

Tratamiento psicológico de la obesidad en México: Distinciones entre el enfoque cognitivo-conductual y el psicoanalítico

María del Sol Guzmán²³, Ana Cecilia Cetina Sosa²⁴,
María de los Milagros Morales Vázquez²⁵

*Universidad Autónoma de Yucatán
Universidad Autónoma del Carmen*

Resumen

La proliferación de la obesidad se ha convertido en un tema apremiante para el sector salud en México, del cual la Psicología forma parte. Los profesionales en Psicología han realizado diferentes aportaciones para coadyuvar a la investigación y tratamiento de la obesidad, participando en el tratamiento integral de la obesidad de acuerdo con lo establecido en la NOM-008-SSA3-2017. Considerando que existen diferentes enfoques para comprender y abordar al ser humano desde la Psicología, en la literatura y en la práctica clínica es muy clara la predominancia del enfoque cognitivo conductual sobre cualquier otro, específicamente el psicoanálisis. En este artículo, a través de una revisión sistemática del tratamiento psicológico de la obesidad desde los enfoques cognitivo

²³ Becaria CONACYT, Maestría en Psicología Aplicada en Clínica Infantil, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, México. Correo electrónico: psi.mariadelsolguzman@gmail.com

²⁴ Profesora investigadora de tiempo completo, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, México. Correo electrónico: csosa@correo.uady.mx

²⁵ Profesora investigadora de tiempo completo, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Carmen, México. Correo electrónico: mmorales@pampano.unacar.mx

conductual y psicoanalítico, se plantean las premisas y objetivos de ambas en la práctica clínica, con la finalidad de realizar distinciones que apunten a comprender los alcances de cada una al abordar clínicamente la obesidad.

Palabras clave: tratamiento psicológico de la obesidad, obesidad en México, enfoque cognitivo-conductual, enfoque psicoanalítico, clínica de la obesidad.

Abstract

Obesity's spread has become a pressing issue for the Mexican Healthcare system, in which Psychology takes part. Different contributions have been made by psychology professionals in attend to the research and treatment of obesity, involving in the integral treatment of obesity in accordance with the provisions of NOM-008-SSA3-2017. There are different approaches to understand and approach the human being in Psychology but it is very clear how the cognitive-behavioral approach predominates in scientific literature and in clinical practice over any other approach, specifically the psychoanalytic. This article presents a systematic review of the psychological treatment of obesity from the cognitive-behavioral and psychoanalytic approaches, with the purpose of making distinctions that aim to understand the scope of each one in the clinical approach of obesity.

Keywords: Psychological treatment of obesity, obesity in México, cognitive-behavioral approach, psychoanalytic approach, clinical approach of obesity.

Introducción

La obesidad es una condición que ha estado presente durante gran parte de la historia de la

humanidad, tomando significaciones distintas de acuerdo al contexto socio-histórico-cultural (Córdova Fierro, 2015); sin embargo, es hasta un periodo muy reciente de nuestra historia es que

se le ha considerado como un importante problema de salud pública, tanto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó el término “globesidad” (OMS, 2008) para destacar el carácter global que la obesidad ha tomado en la actualidad.

En el contexto mundial, nacional, y regional; México es el país que tiene el 1^{er} lugar mundial en obesidad infantil y el 2° lugar a nivel mundial de obesidad en población adulta (UNICEF, 2018). En México tenemos un 35.6% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años y un 38.4% de población de 12 a 19 años con sobrepeso y obesidad (INEGI, 2018). Esta condición se convierte en alarmante, al tener en cuenta tanto las comorbilidades que conlleva como hipertensión, diabetes y dislipidemia, así como la fuerte carga financiera que genera para el sistema de salud pública (OCDE, 2019).

Al ser una problemática compleja en la que intervienen factores políticos, sociales, culturales, económicos, familiares y personales; sumando al hecho de la alta prevalencia de esta problemática en la población mexicana dado que la obesidad está inmersa en cada una de las esferas de vida

de los mexicanos (estén en condición de obesidad o no), en cada uno de los escenarios que rodean a los sujetos e impacta de muchas formas en la sociedad, en la población, y en el sujeto en condición de obesidad: a nivel salud pública porque la obesidad está asociada a muchas enfermedades crónicas no transmisibles y ocasiona un gran deterioro en la calidad de vida; a nivel de presupuesto nacional, pues se dispone una cantidad considerable para campañas preventivas pero también para tratar el amplio espectro de enfermedades con comorbilidad a la obesidad; y a nivel personal, pues el sujeto con obesidad sufre variadas consecuencias en su vida social y en su desarrollo psíquico por todo lo que implica para él crecer y vivir con esta condición (Guillén Riebeling, 2014) (OCDE, 2019).

Es imposible pensar en una única causa de la obesidad en nuestra población, pues existen muchos factores en nuestro contexto social actual que favorecen y mantienen el desarrollo de esta condición (Guillén Riebeling, 2014) (Guillén Riebeling, 2020). (Morales Salinas, 2018). A pesar de los esfuerzos que se han hecho desde algunos campos del saber, el tratamiento psicológico de la obesidad se sigue presentando como un área

emergente importante a atender (Diario Oficial de la Federación, 2018). Bajo la premisa de que la obesidad tiene relación con los procesos subjetivos de los sujetos que la padecen, la Psicología desempeña un papel importante en su constitución y por tanto, es fundamental que los psicólogos clínicos atiendan e investiguen la obesidad, pues hasta el momento las disciplinas llamadas a encargarse de esta problemática son mayoritariamente del área médica (medicina general, nutrición, salud deportiva) (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018). Desde el área psicológica aplicada, la aportación ha consistido en gran medida en ser un tratamiento de apoyo al tratamiento principal de pérdida de peso en la obesidad mórbida, por lo general, paralelo al tratamiento bariátrico o nutricional. Dentro de este apoyo prestado a otras disciplinas, se destaca que el principal enfoque de tratamiento psicológico que se realiza en el tratamiento de la obesidad es el cognitivo conductual (Morales Salinas, 2018).

El tratamiento de la obesidad

En México, se proponen diferentes instancias para el abordaje de la obesidad, tanto en el ámbito público como en el privado. A nivel legislativo, se

han propuesto diferentes modificaciones a la ley para fomentar medidas regulatorias que pretenden reducir la obesidad: etiquetado nutrimental, presentación de productos con alto contenido hipercalórico, aplicación de impuestos a productos como las bebidas azucaradas, restricción en la distribución de *comida chatarra* en las escuelas, e incluso la creación de una Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (NOM-008-SSA3-2017). (Guillén Riebeling, 2020). Dicha norma establece las directrices generales para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad de la obesidad en niños, adolescentes y adultos; y al ser elaborada por distintas instituciones regulatorias en materia de salud en nuestro país, como la Secretaría de Salud Pública, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre otras; proporciona lineamientos muy generales para el tratamiento integral de la obesidad, al que define de la siguiente manera:

Tratamiento integral: al conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, incluye el tratamiento médico, nutricio,

psicológico, de rehabilitación, de actividad física y, en su caso, quirúrgico orientado a lograr un cambio en el estilo de vida, disminuyendo los riesgos para la salud, las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente (Diario Oficial de la Federación, 2018).

Es importante señalar que, aunque la norma menciona las disciplinas médicas, nutriólogas, psicológicas, de la rehabilitación y de la activación física; solo regula la práctica médica, nutricional y psicológica. Por otra parte, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), la Secretaría de Salud expide Guías de Práctica Clínica (GPC), entre las cuales, se han dedicado algunas al diagnóstico y tratamiento de la obesidad. La última actualización de estas Guías de Práctica Clínica fue realizada en 2018; y son 3 GPC: *Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Exógena, Prevención y Diagnóstico de Sobrepeso y Obesidad en Niños y Adolescentes, y Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida en la Población Adolescente*. En estas guías, se propone que los profesionales usuarios de estas GPC pueden ser de las disciplinas de Medicina,

Rehabilitación, Nutrición, Psicología, Enfermería, y Trabajo Social. Entre las principales intervenciones para el tratamiento de la obesidad, se destacan:

1. Realizar programas de prevención de sobrepeso y obesidad.
2. Implementar estrategias educativas en pacientes con sobrepeso u obesidad para la disminución de factores de riesgo y desarrollo de comorbilidades en el primer nivel de atención.
3. Realizar en la evaluación inicial y categorizar el grado de adiposidad, sobrepeso y obesidad en el entorno clínico de la atención primaria.
4. Recomendar la opción más eficaz y con menores eventos adversos del tratamiento farmacológico de los pacientes con sobrepeso y obesidad.
5. Utilizar estrategias de tratamiento conductual para mejorar la adherencia a los programas de cambios en el estilo de vida en pacientes con sobrepeso y obesidad.

6. Promover programas de cambios en el estilo de vida que incluyan actividad física, educación nutricional y tratamiento cognitivo conductual.
7. Considerar la cirugía bariátrica en pacientes con DM tipo 2 y sobrepeso u obesidad que no han logrado bajar de peso con el tratamiento convencional con el objeto de disminuir los factores de riesgo cardiovascular y mejorar su control glucémico.
8. Evaluar de forma multidisciplinaria al adolescente con obesidad mórbida candidato a cirugía bariátrica.
9. Realizar el seguimiento multidisciplinario del paciente de cirugía bariátrica (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018) (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018) (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018).

Estas guías nos muestran de una manera general, la práctica clínica que se realiza desde distintas disciplinas de la salud para el abordaje de la

obesidad. Podemos apreciar cómo la práctica médica y nutricional son las más ampliamente utilizadas en el tratamiento de la obesidad, pero también podemos vislumbrar el papel de la Psicología en el tratamiento propuesto por la Secretaría de Salud.

El papel de la Psicología en el tratamiento de la obesidad

La Psicología se ha interesado por la obesidad, desde distintos enfoques, principalmente en la investigación de variables psicológicas que son comórbidas con ella (dependencia, depresión, autoestima, autopercepción y autoconcepto, imagen corporal, las familias de las personas con obesidad, factores que favorecen los trastornos alimentarios) (Guillén Riebeling, 2014); en la prevención y el tratamiento de esta. Al ser una condición compleja y multifactorial, que trae consigo sus propias particularidades de abordaje para el tratamiento y que también tendrá objetivos distintos de acuerdo con la orientación del tratante; resulta imprescindible conocer lo que la Psicología ha aportado, y los modos de trabajo de los profesionales que han decidido dedicar su práctica clínica al tratamiento de la obesidad.

Aunque distintos enfoques han contribuido al estudio de la obesidad, podemos afirmar que las principales escuelas teóricas que han aportado a su tratamiento y comprensión son la Cognitivo Conductual y el Psicoanálisis; siendo el enfoque Cognitivo Conductual el tratamiento privilegiado para servir de acompañamiento en el tratamiento integral de la obesidad, ha sido ampliamente utilizado en el ámbito de la psicoterapia al demostrar gran efectividad clínica en el manejo y reeducación de los pacientes con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (Baile Ayensa, González Calderón, Palomo, & Rabito Alcón, 2020) (Celis Ekstrand & Roca Villanueva, 2011) (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018) (Ministerio de Sanidad y Consumo de Cataluña, 2009) (Rutzstein, 2009) (Sabalete Moya, Molina Linde, Rosario Lozano, & Carlos Gil, 2017) (Subdirección General de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud, 2005) (Unikel Santocini & Caballero Romo, 2010).

Al tener como objetivo la reeducación cognitiva y conductual, y al mostrar resultados significativos con una rapidez mayor a la de otros enfoques psicoterapéuticos, pero también al hacer una excelente mancuerna con la mirada médica que

se tiene sobre los cuerpos de los clientes, generando encuentros y perspectivas muy similares a las que se tienen en la práctica médica y nutricional, es natural que esta escuela teórica sea la elegida para coadyuvar al objetivo de la pérdida y mantenimiento del peso saludable en pacientes con obesidad. Las diferentes Guías de Práctica Clínica revisadas dejan muy en claro el papel fundamental de la *modificación del comportamiento* y del trabajo para fomentar la adherencia terapéutica al tratamiento; que corresponden al rol del psicólogo o en su caso, psicólogos/*profesionistas de la conducta no médicos* (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018). Aunado a esto, es relevante destacar que, aunque el tratamiento psicológico es parte del tratamiento integral de la obesidad (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018) (Diario Oficial de la Federación, 2018), para el sistema nacional de salud siempre es complementario y subordinado a los tratamientos del médico y del nutriólogo.

La intervención cognitivo conductual

A continuación, abordaremos esquemáticamente las formas de intervención en el tratamiento psicológico de la obesidad en el enfoque cognitivo

conductual. Para ello, se ha elegido a un autor moderno que es emblemático para este propósito: José Ignacio Baile Ayensa. En una de sus producciones más recientes: *La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas*

(2020), este autor realiza el esfuerzo teórico de explicitar los componentes y diferentes momentos del tratamiento cognitivo conductual para tratar la obesidad:

Tabla 1. Componentes de un programa de intervención cognitivo-conductual de la obesidad

Componentes	
1	Promoción de la motivación para el cambio.
2	Psico-educación sobre las causas generales de la obesidad y la posible etiología del caso concreto, sobre alimentación saludable (qué comer, cuándo y cómo) y sobre actividad física
3	Propuesta de régimen alimentario especial y un plan de actividad física.
4	Intervención para incrementar el autocontrol
5	Intervención en las cadenas conductuales
6	Realización de autorregistros con intención terapéutica para modificar hábitos alimentarios y de actividad física
7	Empleo de técnicas generales de modificación de conducta para el incremento o reducción de conductas asociadas a los hábitos implicados
8	Modificación de estilos cognitivos asociados a los hábitos implicados
9	Promoción de las relaciones interpersonales: diseño de actividades gratificantes entrenamiento en asertividad o habilidades sociales
10	Prevención de recaídas

Fuente: Baile Ayensa, et al., 2020.

Se realiza una precisión importante respecto a la modalidad de tratamiento que será idóneo para el cliente, de acuerdo con sus características

específicas, ya sea individual o grupal. De acuerdo con Baile Ayensa, la intervención grupal paradigmática se dirige a personas con sobrepeso

u obesidad sin comorbilidades psicológicas importantes, a quienes se les haya recomendado una pérdida de peso menor de veinte kilos. El

programa de intervención en esta modalidad es más funcional cuando son grupos de 20 personas como máximo, y dirigida por dos terapeutas.

Tabla 2. Intervención en formato grupal de Vera (1998)

Sesión	Componentes
1	Desarrollo del conocimiento entre los participantes, promoción de la motivación y psicoeducación sobre la obesidad. En esta sesión comienza el empleo de los autorregistros
2	Evaluación de la motivación para perder peso. Se emplean autorregistros cognitivos y se valora la inclusión de un compañero
3	Continuación del análisis de la motivación y la evaluación de aspectos cognitivos. Se elabora un análisis funcional y se plantea llevar a cabo un contrato conductual
4	Promoción de la actividad física, trabajo cognitivo sobre pensamientos de autoimposición, control estimular y psicoeducación nutricional.
5	Continuación del control estimular y el trabajo cognitivo sobre las distorsiones cognitivas
6	Modificación de hábitos de alimentación y de actividad física, así como trabajo cognitivo sobre las distorsiones
7	Psicoeducación para modificar el estilo de alimentación y el tipo de vida sedentaria
8	Promoción del cambio de la forma de comer, de rápido a lento, y continuación del trabajo cognitivo sobre las distorsiones
9	Intervención sobre el estilo cognitivo caracterizado por el "tremendismo", aprendizaje de habilidades para comer fuera de casa y promoción del ejercicio físico
10	Análisis y modificación de cadenas conductuales
11	Prevención de recaídas, trabajando su afrontamiento
12	Prevención de recaídas, trabajando su afrontamiento y el aprendizaje de estrategias de finalización de la terapia

Nota: Elaboración propia con datos de Baile Ayensa, et al. , 2020.

En cuanto al tratamiento individual, generalmente consiste en 20 sesiones de frecuencia semanal, durante 6-7 meses, aproximadamente. Su enfoque es multidisciplinar, “entendiendo que el psicólogo debe trabajar en conjunto con, al menos, el médico general o especialista en endocrinología, así como con el nutricionista”

(Baile Ayensa, González Calderón, Palomo, & Rabito Alcón, 2020) pp.9. La intervención se divide en cuatro fases: 1) evaluación pre-tratamiento; 2) elaboración del análisis funcional y establecimiento de objetivos de terapia; 3) tratamiento; y 4) finalización y seguimiento. Los objetivos de cada sesión se exponen en la tabla 3

Tabla 3. Objetivos del programa de intervención individual cognitivo-conductual para la obesidad propuesto por Baile y González

Sesión	Objetivo
1	Concretar el motivo de consulta
2	Continuar la evaluación y descartar las alteraciones comórbidas
3	Explicar la primera propuesta de análisis funcional
4	Definir los objetivos, elegir las técnicas a emplear y promover la motivación para el cambio
5	Emplear psicoeducación y reestructuración cognitiva
6-7	Continuar la reestructuración cognitiva
8-11	Modificar hábitos alimentarios
12-14	Modificar hábitos vinculados a la actividad física
15	Promover el autocontrol
16	Romper cadenas conductuales
17-18	Promover habilidades sociales y actividades gratificantes
19	Educar en prevención de recaídas
20	Terminar la terapia

Fuente: Baile Ayensa, González Calderón, Palomo, & Rabito Alcón, 2020.

Por otra parte, otro eje importante del tratamiento en el cual el enfoque cognitivo conductual contribuye al tratamiento de la obesidad es como parte del tratamiento previo y post cirugía bariátrica, en el que se estima que el área psicológica es de gran importancia para el

éxito en la pérdida de peso, mantenimiento, y adquisición de hábitos saludables. Resumimos la participación del profesional de la psicología cognitiva conductual dentro del tratamiento por cirugía bariátrica en la tabla 4.

Tabla 4. Intervención psicológica en el marco del tratamiento quirúrgico de la obesidad

Etapa del proceso	Intervención
Evaluación inicial	<p>Los profesionales de salud que deben evaluar al adolescente con obesidad mórbida son: médicos endocrinólogos, gastroenterólogos, nutriólogos, cardiólogos, neumólogos y cirujanos pediatras con formación en cirugía bariátrica o cirujano bariátra de adultos con asesoría pediátrica, así como personal de salud mental. Durante la evaluación inicial se recomienda investigar sobre el núcleo familiar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La dinámica familiar 2. Existencia de redes de apoyo por parte de colaterales 3. Compromiso en modificación de patrones conductuales y convicción para sostenerlos como un nuevo estilo de vida 4. Posibilidad de boicot por el mantenimiento de conductas aprendidas 5. Antecedentes predictores de depresión grave
Evaluación preoperatoria	<p>Evaluar el estilo de vida del paciente y de la familia por medio de escalas de la calidad de vida, poniendo especial énfasis en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad de la alimentación 2. Vida sedentaria 3. Hábitos y costumbres <p>Determinar la capacidad intelectual (procesos cognitivos) por medio de la valoración del coeficiente intelectual, en el caso de sospecha de retraso mental superficial o leve.</p> <p>Investigar rasgos de personalidad que pudieran favorecer una falta de apego al tratamiento médico</p>

Evaluar los mecanismos psicológicos de adaptación y conocer las habilidades con las que cuenta el paciente para responder a situaciones de estrés o de cambio permanente a su entorno.

Evaluar la capacidad de compromiso, responsabilidad y adherencia a los tratamientos, por ejemplo, compromiso en modificación de patrones conductuales y convicción para sostenerlos como un nuevo estilo de vida, en el caso del adolescente, así como del establecimiento de las recomendaciones de una o más modificaciones de conducta.

Conocer las expectativas (fantasías) del procedimiento quirúrgico. Además, eliminar las fantasías negativas que el paciente pudiera esperar del resultado de la cirugía.

Por ejemplo: la ingesta de toda clase de alimentos en la cantidad que él desee
Investigar el uso o dependencia de drogas, así como la presencia de anorexia y bulimia para proporcionar el apoyo adecuado.

Conocer los antecedentes de episodios psicóticos, o la existencia en la actualidad de este.

Requisitos
preoperatorios

Obtener consentimiento bajo información por parte del padre o tutor en conjunto con el paciente con el fin de formalizar su compromiso en el tratamiento y condicionamiento adaptativo.

Seguimiento post-
quirúrgico

Seguimiento a mediano y largo plazo por todo el equipo interdisciplinario que participó en la decisión terapéutica

Se recomienda que el adolescente posterior al evento quirúrgico continúe con apoyo por parte de psicología y de un grupo de apoyo, para reforzar los cambios de conducta en torno a su alimentación y el medio ambiente.

Establecer reforzadores psicológicos positivos de en el nuevo estilo de vida del paciente. Se recomienda utilizar el modelo cognitivo conductual para incrementar la percepción de autoeficacia (expectativa de que los propios esfuerzos tendrán éxito).

Nota: Elaboración propia con datos del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018.

Lo anterior nos permite concluir que el modelo de intervención cognitivo conductual sobre la obesidad es un modelo que se desprende de la lógica médica, subordinado a él, y basado en la psicoeducación, modificación conductual, y

reestructuración cognitiva: un tratamiento basado en la voluntad y el autocontrol, protocolario, estructurado, medible y cuantificable en función del éxito terapéutico.

Como última consideración dentro de la intervención en este modelo, el elemento de la adherencia terapéutica es sumamente importante, pues se reportan bajas tasas de adherencia a los tratamientos de la obesidad y la inclusión de los profesionales de la Psicología dentro del tratamiento de la obesidad tiene prioritariamente la función de aumentar la adherencia al tratamiento (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018) (Diario Oficial de la Federación, 2018) (Morales Salinas, 2018). Sin embargo, aún con la inclusión de las intervenciones psicológicas de corte cognitivo conductual, se reportan tasas bajas de adherencia al tratamiento y se ha descubierto que los pacientes obesos tienden a reincidir después de cierto tiempo de la conclusión efectiva del tratamiento (Baile Ayensa, González Calderón, Palomo, & Rabito Alcón, 2020). Esto da pie a pensar que tal vez sería necesario dar paso a una práctica que trabaje con el deseo, más que con la voluntad y el autocontrol.

El tratamiento psicoanalítico de la obesidad

Para este desarrollo hemos elegido presentar la teorización que el psicoanalista Doménico

Cosenza realiza a partir de su práctica clínica psicoanalítica con la anorexia, bulimia y obesidad; categorías diagnósticas que trabaja a partir de la orientación lacaniana.

En esta propuesta de tratamiento, hemos de tener en consideración ciertas premisas psicoanalíticas básicas: en esta práctica de la palabra, el practicante ha de ceñirse a los principios rectores del acto analítico que dirigen nuestra intervención desde la orientación lacaniana, con ética y rigor. Para poder comenzar a situar el síntoma alimentario que la obesidad constituye, Cosenza (2014) contextualiza a la obesidad, bulimia y anorexia como síntomas contemporáneos que difieren de las concepciones sintomáticas clásicas; pues los modos de hacer síntoma en la actualidad responden en gran medida a las coordenadas epocales en las que los sujetos están inmersos. A continuación, se presenta un esquema de las precisiones planteadas por Cosenza en su seminario *Introducción a la clínica psicoanalítica de la anorexia, bulimia y obesidad*:

Tabla 5. Precisiones y diferenciación del síntoma psicoanalítico clásico y el síntoma psicoanalítico contemporáneo

El síntoma psicoanalítico en el sentido freudiano o síntoma clásico	Síntomas contemporáneos
<p>Es algo que produce en el sujeto un efecto de división: algo que él mismo produce sin querer y que escapa de su control.</p>	<p>En muchos casos, y durante mucho tiempo, estos síntomas no producen un efecto de división. Por lo contrario, prevalece, sobre todo en la anorexia, la sensación de una plenitud y de un control del propio ser, más fuerte cuanto más radical es el síntoma.</p>
<p>Es algo que produce un efecto de sufrimiento y que funciona como algo que obstaculiza al sujeto en sus tareas (aunque sabemos que esto está relacionado con un goce fantasmático).</p>	<p>El efecto del síntoma no es en muchos casos de sufrimiento, sino de euforia (sobre todo en la anorexia).</p>
<p>Es algo que contiene en su interior un enigma para el sujeto sobre el porqué le pasa esto que el síntoma encarna.</p>	<p>El síntoma no produce en sí mismo ningún efecto enigmático en el sujeto porque está como desconectado del inconsciente. Así, sus manifestaciones las percibe como acontecimientos de la naturaleza, como algo que viene del exterior, y respecto de lo que él no tiene ninguna implicación, ninguna responsabilidad. Es este el rasgo de denegación y de rechazo del inconsciente que está muy presente en estos síntomas.</p>
<p>Como tal, el síntoma presenta siempre un rasgo de mensaje, y activa en el sujeto una demanda alrededor de su raíz enigmática: ¿qué quiere decir lo que me está pasando?</p>	<p>En ausencia de efecto enigmático, falta (o es muy débil) en el sujeto la dimensión metafórica del mensaje propia del síntoma freudiano: es decir que se presentan como síntomas sin mensaje. También es carente la exigencia de articulación de una demanda hacia el Otro sobre el enigma contenido en el corazón de este síntoma-mensaje.</p>
<p>Esta demanda enigmática está en el corazón de la transferencia simbólica que hace existir el inconsciente para el sujeto y</p>	<p>Dificultad extrema en la articulación de una transferencia simbólica en el marco de la relación analítica con un paciente anoréxico, bulímico u</p>

que permite la articulación de una demanda de tratamiento analítico.

obeso. Cuando hay transferencia, esta se inclina tendencialmente hacia la transferencia imaginaria y la espectacularidad. Hay en esta clínica una tendencia a la reducción imaginaria de la transferencia.

Nota: Elaboración propia con datos de Cosenza, 2014.

Dentro del dispositivo psicoanalítico, lo esencial en el diagnóstico es hacer aparecer cuál es la función de este síntoma, en este caso alimentario, para el sujeto. Desde la perspectiva del psicoanálisis, plantearse la cuestión acerca de cuál es la función de esta obesidad para este sujeto es la condición preliminar de un diagnóstico diferencial. Cosenza propone que el diagnóstico analítico empieza donde el diagnóstico descriptivo²⁶. Lo que implica un desplazamiento del trastorno a la estructura singular del sujeto. Mientras que el trastorno se muestra de manera evidente en el fenómeno y puede ser descrito, la estructura casi nunca se muestra así, sino que tiene que deducirse o construirse lógicamente. En el tratamiento de estos síntomas alimentarios contemporáneos, el síntoma cubre en la mayoría de los casos la estructura y es raro estar frente a psicosis desencadenadas que aparezcan con claridad diagnóstica. Para llegar al diagnóstico estructural tenemos que ubicar la relación con la

comida en el sujeto obeso, en el marco de su relación con el campo del Otro y con la modalidad de goce del sujeto (Cosenza, 2014).

En sintonía con el planteamiento de Cosenza, lo que se presenta como más difícil en el tratamiento psicoanalítico de orientación lacaniana es el diagnóstico estructural. En el campo de los trastornos alimentarios, este diagnóstico estructural se presenta en la mayoría de los casos como problemático por una razón muy precisa: el síntoma alimentario oculta la estructura del sujeto. Esto quiere decir que, con pacientes anoréxicas, bulímicas y obesas, tanto la división subjetiva en el neurótico como la fragmentación estructural en el psicótico, no se muestran claramente por lo menos durante mucho tiempo. De hecho, son raras en este campo las psicosis desencadenadas, y prevalecen mucho más los síntomas negativos de la psicosis que los síntomas positivos (alucinaciones,

²⁶ Nosológico o psiquiátrico.

delirios). Y teniendo presente que el diagnóstico estructural en psicoanálisis solo puede formularse en el marco de la transferencia del paciente, la dificultad diagnóstica de esta clínica se manifiesta en la debilidad extrema de una demanda de tratamiento y en los *impasses* en la activación de una transferencia. Es raro que el sujeto (sobre todo en la anorexia y la obesidad) llegue a la consulta con una demanda suya, y es aún más raro que pueda ser una demanda analítica. Entonces el gran problema que se encuentra al comienzo del tratamiento psicoanalítico es cómo permitirle al sujeto llegar a la producción de una demanda subjetiva de cura. Conseguir esto es, por sí mismo, un resultado importante con estos pacientes, y es la condición para el comienzo de un trabajo analítico en un sentido más estrecho. Esto implica que el paciente llegue a demandar un cambio de su condición, haciendo de sus síntomas algo enigmático para él mismo. Pero este nivel de formulación de la demanda es algo que no llegamos a conseguir de una manera sencilla y en algunos casos no hay manera de hacerlo porque hay un rechazo radical del inconsciente que no lo permite (Cosenza, 2014).

Para Cosenza, la función esencial del psicoanálisis en la clínica de la obesidad consiste ante todo en poner de relieve la función singular del sujeto en una clínica que parece borrarla completamente: este pasaje es preliminar a cualquier tratamiento posible de la obesidad en psicoanálisis (Cosenza, 2014). A manera de conclusión, es importante añadir que en el enfoque psicoanalítico es posible trabajar de forma individual con el paciente (en algunos casos será importante trabajar también con la familia del paciente) y en diferentes modalidades grupales; pero siempre en función del caso por caso.

Conclusiones

A través de este recorrido, hemos abordado diferentes dimensiones importantes a considerar para el tratamiento psicológico de la obesidad, destacando las premisas fundamentales y elementos teóricos principales de los enfoques cognitivo conductual y psicoanalítico: el primero, oficialmente instituido en México y en otras partes del mundo como el principal y más efectivo enfoque para el tratamiento integral de la obesidad; el segundo, una propuesta que no es del todo nueva y que tiene mucho que aportar en

su diferencia, que ha sido eclipsada por el discurso médico predominante en el tratamiento. En este texto se ha mostrado que ambos enfoques tienen objetivos y metodologías distintas, a partir de las cuales se podría hacer una elección fundamentada que sea congruente con la dirección que el clínico desea tomar para sus intervenciones y tratamiento; pero también se ha hecho hincapié en que las disciplinas llamadas a atender la obesidad privilegian el uso del enfoque cognitivo conductual al tener una mirada similar sobre el cuerpo y la salud, que no necesariamente es la que traerá mayor bienestar psíquico al sujeto en condición de obesidad, algo que el enfoque psicoanalítico trabaja de manera distinta y que, podría ser, una elección que tenga otros efectos en la forma de abordar el síntoma.

Referencias

- Baile Ayensa, J. I., González Calderón, M. J., Palomo, R., & Rabito Alcón, M. F. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 11(1), 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Celis Ekstrand, A., & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria Según la Visión Transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21-33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2018). *Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. México: Secretaría de Salud Pública. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-046-18/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2018). *Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica*. México: Secretaría de Salud Pública. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-025-08/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2018). *Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad Mórbida en la Población Adolescente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. México: Secretaría de Salud Pública. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

- Córdova Fierro, A. (2015). Situación actual de la obesidad. *Seminario impartido en la Universidad Iberoamericana Puebla*. Puebla, Puebla, México.
- Cosenza, D. (2014). Introducción a la clínica psicoanalítica de la anorexia, bulimia y obesidad. En N. M. Lacaniana, *Logos 8* (págs. 9-91). Argentina: Grama Ediciones.
- Diario Oficial de la Federación. (18 de mayo de 2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018
- Guillén Riebeling, R. S. (2014). *Psicología de la obesidad. Esferas de vida. Multidisciplina y complejidad*. México: Manual Moderno.
- Guillén Riebeling, R. S. (2020). Estrategias de afrontamiento en salud pública sobre el sobrepeso y la obesidad. . 10 (38), 24-29. *Psic-Obesidad. Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual, 10(38)*, 24-29.
- INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. INEGI: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo de Cataluña. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta alimentaria*. España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Morales Salinas, M. (2018). El papel del psicólogo en el tratamiento de la obesidad. *Psic-Obesidad Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual, 8(32)*, 4-6. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Porta/2015/publicaciones/boletines/psicobesidad/Psic-obesidad_8-32.pdf
- OCDE. (2019). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. Francia: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.
- OMS. (2008). *Controlling the global obesity epidemic*. World Health Organization: <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic#>
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y Terapia Cognitivo-Conductual de los Trastornos Alimentarios. *Diagnosis, 6*, 11-26.

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/RUTSZTEIN.%20Teoria%20y%20terapia%20cognitivo-conductual%20de%20los%20trastornos%20alimentarios.%20.pdf>

Sabaleta Moya, T., Molina Linde, J., Rosario Lozano, M. P., & Carlos Gil, A. M. (2017). *Guías de Práctica Clínica Sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Subdirección General de Salud Mental, Servicio Murciano de Salud;. (2005). *Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria*. España: INTEGRAF MAGENTA S.L.

UNICEF. (2018). *Derechos de la infancia y la adolescencia en México*. México: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Unikel Santocini, C., & Caballero Romo, A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.