



*Tino significa moderación, prudencia en la acción  
Vivir con tino es una decisión*

## **Un Modelo Psicológico Integrativo para el Tratamiento de la Obesidad**

**Autores:** Lic. Tamburini, Sandra; Lic. Dalla Pria, Sandra; Lic. Genazzini, Sol; Lic. Grufi, Paola

**Institución:** T.I.N.O. (Tratamiento Interdisciplinario en Nutrición y Obesidad)

**Ciudad:** Mar del Plata

**Año:** 2013

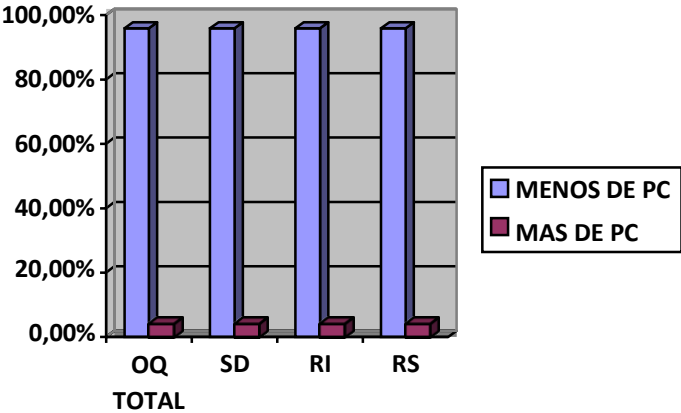
### **Introducción**

A través de la aplicación del cuestionario de autoevaluación OQ45-2, que intenta cuantificar como el paciente se siente internamente, como se relaciona con otros significativos y como está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio, podemos inducir la implicancia de los aspectos psicológicos dentro de la Obesidad.

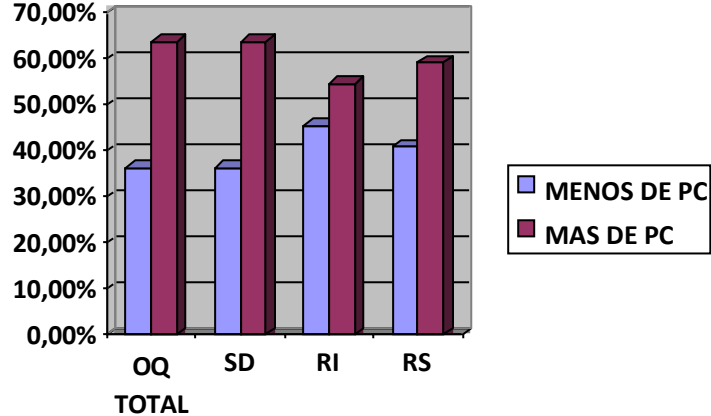
La técnica evalúa a través de 45 ítems en una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal, tres áreas: Sintomatología (los síntomas intrapsíquicos más comunes a ser evaluados son problemas de depresión y ansiedad); Relaciones Interpersonales (incluye ítem que miden tanto la satisfacción como los problemas en las relaciones interpersonales); y Rol Social (el rendimiento social se midió focalizando en los niveles de insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con el empleo, roles familiares y ocio). En forma breve, pretende evaluar la experiencia subjetiva y cómo la persona funciona en el mundo.

La muestra total fue de 62 personas, divididas en tres grupos; aquellas que no han tenido sobrepeso, personas obesas que realizan la admisión en la institución y pacientes en tratamiento. El 14, 52% fueron hombres y el 85.48% mujeres, de entre 26 y 68 años.

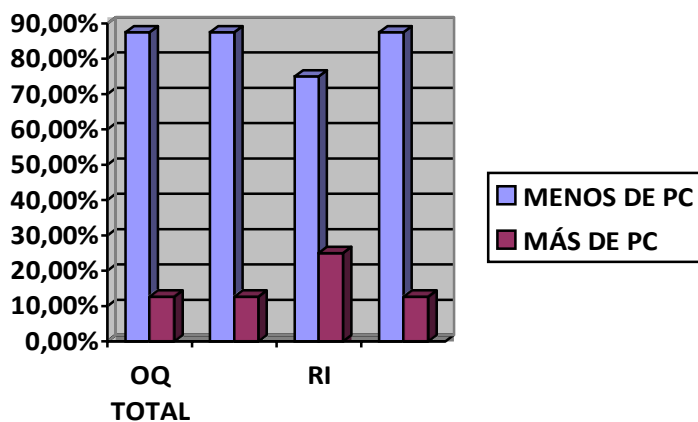
PERSONAS SIN SOBREPESO



PERSONAS OBESAS EN ADMISIÓN



## PERSONAS OBESAS EN TRATAMIENTO (3 A 12 MESES)



### Referencias:

- PC (Puntaje de corte obtenido de Baremos correspondiente a Chile)-
- SD (Sintomatología)-
- RI (Relaciones interpersonales)
- RS (Rol Social)

Podemos ver que estas subescalas si bien no son variables que afectan exclusivamente a pacientes que padecen obesidad, sí son áreas psicológicas a tener presentes en un tratamiento interdisciplinario ya que este tipo de pacientes presentan escaso repertorio de respuestas y recursos para identificarlas y poder trabajarlas adecuadamente.

Dada la cantidad de factores psicológicos identificados en pacientes obesos y la particular relación existente entre el acto de comer y las emociones, podemos esquematizar el tratamiento desde el área de psicología dentro de un marco interdisciplinario en tres etapas:

### 1er etapa:

- Se trabaja fundamentalmente para lograr que el paciente desarrolle adherencia terapéutica y conciencia de enfermedad.
- Establecer su nivel de Motivación, ayudándolo a reconocer qué lo impulsa a realizar el tratamiento, cuáles son sus objetivos y metas y llevarlos a un plano de concreción posible.
- Trabajar sobre el Registro del placer-displacer: ayudando al paciente a reconocer las diferencias entre sus emociones, sensaciones y tipos de ingestas.
- Diferenciar una posición activa-pasiva ante el ambiente, fortaleciendo su autoestima y autonomía, apuntando al logro del autocuidado.
- Manejo del tiempo libre mediante el trabajo de conductas más asertivas en el uso del tiempo.
- Regulación del ocio y las obligaciones trabajando la importancia de la creación de espacios placenteros para equilibrar las exigencias tanto internas como externas apuntando a identificar factores de estrés y redes de apoyo.
- Imagen corporal y su relación con la construcción de la Autoestima.
- Distorsiones Cognitivas, ayudándolos a reconocer sus creencias erróneas y su relación con su forma de pensar, de sentir, y de actuar.
- Identificación de alexitimia, trabajando sobre la posibilidad de expresar simbólicamente los sentimientos, sensaciones y emociones
- Estrategias para el armado de la estructura conductual, apuntando básicamente a cambios de hábitos y desarticulación de factores de mantenimiento del sobrepeso, que le permitan encontrar modos diferentes de relacionarse con la comida y el ambiente.

### **2da etapa:**

- Su posicionamiento subjetivo frente a su enfermedad y su entorno.
- Implicación en el tratamiento.
- Vínculos con los otros significativos y su relación con el mantenimiento de la obesidad.
- “El deber ser” vs el deseo. Reconocimiento de exigencias e ideales desmedidos.
- Registro de límites: lo que se puede y lo que no se puede.  
Aceptación de la renuncia como soporte necesario para el cambio.

### **3er etapa:**

- Prevención de recaídas. Proyección de escenarios futuros.
- Construcción de señales de alerta subjetivas
- Estrategias de afrontamiento ante situaciones de difícil manejo para el paciente.

### **Desarrollo**

La idea central del empleo de un modelo de tratamiento integrativo dentro del área de trabajo psicológico que contempla dos corrientes (Psicoanálisis y Cognitivism) deviene de la experiencia clínica de años de trabajo, lo que nos ha permitido repensar la particular relación existente entre obesidad y emocionalidad y la búsqueda continua de nuevas herramientas para su tratamiento.

A continuación se desarrollan algunos de los conceptos que sostienen este dispositivo terapéutico.

**Desde el marco Cognitivista**, se sostiene que los seres humanos necesitan organizar la realidad en la que deben desplegar su vida, y, para ello, cumplen una tarea constructiva permanente. Es la forma de organización de la experiencia personal en la que cada individuo refleja su representación del mundo (incluyendo su auto representación) y donde elaboran sus sistemas de interacción y asientan el fenómeno de las relaciones interpersonales. Dicha organización resulta de la acción de un sistema integrado por un conjunto de estructuras de significado.

La finalidad primordial de las construcciones de la realidad (son estructuras de significado que operan siempre como un conjunto organizado, como un sistema) están dirigidas a sostener el sentimiento de identidad personal, requerida para preservar la actividad psicológica.

Dichas estructuras se desarrollan y organizan elaborando activamente diferentes contenidos en función de las peculiares circunstancias que delimitan o enmarcan las experiencias de los individuos.

Estas construcciones pueden ser funcionales o disfuncionales. Llamamos funcionales a aquellas construcciones que permiten a la persona sentir que está cumpliendo cabalmente con su guion, con su responsabilidad ante la vida; que no generan dolor o sufrimiento persistente que carezca de sentido individual y/o grupal para quien lo padece. Estas construcciones se traducen por medio de signos visualizados como señales de un proyecto vital. Las construcciones disfuncionales, son las formas de concebir la realidad que poseen aquellas personas que dicen no sentirse bien, que creen que su vida debería ser de un modo distinto del que es, que viven amenazadoramente la presencia del futuro. Por consiguiente, no encuentran sentido a sus sufrimientos que pasan a constituirse en representaciones negativas de su realidad y expresión de alguna forma de alteración, malestar, trastorno desorden, enfermedad, perturbación, disturbo.

La funcionalidad o disfuncionalidad de una construcción, no constituyen términos dicotómicos sino que representan polos o extremos de una continuidad.

Ocurren muchas experiencias que refuerzan los significados con que estamos preparados para enfrentarlas. Pero también es frecuente que se produzcan variaciones. Estas variaciones son transformaciones que registramos cuando ocurren de manera dramática. Por ejemplo cuando un paciente abandona el cuidado sobre sí mismo con relación al sobrepeso porque alguien se burló de él o hizo algún comentario sobre su figura, variando el significado de “valencia personal”.

Lo que hace que los significados se organicen de ciertas maneras es el conjunto de circunstancias en que se desarrollan.

Los pacientes que llegan a tratamiento son personas cuya representación de la realidad se ve afectada por una suerte de disfuncionalidad constructiva, donde a raíz de experiencias disfuncionales, se van construyendo significados erróneos que refuerzan esta construcción.

Se observa en la clínica el acotamiento del repertorio de respuestas de pacientes obesos en la consecución de intentos fallidos por volverse funcionales en los diferentes ámbitos, o la omisión de estímulos y variables que harían contraste entre su construcción de significados sobre su cuerpo y su enfermedad y la realidad.

Como en el caso de muchos pacientes que restringen su vida social de manera de no exponerse a las críticas que motivan y confirman de esta manera la valoración peyorativa que provoca su figura.

Otro ejemplo que se observa es una serie de conductas y rituales alimentarios que aparecen frecuentemente ante situaciones de vulnerabilidad emocional y/o de estrés. La sobrealimentación se vuelve entonces una estrategia disfuncional. Los pacientes refieren episodios de mayor ingesta ante diferentes circunstancias que le provocan enojo,



ansiedad, tristeza, conflictos interpersonales donde la comida funciona como una descarga o generadora de un efecto anestésico sin mediar el pensamiento.

Desde este marco teórico la falta de adecuación emocional es entendida como el resultado del empleo de esquemas de pensamiento desadaptativos por parte del paciente.

Riso (2006) menciona que el sujeto va a mantener los esquemas a través de los sesgos confirmatorios, lo que significa que el sujeto destaca o exagera la información que confirma el esquema, negando o minimizando la información que lo contradice. Estos sesgos funcionan filtrando selectivamente la información que le va llegando al sujeto, de tal manera que esté en consonancia con la estructura cognitiva interna. Es por ello que el sujeto tendrá a lo largo de su vida una distorsión constante de la realidad, y esto le generará como consecuencia emociones desadaptativas.

Los esquemas al ser estructuras mentales estables, sólidas, constantes y persistentes, van construyendo como resultado pensamientos irracionales en forma de distorsiones cognitivas, creencias irracionales, pensamientos automáticos, emociones y conductas inadecuadas en intensidad, consistencia y frecuencia. Las distorsiones cognitivas son formas identificadas de errores al procesar la información. Cumplen un papel fundamental en la psicopatología, ya que los modos erróneos de pensar y razonar, provocan y sostienen las perturbaciones emocionales. Estas distorsiones llevan a pensamientos, acciones y emociones ineficaces, que deben ser reestructurados. Siendo estas distorsiones notorias y recurrentes en la obesidad, es necesario en un tratamiento interdisciplinario su evaluación y contrastación con la realidad, de tal modo que el paciente pueda identificarlas y así flexibilizarlas para lograr sostener en el tiempo los cambios conductuales que va adquiriendo desde el área nutricional.

Las distorsiones cognitivas más observadas en la clínica son:

1) Pensamiento Dicotómico (todo o nada): Consiste en interpretar los eventos, situaciones y personas en términos absolutos. Se evidencia en el uso de palabras como “siempre”, “nunca”, “todos”, “nadie”, y en la visión blanco/ negro. Las distorsiones cognitivas no definen a una persona, sino a un error periódico y sistemático de pensar y razonar. Las personas con impulsividad y/ o descontrol alimentario suelen decir “yo sé que para adelgazar tengo que cerrar la boca y dejar de comer”. Estas personas están pensando de manera polarizada (“comer o no comer”, “alimentos prohibidos y permitidos”). La visión dicotómica es la tendencia a dividir la realidad en polos opuestos, no pudiendo encontrar grises.

2) Sobregeneralización: Tomar casos aislados y generalizar su validez para todo. Sacar conclusiones globales, generales y totales de uno o más hechos parecidos. Hay ejemplos de generalización como “Yo siempre que llego a 75 kg me freno”; “El año pasado me fui de vacaciones y engordé, sé que siempre que salga de vacaciones voy a engordar”.

3) Filtro mental (o abstracción selectiva): Consiste en enfocar selectivamente ciertos aspectos negativos y perturbadores de un evento o persona, excluyendo otras características neutras o buenas. Focalizo en un aspecto atencionalmente significativo y me centro desde ahí en la percepción de la realidad. Es una especie de visión de túnel; sólo se ve un aspecto de la situación con la exclusión del resto Ejemplos: “Si bajé, pero estoy cada vez más arrugada”. “Sí tengo una linda familia, una empresa exitosa, pero me tortura mi panza”.

4) Descalificar lo positivo: Echar abajo experiencias, eventos y situaciones positivos por razones arbitrarias y tendenciosas. Ej. “Sí, esta semana me fue bien, pero la semana pasada subí de peso”.

Otro ej. Es el caso de alguien que realiza un programa “racional” para bajar de peso en el que puede haber perdido 3 kilos en un mes (en vez de haber subido), y dice que es poco

en función de que quisiera bajar 20 kilos. Dicha manera de razonar acerca de la realidad, puede afectar la perseverancia para continuar con dicho tratamiento para la obesidad.

5) Sacar conclusiones con mínimas pruebas: Asumir algo negativo cuando hay mínimas pruebas o apoyo empírico suficiente para ello. Subtipos: a) Lectura de pensamiento: Presuponer los intereses de otros. “Sé que le molesta mi gordura. Lo veo en sus ojos”. b) Adivinación: Predecir o profetizar el resultado de eventos antes de que sucedan. “Ya sé que no voy a poder incorporar los cambios”. La desventaja de este modo de razonar es que no voy a centrarme en ninguna acción mía que pueda cambiar ese “destino inevitable”, y pierdo automáticamente cualquier análisis para definir las conductas más apropiadas. “No puedo porque siempre ha sido así, las veces que baje de peso lo recuperaré; por lo tanto deberá ser así”.

6) Magnificación y minimización: Sobreestimar y subestimar eventos, circunstancias y personas. Minimizar es otra forma inadecuada de evaluar y percibir ciertos eventos reales. Le quito importancia a una tarea que debo realizar o a un problema que merece mis esfuerzos y mi voluntad para ser afrontado y superado.

Ejemplos: “Soy un fracaso, aumenté 500 gr”, “Cada vez que como de más me empieza a faltar el aire y me duele todo el cuerpo el resto del día”; “Si bajo de peso mi vida cambia por completo”; “No hay correspondencia entre mi sobrepeso y mi conducta alimentaria, ya que como muy poco y sano”; “Mi obesidad no me afecta en nada, me siento bien y me veo bien, no me importa lo que la gente diga de mí”.

- Subtipo habitual: Catastrofización: Imaginarse y rumiar acerca del peor resultado posible, más allá de su probable ocurrencia. Esta distorsión se relaciona con la poca tolerancia a la frustración. Pensar que la situación desagradable es “insoportable y tremenda” cuando en realidad es muy incómoda. Supongamos que tengo determinada expectativa acerca de un suceso -“bajar de peso”- y el mismo no ocurre como lo esperado. “Nunca voy a lograrlo,

nada me sale bien, no vale la pena vivir así” (Ahí se ve una forma tremendista de tomar un resultado muy adverso, generalizándolo a la totalidad del tiempo).

7) Razonamiento emocional: Consiste en formular juicios categóricos basándose en “cómo me siento” y “qué siento” (emoción, sensación). Creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos “Siento que no puedo con esto, por lo tanto no puedo” .

8) Debeísmo: Concentrarse en lo que uno piensa que “debería” ser o hacer, en lugar de ver que las cosas son como son. Consiste además, en manejarse con reglas rígidas puestas por otros, que no necesariamente están adaptadas al contexto situacional. Esta distorsión impide afrontar los cambios de la vida actual con optimismo y con agilidad. “Debería hacer actividad física todos los días”, “Debería ir al asado familiar aunque no tenga ganas”, “Debería bajar 2 kg por semana”, “Debería ser la mujer, esposa, perfecta”.

9) Etiquetado o rotulación: Es asignar un nombre global o rotulación, en vez de describir la conducta precisa observada, objetiva. La etiqueta suele ser absoluta, inmodificable o prejuiciosa, e intenta definir un proceso dinámico complejo, como si fuera una cosa simple. Se relacionan con la capacidad de ver a las personas como cosas negativas y de autocondenarse globalmente. “Soy un gordo”. El etiquetado supone esencias inmodificables y no procesos en transformación. “Soy un desastre”.

10) Personalización (autorreferencia): Asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, aunque no sea realmente así. En uno mismo puede producir culpa y ansiedad “Siento que si empiezo a pensar en mí y hacer cosas por mí mismo, mis seres queridos van estar muy mal y les haré un daño”, “La vi mal a mi mamá, es porque esta semana no pude bajar”. Si tiendo a personalizar en los demás me produce ira y ansiedad persecutoria. “Todas estas cosas que está haciendo fulanito, estoy seguro que está haciéndolas para perjudicarme”, “Todos me miran por lo gorda que estoy”.

El objetivo principal de las tareas cognitivo-conductuales es que la persona reconozca sus esquemas desadaptativos y los afronte con base en estructuras de pensamiento lógico-funcional. Con ello se busca reestructurar la forma en que se piensa en relación con algunos objetos, situaciones y relaciones. Además, este modelo promueve la identificación de patrones conductuales disfuncionales, de identificación de situaciones desencadenantes, entendimiento de la historia que fundamente el esquema, tipificación de estilos de afrontamiento y evaluación del temperamento<sup>1</sup>.

La ansiedad es otro de los factores a resaltar en pacientes obesos. La personalidad ansiosa resulta de una sobreestimación del peligro externo y subestimación de los propios recursos para enfrentarlo. Se conjuga un placer brindado por la comida con un efecto anestésico frente a situaciones ansiógenas. El procedimiento de manejo de la ansiedad consiste en que el paciente realice un registro de emociones primero, pudiendo identificar los núcleos ansiógenos. Posteriormente deberá pensar alternativas de respuesta a esas situaciones ajenas al acto de comer. Será así que buscará nuevas actividades placenteras, que a su vez serán utilizadas como mecanismo de descarga.

Posteriormente, y para que los cambios de hábitos y descenso de peso sean sostenibles en el tiempo, el paciente deberá enfrentarse a estos disparadores de ansiedad no elaborados adecuadamente para darles un cierre emocional, que permita eliminar los pensamientos automáticos que generan y que lo inquietan en su rutina.

### ***Consideraciones desde el marco teórico psicoanalítico***

El hombre a diferencia de otros organismos vivientes, nace en un estado de prematuración que necesita de otro que lo asista para poder vivir. El bebé llora cuando tiene insatisfechas sus necesidades básicas y ese grito va a tener que hacer que del campo del otro venga la satisfacción. La necesidad queda desviada en su pura naturalidad

---

<sup>1</sup> Klosko & Young, 2003.

biológica al depender del poder de la lectura de Otro, que va a interpretar y poner en palabras, esta necesidad transformándola en demanda. La madre ingresa al campo del lenguaje al bebé cuando interpreta que tiene hambre, sueño, o ganas que le hagan “upa”. La madre acude al bebé, donando en el mismo acto que dona la pulsión el campo del lenguaje. Este Otro primordial es el que le va a “inocular” desde afuera la pulsión de vida, dado que si no hubiera otro que se haga cargo de ese bebé, el destino de éste sería la muerte. El deseo de ese otro es el lugar desde donde va a operar la función materna. Al dar respuesta a las necesidades vitales de, hambre, higiene, abrigo la madre va a ir inaugurando las zonas placenteras del cuerpo transformando el organismo en cuerpo erógeno. Este va a tener zonas privilegiadas que son las ligadas a la relación con ese Otro.

Dependerá de que ese Otro, que lo cuida en su prematuración, pueda integrar en un cuerpo erógeno, ese mundo caótico que es el cuerpo biológico, habitado por un conjunto desorganizado de exigencias que pugnan cada una por separado. Por eso, en un primer momento, el humano se aliena al otro que lo mira, le habla, lo alimenta (pulsión oral), lo sostiene, será la única vía posible para la vida.

### ***Formación del yo***

Este proceso de libidinización sostenido por la función materna, va a formar parte del Narcisismo. Para que este se constituya se hace necesaria una nueva acción: la identificación, transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen. El yo se constituye por la identificación del niño a la imagen de sí unificada en el espejo, habilitado por el otro primordial que le confirmará, ante el júbilo del bebé, que ése es él (“el nene”) El niño se identificará a esa imagen en el espejo y a todos los atributos valorizantes o injuriantes que los padres le otorgarán. El narcisismo del niño es el reflejo del narcisismo de los padres. Es el deseo de los padres, el soporte de su constitución.

Podríamos decir que somos alienados por estructura y que separarnos será una tarea necesaria para poder ser sujetos con un deseo propio, un cuerpo propio y una manera de arreglarnos con sus exigencias. En este proceso la intervención de un tercero que regule la

relación de la mamá con el niño es fundamental y lo podríamos ubicar en la figura del padre que prohíbe, pone límites, instaura la Ley. El que dice que no todo se puede... a eso le llamamos castración. Y para explicar esto Freud utilizó el mito de Edipo. El niño ama a la madre y quiere ser el único objeto de su deseo por eso se hace necesaria la función paterna encarnada por el padre o con quien ejerza esta función de privarlo de ser el objeto que colme la satisfacción de aquella. Que el niño perciba que la madre tenga otros intereses por fuera de él ayudará al proceso de separación. Luego del pasaje por ese complejo ya quedará un sujeto dividido entre aquello prohibido que reprimió alojado en el inconsciente, su yo y una instancia que vela porque se siga cumpliendo la ley que Freud llamó Superyó. En cuanto a éste es importante hacer la aclaración de que cumple varias funciones, por un lado es quien representa los límites ahora en el interior del aparato psíquico, pero también “ejerce una fuerte autocrítica” sobre el yo y Freud no tardó en encontrar lo difícil de llegar en el tratamiento al origen inconsciente de esta instancia. Desarrollos de los post- freudianos hablaron también de un Superyó primario mucho más severo y feroz, que lleva a actuar al yo a su servicio sin la mediación del pensamiento consciente.

El psicoanálisis nos da la posibilidad de acceder a una visión del sujeto, en tanto dividido, que nos permite entender las diferentes motivaciones que sostienen la repetición de conductas no elegidas conscientemente por el paciente.

### ***Aportes del psicoanálisis a la práctica clínica***

Un trabajo presentado con anterioridad mostró que el 40 % de la muestra de obesos utilizada presentaba una falta de adecuación de sus emociones. Esta fue interpretada desde el psicoanálisis como fallas en el proceso de alienación-separación, donde la persona queda sujeta a un “deber ser” construido en el vínculo con los otros significativos de su historia <sup>2</sup>. La obesidad, en estos casos, se presenta condicionada por una falta de

---

<sup>2</sup> Obesidad y Adecuación Emocional. Autores :Lic. Tamburini Sandra, Lic. Benvenuto Romina, Lic. Genazzini Sol, Lic. Grufi Paola, Lic. Ulvedal Cristian . Año 2012. Ganador 1º Premio Congreso S.A.O.T.A. 2012

implicación subjetiva, solidaria de la oferta de satisfacción al Superyo. Este con su doble faz, por un lado como heredero del complejo de Edipo que inscribe la Ley, pero por el otro como una instancia que mantiene la fuerza pulsional que sostenía el amor de los padres trasladado luego en adherencia libidinal a ideales y mandatos tiránicos. Del que algunos autores hablan como superyó materno.

Esta descripción no responde a una estructura psíquica en particular. Dentro de la Neurosis hay algunos autores como Diana Rabinovich, que lo describen como Caracteropatías o Neurosis de carácter, término que en inglés es *character*, que además significa *personaje*. Algunos sujetos llegan a la consulta desde una posición, que no es la del síntoma que hace pregunta, sino la de un character, la de “una forma de ser”, que no hace pregunta. Sólo aparece un malestar en relación a la conducta alimentaria. Desde otra concepción se los ha llamado, en su descripción fenomenológica “sobreadaptados”. Responden a un “deber ser” contruidos a través de mandatos superyoicos.

El psicoanálisis también nos permite entender y abordar de diferente manera a aquellos pacientes que tienen sobrepeso en dónde éste funciona como un subrogado de fantasías inconscientes que acechaban la oportunidad de apropiarse de un medio de expresión. Una característica frecuente en el discurso de estas personas es la asociación que hacen del sobrepeso con su poca validez personal así como la idealización de la delgadez, fantaseada como remedio a todos los padecimientos atribuidos erróneamente al sobrepeso. Un ejemplo que se repite en la escucha clínica es el relato de ver fotos del pasado y darse cuenta que en ese momento no tenían sobrepeso pero no obstante se sentían “gordos”. Allí comenzaron a tener conductas abstinentes con la comida con su consecuente compulsión posterior a comer. Estos ciclos repetitivos, por la conjunción en el tiempo de variables metabólicas y psicológicas, llevan a concretar el aumento de peso. Éste funciona cada vez más como foco de atención del paciente quien consulta una y otra vez por su conducta alimentaria fuera de control, sintiéndose cada vez más arrasado y desvalorizado por sus kilos de más. En esta distorsión inicial, cuando se puede pesquisar el



armado histórico, encontramos que estas identificaciones a atributos desvalorizantes fueron construidas en el vínculo con Otros significativos.

Las fallas en la formación del yo y su andamiaje simbólico, así como las dificultades en separarse de la mirada del Otro, aceptando los límites y renunciando que este proceso conlleva, nos orientan en el trabajo clínico.

### **Conclusión**

Poder medir a través de la técnica OQ 45-2 tres áreas significativas en el desarrollo personal y funcionalidad de las personas, como lo son su percepción de los síntomas, de las relaciones interpersonales que posee y de el rol social que ocupa; nos permitió observar una significativa diferencia entre aquellos que padecen sobrepeso de los que no lo han sufrido o los que se encuentran en tratamiento para su mejoría.

Esto nos da fundamento sobre la relevancia clínica que tiene en el tratamiento de la obesidad la transdisciplina, interviniendo el área de Psicología como uno de los factores a modificar para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Si bien no podemos hablar de una psicopatología de la obesidad, existen puntos de contacto entre aspectos psicológicos, psicopatologías y obesidades construidos solidariamente en el transcurrir de la vida de cada paciente que nos obliga a pensar el problema de la obesidad desde distintas coordenadas psicológicas en el marco de un tratamiento transdisciplinario.

Consideramos necesaria la integración de teorías que permita abordar de forma más eficaz esta patología. Las técnicas cognitivas-conductuales permiten el trabajo sobre los problemas manifiestos del paciente en cuanto a la imposibilidad de cambiar los hábitos y los pensamientos que lo mantienen con sobrepeso. El marco teórico psicoanalítico nos

aporta una visión compleja de la operatoria psíquica-libidinal, evidenciando los determinantes psicológicos no concientes, que tienen que ver con el armado y sostenimiento de la constitución subjetiva que suelen obstaculizar el diseño y mantenimiento de la estructura cognitivo-conductual necesaria para mantener controlada la obesidad. También nos da algunas pistas para poder intervenir con aquellos pacientes cuya posición subjetiva no nos permite pensar la obesidad como síntoma, como retorno de lo reprimido, dadas las fallas de inscripción simbólica que han padecido. Esto nos habilita a la invención para poder operar allí donde la conducta alimentaria no remite a una pregunta por la causa sino a un automatismo mortífero donde el sujeto del inconciente queda fuera de juego. Nuestra apuesta de tratamiento integrativa y transdisciplinaria incluye este desafío así como otros derivados de la complejidad de estos pacientes

#### **Bibliografía:**

- Aguilera Sosa, Víctor Ricardo, Leija Alva, Gerardo, Rodríguez Choreño, Juan Daniel Jaqueline Iveth Trejo Martínez, Jaqueline, López de la Rosa, María Rosa. Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. Revista Colombiana de Psicología, 01/2009.
- Beck, Aaron, Rush, John, Shaw, Brian F. , Emery Gary (1979). Cognitive Therapy of Depression». Edición española: Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao,1992.
- Fernandez Alvarez, Héctor, Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1992.
- Fernandez Alvarez, Héctor, Integración y Salud Mental, Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao, 2008.

- Freud, Sigmund, El sepultamiento del complejo de Edipo; Tres ensayos para una teoría sexual; pulsiones y destinos. Obras completas, Amorrortu Editores, Bs.As., 1979.
- Freud, Sigmund, El Yo y el Ello (1923) en Obras completas, Vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1979.
- Lacan, Jacques, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario 11, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Ravinovich Diana S. Una clínica de la pulsión: las impulsiones. Editorial Manantial, 2009.
- Riso, Walter, Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Editorial Norma, Bogotá, 2006.