilidad de las estructuras cognitivas y afectivas, con el fin de asimilar nuevas experiencias, sin desequilibrio o perturbación del sistema” (Sepúlveda, 2013, p. 26)

Pues de partida, el tratamiento del sobrepeso y obesidad no se puede centrar exclusivamente en la baja de peso, ya que el logro de la baja de peso podría generar dificultades de integración del nuevo estado, presentando problemas en la integración de la identidad personal. Por lo tanto, el trabajo psicoterapéutico que se propone para el tratamiento de estos casos se centraría en posibilitar el reconocimiento y diversificación de aspectos que definen y diferencian a la persona, con el fin de facilitar la estabilidad y equilibrio de la identidad personal, así como el fortalecimiento de la identidad.

Se hace necesario también en el tratamiento, potenciar la noción de ser agente o autor a través del reconocimiento de responsabilidad en cuanto a las consecuencias de los actos y posibilitar el desarrollo de repertorio de formas de enfrentamiento de problemas y dificultades con el fin de disminuir la sensación de fragilidad y potenciar la noción de ser capaz de enfrentar y solucionar las dificultades. Pues el proceso de integración y de reorganización de la identidad, se logra a través del desarrollo de compromisos con el mundo y el ejercicio de la autonomía (Sepúlveda, 2013).

Un aspecto central también que debería considerar la psicoterapia en este sentido es el desarrollo de la capacidad de voluntad y la capacidad de tolerancia a la frustración. De acuerdo a Piaget, la voluntad se expresa al reunir la inteligencia y la afectividad y la organización de un sistema de valores jerarquizado, que demanda al individuo un compromiso con sí mismo y con los otros, a través de la búsqueda de metas realistas y los consecuentes esfuerzos de realización, pese a las inevitables frustraciones pueden aparecer en el camino. En este sentido, lo que se busca es el fortalecimiento de la tolerancia a la frustración, la posibilidad de postergación de la gratificación en base a metas de corto y largo plazo, configuradas en el proyecto vital de cada uno, manejando la ansiedad y el displacer que se produce por la no satisfacción inmediata de los deseos e impulsos. (Sepúlveda, 2013). El fortalecimiento de las metas personales y un proyecto futuro, así como el reconocimiento de los pasos necesario para su concreción, podrían ayudar a llevar a cabo esta tarea.

Se hace indispensable además fomentar la creación y uso de narrativas alternativas que promuevan la integración histórica y faciliten la coherencia interna. Pues, el apoyo en el proceso de cambio es necesario con el fin de integrar las nuevas características personales en una narrativa coherente y que facilite el equilibrio personal.

En resumen, de acuerdo a los resultados, es posible confirmar que el trabajo de fortalecimiento e integración de la identidad personal es indispensable en el área de tratamiento de obesidad y sobrepeso.

Limitaciones y Desafíos

El presente estudio tuvo como fin realizar una descripción de la identidad personal en personas que vivenciaron obesidad y sobrepeso, desde una primera aproximación al fenómeno. En ese sentido, los participantes de este estudio fueron 15 personas, lo que no permite realizar generalizaciones en

cuanto a los resultados. En este sentido, se deben considerar los resultados como primeras aproximaciones de un desafío mayor que es el estudio en mayor profundidad de esta temática.

Otro de las limitaciones del presente estudio se asocia a la participación mayoritaria de personas que abandonan el tratamiento (13 personas) por sobre las que se gradúan del tratamiento (2 personas) lo que no permite realizar comparaciones generalizables entre ambos grupos.

También se puede mencionar como limitación y desafío al mismo tiempo, que en el presente estudio participaron 14 mujeres y 1 hombre, por lo tanto, sería importante a futuro investigar acerca de las diferencias entre hombres y mujeres en lo referente al proceso de tratamiento en sobrepeso y obesidad.

Queda abierta entonces la interrogante acerca de los posibles resultados en el tratamiento al considerar el trabajo de la identidad personal como parte del tratamiento de personas con obesidad y sobrepeso.

BIBLIOGRAFÍA

- Adasme, D. (2013): Un abordaje narrativo para la comprensión y clínica de la bulimia nerviosa en mujeres adultas jóvenes. Tesis para optar al Grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Albala, C., Burrows, R., Uauy, R. y García, M. (2012): Chile. En Serrano, Manuel. La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica. Real Academia Nacional de Medicina. Pp. 113-131. Disponible en: http://teleiberoamerica.com/publicaciones/La_Obesidad_como_pandemia.pdf
- Atalah, E. (2012): Epidemiología de la obesidad en Chile. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 23(2), Pp. 117-123. Santiago, Chile. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Atala-3.pdf
- American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Botella, L, Grañó, N, Gámiz, M. y Abey, M. (2008): La Presencia Ignorada del Cuerpo: Corporalidad y (re)construcción de la identidad. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol.17(3). Pp. 245-263. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921795006.pdf>

- Cerpa, C. y Lagos, W (2009): Identidad Personal en Pacientes en Fase de Mantenimiento Post- Cáncer. Tesis para optar al grado de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (1996): Encontrar sentido a los datos cualitativos. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Collins, J. & Bentz, J. (2009): Behavioral and psychological factors in obesity. The Journal of Lancaster General Hospital. Vol. 4(4) Pp. 124-127. Lancaster, USA. Disponible en: http://www.jlgh.org/JLGH/media/Journal-LGH-Media-Library/Past%20Issues/Volume%204%20-%20Issue%204/JLGH_Dec09bentz.pdf
- Cordella, P y Moore, C. (2015): Patrón adaptativo obesogénico cerebral: una propuesta para comprender y evaluar la obesidad en la práctica clínica. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 42(1). Pp. 60-69. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v42n1/art08.pdf>
- Cresci, B., Tesi, F., La Ferlita, T., Ricca, V., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Mannucci, E. (2007): Group versus individual cognitive behavioral treatment for obesity: Results after 36 months. Eating and Weight Disorders, Vol. 12 (4). Pp. 147-153.
- Denia, M. (2011): Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. Tratarnos de la conducta alimentaria. Vol. 14. Pp. 1490-1504. Disponible en: http://www.tcsevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf
- Elfhag, K. & Rössner, S. (2004): Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance

and weight regain. The International Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews. Vol. 6. Pp. 67-85. Disponible en: http://www.pitactief.nl/fileadmin/content/scholingeng/1220_post_HBO_Overgewicht/Mathus.Remaining_Weight_loss.pdf

Ellulu, M., Abed, Y., Rahmat, R., Ranneh, Y. & Ali, F. (2014): Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. Global Epidemic Obesity. Vol. 2(2). Pp. 1-6. Disponible en: <http://www.hoajonline.com/journals/pdf/2052-5966-2-2.pdf>

Erikson, E. (1968): Identidad, Juventud y Crisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Errandonea, I. (2012): Obesidad y trastornos de alimentación. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 23(2). Pp. 165-171. Santiago, Chile. Disponible en: www.clc.cl/Dev_CLC/media/imGENES/PDF%revista%20medica/2012/2%20marzo/Dra_Errandonea-10.pdf

González, L., Giraldo, N., Estrada, A. , Muñoz, A., Mesa, E. y Herrera, C. (2007): La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. Revista chilena de nutrición. Vol. 34(1) . Santiago, Chile. Disponible en: dx.doi.org/10.4067/50717-75182007000100005

Guidano, V. (1994). El Sí Mismo en Proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista. Barcelona: Paidós.

Guzmán, R., Castillo, A. y García, M. (2010): Factores psicosociales de la obesidad. Obesidad un enfoque multidisciplinario. Disponible en: www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf

Keränen, A. (2011): Lifestyle interventions in treatment of obese adults. Eating behaviour and other factors affecting weight loss and maintenance. Acta universitatis ouluensis. University of Oulu. Oulu, Finlandia. Disponible en: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294457.pdf>

Knackfuss, A. (2015): Imagem corporal e obesidade : um estudo de caso. FIEP BULLETIN. Vol. 85, Special Edition, Article 1. Disponible en: www.fiepbulletin.net

Lama, K. (2015): Quiero ser flaca y feliz. Un método visual para bajar de peso. Editorial Planeta. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud Chile (2002): Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad. Programa salud cardiovascular. MINSAL. Santiago, Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/75fcbd5dc365e5efe04001011f012019.pdf>

Ministerio de Salud Chile (2010): Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. MINSAL. Tomo I. Santiago, Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Moreno, M. (1997): Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación. Boletín Escuela de Medicina PUC. Vol. 26. Pp. 9-13. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad03.html>

Organización Mundial de la Salud (2016): Obesity and overweight. Recuperado el 20 de Octubre del 2016 de: www.who.int

Osorio, F. (2012): Análisis cualitativo del cambio terapéutico en psicoterapia constructivista cognitiva. Una mirada desde la experiencia subjetiva de los pacientes. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Peralta, S., Gómez, R. y Chávez, J. (2005): Intervención emocional y afectiva en pacientes que se autodefinen como obesos. Tesis para optar al título de psicólogo. Carrera de Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/465/tpsico160.pdf?sequence=1>

Perinat, A. (2007): Psicología del desarrollo, un enfoque sistémico. Tercera Edición. Barcelona, España: Editorial UOC.

Sepúlveda, G. (2014). Apuntes de Clase Cátedra Psicología Evolutiva, Carrera de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Sepúlveda, G. (2013): Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.

Sepúlveda, G. (2001): *Autonomía moral y solidaridad: Complementación de la metas del desarrollo de las teorías cognitivo-evolutivas desde*

Habermes y Apel, Ricoeur y Arendt. Tesis para optar al grado de Doctor en Filosofía Mención Ética. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Silvestri, E. y Stavile, A. (2005): Aspectos psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Universidad Favaloro. Córdoba, Argentina. Disponible en: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>

Sniehotta, F., Simpson, S. & Greaves, C. (2014): Weight loss maintenance: An agenda for health psychology. *British Journal of health psychology*. Vol. 19(3). Pp. 459-464. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12107/abstract

Szostek, (2014): Obesity and Psychotherapeutic Intervention. A Research Paper Presented to The Faculty of the Adler Graduate School. Disponible en: <http://alfredadler.edu/sites/default/files/Szostek%20MP%202014.pdf>

Tárraga, M., Rosich, N., Panisello, J., Gálvez, A., Serrano, J., Rodríguez-Montes, J. y Tárraga López, P. (2014): Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 30(4). Pp. 741-748. Madrid, España. Disponible en: www.aulamedica.es/nh/pdf/7704.pdf

Teixeira, P., Carraça, E., Marques, M., Rutter, H., Oppert, J., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J. and Brug, J. (2015): Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *Biomed Central Medicine*. Vol. 13 (84). Pp. 1-16. DOI 10.1186/s12916-015-0323-6

Vásquez, F. y Vanegas, J. (2014): Suplementos dietéticos para reducir de peso: dilemas médicos y éticos. Revista Médica de Chile. Vol. 142. Pp. 1069-1075. Santiago, Chile. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000800016

Villaseñor, S., Ontiveros, C. y Cárdenas, K. (2006): Salud mental y obesidad. Investigación en salud. Vol. 8(2) . Pp. 86-90. Centro universitario de ciencias de la salud. Guadalajara, México. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280205

ANEXOS

Guión temático de entrevista

Historia de vida

Eventos vitales de relevancia

Etapas etarias

Historia del sobrepeso

Experiencia de tratamiento

Descripción de sí mismo antes, durante y después del tratamiento

Relaciones interpersonales e integración con otros

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación "Identidad Personal en adultos posterior al tratamiento de psicoterapia de apoyo grupal para obesidad y sobrepeso". Usted ha sido seleccionado(a) porque cumple con los requisitos de haber asistido a terapia grupal durante al menos 12 sesiones, habiendo pasado 12 meses a partir de la última sesión.

La investigadora responsable de este estudio es la psicóloga Wilsa Lagos Szabo del programa de Magister de Psicología Clínica de Adultos y está a cargo de la Profesora Patrocinante María Gabriela Sepúlveda de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en una biografía o historia de vida y una entrevista semiestructurada orientada a conocer los aspectos evolutivos de la construcción de la identidad personal en el caso de las personas que han pasado por el tratamiento de terapia de apoyo grupal para personas con obesidad y sobrepeso. La entrevista durará alrededor de 60 minutos, y abarcará varias preguntas básicas de carácter demográfico y de salud, posteriormente preguntas asociadas a la experiencia de tratamiento y finalmente cómo ha sido la vivencia de obesidad a lo largo de la vida.

La entrevista será realizada en el Centro GOCE, ubicado en Holanda 331, Providencia, en el día y hora que usted estime conveniente.

Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: No posee riesgos.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información teórica y clínica que permita realizar tratamientos más asertivos en el área de obesidad y sobrepeso.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. El uso de los datos será estrictamente para efectos del presente estudio, realizando un análisis grupal de los datos refiriéndose a generalidades observadas. Se utilizarán algunas viñetas o trozos de entrevista para efectos de ejemplificar algunas temáticas. Cabe destacar que nunca se mencionará el nombre del paciente, siendo numerado en el estudio (Ej: Paciente 1). Las grabaciones serán guardadas por la investigadora responsable mientras se realice el análisis de los datos durante aproximadamente 1 año para posteriormente ser destruidos.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se le notificará cuando el estudio esté finalizado, pudiendo recibir una copia del estudio mediante correo electrónico.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio y a Profesora Patrocinante.

Profesora Patrocinante: María Gabriela Sepúlveda

Teléfonos: (56-2) 29787878

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: gsepulve@uchile.cl

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues

Presidenta

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio "Identidad Personal en adultos post-tratamiento de psicoterapia de apoyo grupal para obesidad y sobrepeso".

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.