



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

## **OBESIDAD Y ADECUACIÓN EMOCIONAL**

Autores: Lic. Sandra Tamburini; Lic. Sol Genazzini; Lic. Paola Grufi; Lic. Romina Benvenuto; Lic. Cristian Ulvedal.

Lugar: T.I.N.O (Tratamiento Interdisciplinario en Nutrición y Obesidad); Mar del Plata; Argentina.

### **Introducción**

La obesidad como enfermedad crónica no se manifiesta como una patología puramente biológica, sino que se ve entremezclada con diferentes rasgos psicológicos que influyen en la conducta de los pacientes obesos. Hemos detectado como fenómeno que se repite, cierta desregulación emocional en un grupo importante de pacientes. La dificultad para reconocer las emociones propias y poder manifestarlas de manera adecuada, regulándolas, es un patrón clínicamente observable en dicho grupo.

Esta dificultad encontrada coincide con los resultados obtenidos en un estudio en el que se relacionó imagen corporal y obesidad cuyos resultados mostraron que un 44% de la muestra presentaba distorsión de la imagen corporal (Zukerfeld; 1979). Es de destacar que la definición usada en ese trabajo define a la Imagen Corporal en un triple registro: figura, contenido y significado, donde el registro “contenido” involucra el reconocimiento de interioridad, de las sensaciones interoceptivas y exteroceptivas y el de las necesidades corporales.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Se busca comprender la relación existente entre la obesidad y adecuación emocional (identificación, comprensión y regulación de las emociones) en pacientes obesos

Para el estudio se ha utilizado como apoyo una escala protocolizada (TMMS-24) que evalúa el nivel de adecuación en la atención, comprensión y manifestación de las emociones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar este estudio se utilizó la Escala de regulación emocional TMMS-24.

La técnica fue aplicada durante los meses mayo/junio/julio del año 2012 a pacientes con obesidad (IMC mayor a 30) que realizaron las entrevistas de admisión en la institución T.I.N.O., de la ciudad de Mar del Plata.

Fueron entregados por la Psicóloga/o y realizados en presencia de éstos.

La población fue de 65 pacientes, de ambos sexos. Las edades variaron entre 25 y 65 años.

## DESARROLLO

Desde el punto de vista psicológico el manejo emocional que realizan los pacientes obesos no presenta un fenómeno unitario. Esta imposibilidad de encontrar un único patrón psicológico en obesidad lo han demostrado diversos estudios como el publicado por Molinari, Morosin y Rivas(1995) quienes intentaron estudiar la relación entre Alexitimia, psicopatología y obesidad. Estos autores encontraron que en las personas obesas es posible identificar distintos fenómenos psicopatológicos y rasgos psicológicos. A similares conclusiones llegaron Raquel Zonis de Zukerfeld y Rubén Zukerfeld, (1998). Dentro de los propósitos de su estudio estaba conocer la presencia de atracones y alexitimia en la población femenina consultante y la relación entre alexitimia, atracones y sobrepeso en ésta última población. Los resultados obtenidos mostraron que entre las mujeres obesas con IMC < a 40, el 21% tenía atracones y el 29, 5% alexitimia, y entre las mujeres de IMC > a 40, estos valores eran de 44,3% y 48, 1% respectivamente. Entre las mujeres obesas con atracones (n=47) el 67% era alexitímica, mientras que entre las que no padecían esta alteración en la conducta alimentaria, el porcentaje de alexitimia descendía al 25%. No podemos dejar de mencionar también, el estudio reciente de H. Lunazzi y colaboradores (2012). Se realizó una investigación en relación a la adaptación y aplicación de la escala TAS- 20. Una de las muestras estaba compuesta por 82 pacientes con obesidad mórbida, evaluados en ocasión de la espera de una cirugía bariátrica. Los resultados obtenidos muestran un nivel de alexitimia por encima de la

población no obesa pero por debajo de los encontrados en pacientes influenciados por factores psicosomáticos que se asocian a obesidades no mórbidas.

Es notoria la aparente contradicción que arrojaron los resultados al comparar las variables claridad (41,54% poca comprensión) y reparación (81,53% entre adecuada y excelente reparación). Puesto que la variable claridad apunta a la comprensión del estado emocional y la variable reparación se refiere a la regulación de las emociones se esperaría que ambos puntajes se asemejen en el porcentaje, dado que los conceptos serían solidarios entre sí para un adecuado equilibrio emocional: ¿Cómo regular lo que no se comprende?

Intentando llevar estos resultados a la propia experiencia clínica y adecuándolo al marco teórico psicoanalítico, si partimos de la idea de que existen mecanismos inconscientes que actúan en la regulación emocional del paciente, podemos formular hipótesis respecto de las dificultades que la técnica puso de manifiesto respecto de la claridad en el reconocimiento de las emociones.

La alimentación es un hecho que va más allá de la necesidad nutricia del cuerpo. Está ligado al nacimiento mismo de las relaciones del sujeto con el Otro. Es el primer punto de relación con el Otro porque el bebé humano nace en un estado de prematuración carente de orientación instintiva. Este Otro significativo que ejerce la función materna, en el mismo acto de responder a las necesidades biológicas va inaugurando otro cuerpo diferente al orgánico, constituido por las zonas erógenas<sup>1</sup>. Recorrido que la madre marca sobre ese cuerpo ahora devenido en pulsional. Este mecanismo de libidinización, nos alejaría, junto con el lenguaje, del puro instinto animal, regido por las leyes de la naturaleza. Este Otro primordial deberá poder distinguir la demanda de amor de las necesidades básicas de alimento, abrigo, higiene. Esta distinción posibilitará que la madre pueda, además de dar el alimento, dar otro tipo de respuestas ante el llanto del infante, sosteniendo, mirando, interpretando y hablando con él. Esta posibilidad de respuesta va a ser solidaria del lugar que ocupe ese hijo para esa madre, si ha podido encarnar para ella un lugar cercano al de “su magestad”<sup>2</sup> freudiano o al de un objeto devaluado. Este proceso de

---

<sup>1</sup> Definida por Laplanche y Pontalis como “Toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual.” De un modo más específico “ciertas regiones que son funcionalmente el asiento de tal excitación: zona oral, zona anal, uretro-genital, pezón.”

<sup>2</sup> Este concepto freudiano, hace referencia a que todo bebé atravesará –inexorablemente- por un estado en el que será objeto de una especial investidura desde sus vínculos fundamentales con unas características muy determinadas, que junto a un ambiente facilitador del desarrollo le permitirán sentirse como “su magestad el bebé”. Un lugar que el propio Freud define como aquel en que “no debiera tener existencia la enfermedad, la muerte, la renuncia al goce ni la restricción de la voluntad y ante el cual las leyes de la naturaleza y

constitución subjetiva supone dos momentos estructurantes: el primero, llamado **alienación**, en el cual no habría diferencias para el bebé entre él y su madre; el segundo momento, necesario para la aparición de un sujeto con deseos propios, es el de **separación** en el que la simbiosis del niño y la madre se rompe a través de la función paterna que posibilitaría la diferenciación. Ambos momentos son necesarios para el armado de la constitución subjetiva

En la clínica con pacientes obesos se repiten algunos fenómenos que nos hacen suponer que este proceso ha tenido algunas fallas cuyas huellas pueden encontrarse en la vida adulta. Algunos de ellos son:

- A. Indiferenciación con respecto a los Otros significativos: Esta posición reiterada en muchos pacientes nos hace pensar en que hubo fallas en el proceso de alienación-separación que dificulta que se hagan cargo del tratamiento de su obesidad. Palabras de una paciente: *“Cada día que me levanto decidida a hacer el tratamiento mi mamá me dice que no me va a servir de nada y de la bronca que me da no lo hago”*
- B. Mecanismos de defensa que presentan fijeza constituyéndose en rasgos de carácter<sup>3</sup>. Algunos sujetos llegan a la consulta desde una posición, que no es la del síntoma que hace pregunta, Sólo aparece un malestar en relación a la conducta alimentaria o al sobrepeso. Malestar que el paciente demanda erradicar sin poder implicarse en él. Montando un personaje que puede ser el de buena madre, buena esposa, buen trabajador. “Formas de ser” que responden a un “deber ser”, contruidos a través de mandatos adquiridos en el vínculo con los Otros significativos de la infancia. Esto está vinculado también con la posición de alienación al Otro antes mencionada. También se puede relacionar esta forma de presentación con el concepto de sobreadaptación definido así por Liberman<sup>4</sup>. Ejemplificamos citando a una paciente: *“Llegan los sábados y me di cuenta que estoy muerta por todo lo que hice y como ya no tengo ganas de cocinarme me doy un permitido que luego no termina siendo uno”*

---

de la sociedad han de cesar”. Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu. 2007.

<sup>3</sup> En inglés es *character*, que además significa personaje.

<sup>4</sup> El paciente sobreadaptado se presenta desde el punto de vista formal como adecuados a la realidad exterior, que se han sobredesarrollado en aspectos relativos a la adaptación a la realidad externa a costa de su realidad interna.

A partir de estas manifestaciones clínicas hipotetizamos que en un gran porcentaje de pacientes con obesidad han vivido de manera deficiente este sostén emocional primordial influyendo en el armado del Narcisismo<sup>5</sup>.

Cuando los estímulos que parten del cuerpo no se integran en el procesamiento psíquico, éste adolece de un déficit cuyo resultado es la preminencia de la exterioridad sobre la interioridad.

Lo que es observado a través de que las señales provenientes del mundo emocional y del cuerpo son ignoradas debido a un aparato simbólico que se torna deficitario por las fallas en su constitución.

Sería interesante que en futuras investigaciones se pudiera estudiar estas relaciones discriminando las obesidades aparecidas en la infancia y adolescencia de las manifestadas en la adultez.

## **CONCLUSIONES**

Si bien no se pudo encontrar una relación directa entre obesidad y adecuación emocional, consideramos que este eje no debe descuidarse en el tratamiento interdisciplinario de la obesidad dado que casi la mitad de la muestra presenta poca comprensión.

Retomando los datos arrojados por el instrumento utilizado, podemos pensar la aparente contradicción en las variables claridad (41,54% poca comprensión) y reparación (81,53% entre adecuada y excelente reparación) como una respuesta coherente con la posición subjetiva mencionada en el desarrollo del trabajo en la que estos pacientes se muestran pendientes de adecuar sus emociones a las exigencias del mundo exterior regulando estos estados para adecuarse al Otro con el costo subjetivo de no poder alcanzar la comprensión de sus propias emociones. Esta posición es evidenciable también a través de los indicadores biológicos y psicológicos de estrés que se detectan en la clínica de estos pacientes que se someten a altos niveles de exigencia que sus ideales le exigen.

---

<sup>5</sup> *Narcisismo: El concepto de narcisismo tiene varios niveles de aprehensión. Uno de ellos es el amor que dirige el sujeto a si mismo o más exactamente a esa imagen de si mismo con la que se identifica. Esta imagen se construye, en parte, con los atributos valorizantes o injuriantes que los padres le han supuesto. A la vez representa una etapa del desarrollo subjetivo y un resultado de éste.*

La dificultad de nombrar y diferenciar sus emociones puede estar vinculada a una falla en el vínculo primario con el Otro primordial. Se podría pensar que éste no ha podido distinguir la necesidad de alimentarse del bebé de la demanda de amor. Creemos que esta confusión ha dejado marcas que han colaborado en la aparición de la respuesta automática de comer, en muchos pacientes obesos, ante cada estímulo interno o externo que no puede ser procesado por lo simbólico.

Estas hipótesis deberán ser contrastadas con nuevas investigaciones que apunten a los aspectos conscientes e inconscientes del paciente obeso, dado que su complejidad así lo amerita. Esta complejidad la podemos definir a través de una definición del Dr. Rubén Zukerfeld: *“La obesidad es un estado de equilibrio, (de acuerdo con las concepciones psicósomáticas de homeostasis) sabemos que- aunque patológico- el obeso se encuentra en un estado de equilibrio psicofisiológico e interpersonal que conscientemente quiere modificar pero al que inconscientemente se resiste.”*<sup>6</sup>

### **Bibliografía Consultada**

- Fernández Berrocal, P.; Alcaide, R.; Domínguez, E.; Fernández-McNally, C.; Ramos, N. S.; Ravira, M. (1998). “Adaptación al castellano de la Escala Rasgo de Metaconocimiento sobre Estados Emocionales (TMMS-24) de Salovey”: datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica ; 1:83–84.
- Freud, S. (1914). “Introducción del narcisismo”. En Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires, Ed. Amorrortu. 2007.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1981) “Diccionario de Psicoanálisis”. Buenos Aires, Ed. Labor.
- Liberman, D., Piccolo, G, Neborak, K, Pistiner, R., Roitman de Woscoboinik, P. (1982), “Del cuerpo al Símbolo” Sobreadaptación y enfermedad psicósomática”. Cap.1, 2,5 (2da.parte), Buenos Aires, Ed. Kargieman.

---

<sup>6</sup> Zukerfeld, “Psicoterapia en la obesidad”. Letra Viva, 2011.

- Lunazzi, H.; Tonin, S.; Falcón, L.; Quintero, E.; D'Alessio Vila, S., (2012). "Adaptación argentina de la escala TAS-20. Validez de su capacidad diagnóstica para evaluar la alexitimia y análisis de sus factores", Universidad Nacional de La Plata.
- Molinari, E.; Morosin, A.; Riva, G., (1995). "Alexitimia y psicopatología en una muestra clínica de sujetos obesos". Univ. Católica del Sagrado Corazón de Milán-dip. psicología, ITALIE; Revista Minerva psiquiatría ISSN 0391-1772, vol. 36, n º 3, pp 133-138 (37 ref.), Turin, Italie, Ed. Minerva Medica.
- Morosin, A., & Riva, G. (1997). "Alexithymia in a clinical sample of obese women". Psychological Reports, 80(2), 387-394.
- Quiroga, S.; Zonis, R.; Zukerfeld, R. (1998). "Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires". Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Nro. 2, p. 113-135.
- Rabinovich, D., (1989). "Una Clínica de la pulsión: Las Impulsiones", Buenos Aires, Ed. Manantial.
- Zonis, R.; Zukerfeld, R.; Quiroga, S. (1998). "Conducta alimentaria, peso corporal y psicopatología en jóvenes universitarias". Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol. 7 / N II, 159-166.
- Zukerfeld, R. (1979). "Psicoterapia de la Obesidad", Buenos Aires, Ed. Letra Viva.
- Zukerfeld, R. (2011). "Psicoterapia en la Obesidad", Buenos Aires, Ed. Letra Viva.