

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

*Intervención emocional y afectiva  
en pacientes que se autodefinen como obesos.*

Profesor Guía: Susana Aronsohn.

Profesor Informante: Cecilia Castro.

Metodólogo: Elías Padilla.

Alumnos: Sandra Peralta Alderete.  
Ricardo Gómez Monroy.  
José Chávez Opazo.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología.  
Tesis para optar al Título de Psicólogo.

Santiago, Agosto de 2005



*Intervención emocional y afectiva  
en pacientes que se autodefinen como obesos*



*Agradecemos a las pacientes que participaron en esta investigación, gracias por su disposición y generosidad, por confiarnos sus historias personales, sus alegrías y dolores.*

*Gracias a quienes posibilitaron los espacios físicos para realizar el trabajo clínico con nuestras pacientes.*

*A los profesores que con sus correcciones y apoyo aportaron a la realización de esta tesis. Especialmente a Susana.*

*Agradecemos también a Luis Figueroa por su aporte técnico en la construcción de los gráficos.*

*A mis hijos compañeros incondicionales de este proyecto por tantas veces postergado.*

*Javiera hija, por tu paciencia y comprensión,  
Camilo, hijo por tu sonrisa de sol.*

*Hemos renunciado a nuestro ego,,  
renacemos como un nuevo ser.*

*Sandra.*

*... llegar exitosamente a esta meta ha sido posible  
porque hace mucho tiempo me fueron tendidas muchas manos generosas  
que me empujaron y sostuvieron.*

*... para todos, pero muy particularmente a mis padres y a mi hermana  
María Cecilia quisiera agradecerles por la incondicionalidad a toda prueba.*

*... a Tatiana esposa y compañera y a Tatiana hija, mis amores entrañables,  
y responsables de la locura de esto que hoy concluimos en conjunto,  
todo mi amor por la entrega generosa y la paciente espera.*

*Ricardo*

*A Soledad mi esposa, por su amor y apoyo incondicional  
en este proyecto común.*

*A mis hijas que han sido un incentivo y han premiado mis ausencias  
con su inocente amor y ternura.*

*A mi madre que sacrificadamente nos ha facilitado la vida  
cuidando cariñosamente a sus nietas.*

*Pepe*

*Bueno*

## RESUMEN

*Durante los últimos años el problema de la obesidad se ha incrementado notablemente en la población mundial, dejando de ser un tema relacionado sólo con la belleza o la estética y suele ser calificada como la epidemia del siglo XXI.*

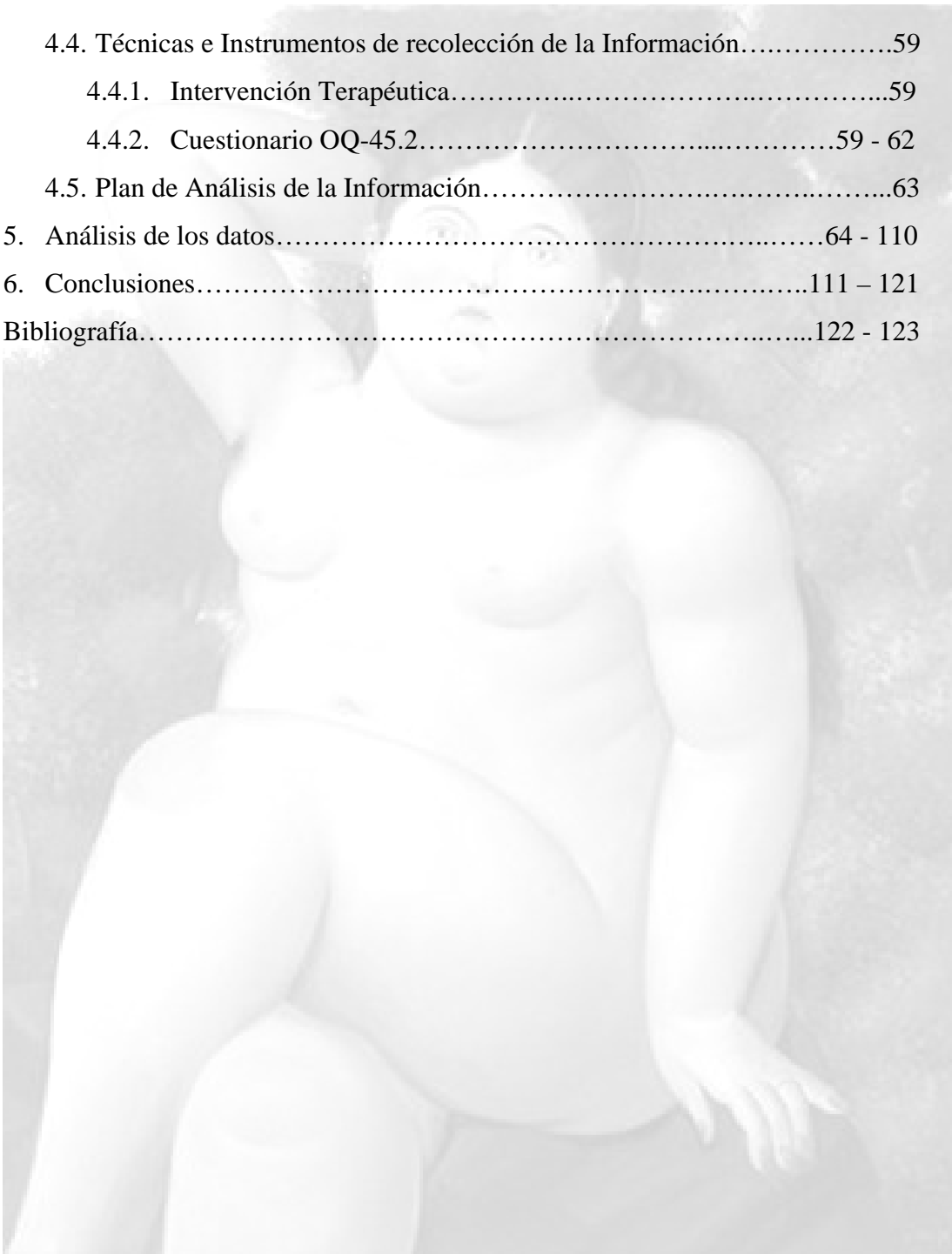
*El aporte que pretendemos hacer estará centrado en los temas ligados a la identidad de quienes se autodefinen como obesos, apuntando a los cambios psicológicos a través del apoyo emocional y afectivo, en el contexto de una relación terapéutica basados en las orientaciones de la clínica postracionalista; proponiendo un camino terapéutico que contribuya a enfrentar y resolver dicha problemática.*

*Nos parece fundamental señalar al inicio de esta investigación, que no veremos el problema de la Obesidad como una enfermedad. Por lo tanto, los esfuerzos terapéuticos no estarán centrados en que los pacientes bajen de peso o integren en sus hábitos nuevas conductas alimentarias.*

## INDICE

1. Introducción.....	1 - 2
1.1. Antecedentes y Planteamiento del problema.....	3 - 5
1.2. Formulación del Problema.....	6 - 7
1.3. Pregunta de Investigación.....	7
1.4. Aportes y Relevancia de la investigación.....	8 - 10
2. Objetivos.....	11
2.1. Objetivo General.....	11
2.2. Objetivos Específicos.....	11
3. Marco Teórico.....	12
3.1. La Obesidad, epidemia del siglo XXI.....	12 - 14
3.2. Antecedentes Generales del Problema.....	15
3.2.1. Situación Mundial.....	15
3.2.2. Situación en Chile.....	16 - 17
3.2.3. Obesidad y Psicología.....	18 - 22
3.2.4. La Opción Postracionalista.....	23 - 29
3.2.5. La Psicopatología explicada desde la Autoconciencia.....	30 - 32
3.2.6. Organizaciones de Significado Personal.....	33 - 35
3.2.7. Organización de Significado Personal DAP.....	36 - 42
3.2.8. La Obesidad desde la óptica postracionalista.....	43 - 46
3.2.9. Método Terapéutico.....	47 - 50
3.2.10. La Metodología Autoobservacional.....	51 - 52
4. Marco Metodológico.....	53
4.1. Enfoque Metodológico.....	53 - 54
4.2. Tipo de Investigación.....	55 - 57
4.3. Delimitación del campo a estudiar.....	58
4.3.1. Universo.....	58
4.3.2. Muestra.....	58

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de la Información.....	59
4.4.1. Intervención Terapéutica.....	59
4.4.2. Cuestionario OQ-45.2.....	59 - 62
4.5. Plan de Análisis de la Información.....	63
5. Análisis de los datos.....	64 - 110
6. Conclusiones.....	111 - 121
Bibliografía.....	122 - 123



## **1. INTRODUCCIÓN.**

Durante los últimos años el problema de la obesidad se ha incrementado notablemente en la población mundial, dejando de ser un tema relacionado sólo con la belleza o la estética y hay quienes la califican como la epidemia del siglo XXI.

La obesidad es un exceso de grasa corporal acumulada en el tejido adiposo que va acompañada por un incremento del peso del cuerpo.

Hace muchos años la obesidad fue la mejor forma que tenía el ser humano de acumular reservas energéticas para épocas de escasez de alimentos. Nadie se preocupaba entonces del exceso de grasa en el cuerpo. Hoy, se sabe que la obesidad puede dañar la salud y afectar la vida personal, familiar, sexual, laboral y social de quien la sufre.

En la actualidad, existe una gran presión en la sociedad respecto al culto al cuerpo. Una consecuencia directa de esta presión es la apariencia, y muchas personas tratan de seguir el modelo estético de la delgadez. Este hecho se refleja en el gran número de publicaciones existentes sobre nutrición, la proliferación de los gimnasios, distintos tipos de dietas, los alimentos light y un determinado tipo de moda.

En el ámbito de los profesionales de la salud se está extendiendo la preocupación relacionada con las posibles consecuencias sobre la vida y el bienestar psicosocial de las personas con sobrepeso y obesidad.

Nos parece fundamental señalar al inicio de esta investigación, que no veremos el problema de la Obesidad como una enfermedad. Por lo tanto, los esfuerzos terapéuticos no estarán centrados en que los pacientes bajen de peso o integren en sus hábitos nuevas conductas alimentarias.



El aporte que pretendemos hacer estará centrado en los temas ligados a la identidad de quienes se autodefinen como obesos, apuntando a los cambios psicológicos a través del apoyo emocional y afectivo, en el contexto de una relación terapéutica basados en las orientaciones de la clínica postracionalista; proponiendo un camino terapéutico que contribuya a enfrentar y resolver dicha problemática.

## 1.1. Antecedentes y Planteamiento del Problema

“La obesidad se define como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Es el producto de un balance calórico positivo, ya sea por medio de un elevado aporte energético o por una reducción del gasto de energía. Varias líneas de investigación han descartado a la sobrealimentación como un hecho constante en los obesos, considerando a la obesidad como una entidad heterogénea, compleja y multifactorial.”<sup>1</sup>

“Los estudios epidemiológicos que se han realizado demuestran que, en poblaciones latinoamericanas el 45% de los hombres y el 38% de las mujeres presentan algún tipo de sobrepeso u obesidad.”<sup>2</sup>

“En Chile, la obesidad afecta a sujetos de todas las edades y sexos con una prevalencia elevada, estimada en adultos de un 13% para hombres y 22.7% para mujeres. Su frecuencia aumenta con la edad hasta alrededor de los 60 años en ambos sexos, especialmente en mujeres de estrato socioeconómico bajo.”<sup>3</sup>

Este trastorno de carácter multifactorial, repercute en dolencias crónicas tales como la diabetes tipo dos, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial y diversos tipos de cáncer.

Todo indica que la tendencia al aumento será lo que marcará el curso que seguirá esta problemática en el futuro, ya que el ritmo de vida actual tampoco proporciona el tiempo necesario para una alimentación equilibrada y natural lo que

---

1 <http://www.inta.cl/noticias/comunicadoObesidad.asp> ;11 Ago 2004.

2 Idem.

3 Moreno M. Boletín Escuela de Medicina, PUC. Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. (1997). Vol. 6. N°1.

va acompañado de la posibilidad que ofrece el mundo moderno de tener en cada esquina un lugar de comida rápida.

“La mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial. Se reconocen factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales. Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación constituye la principal causa. Sólo un pequeño porcentaje (2 a 3 %) de los obesos tendría como causa alguna patología de origen endocrinológico.”<sup>4</sup>

Por otro lado, estados tales como ansiedad, aburrimiento, enojo, pena, soledad, alegría etc. se asocian a períodos de mayor consumo de alimentos.

“El trastorno de la obesidad, también ha afectado de manera importante a los niños, ya que en estudios realizados en algunos países desarrollados de Europa y en EEUU, el número de obesos se ha multiplicado (5,1% en niños y 4,4% en niñas) debido principalmente a un cambio de hábitos alimenticios sobre todo en el consumo de grasas y una notable disminución en la actividad física.”<sup>5</sup>

Cabe señalar que los costos económicos que se derivan de este trastorno, alcanzan cifras voluminosas provocando un gran impacto en los presupuestos de salud pública y de los particulares afectados.

La experiencia hasta ahora desarrollada nos muestra un abordaje interdisciplinario, en el cual participan: médicos, nutricionistas, profesores de educación física, psicólogos, psiquiatras, entre otros.

---

4 Moreno M. Boletín Escuela de Medicina, PUC. Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. (1997). Vol. 6. N°1.

5 <http://www.inta.cl/noticias/comunicadoObesidad.asp> ;11 Ago 2004.

Sin embargo, basándonos en la teoría postracionalista, es posible considerar la obesidad como un trastorno en que el síntoma alimenticio es leído como una estrategia coherente que el paciente adopta para dar sentido y consistencia a la propia identidad; es decir, es el modo por medio del cual el paciente configura su propia identidad, y será esto, lo que nos lleve a privilegiar la centralidad de los temas ligados a la identidad personal.

“Siendo así, la atención no atañerá a un cuerpo enfermo que necesita de ser sanado, sino que la intervención terapéutica apuntará a los aspectos emocionales que están a la base.”<sup>6</sup>

El modo específico de organizar las experiencias emotivas, es lo que se define como una *Organización de Significado Personal* (OSP). De este modo “una OSP es una llave explicativa de cómo es procesada la experiencia, de cómo son los procesos de conocimiento en el ser humano, y de ninguna manera una nueva nosología que solamente ponga nuevas etiquetas a viejos fenómenos.”<sup>7</sup>

“La OSP se la entiende como un sistema de ordenamiento de la experiencia inmediata en un proceso que permite ordenar, agrupar y combinar las diferentes tonalidades emotivas básicas que se entrelazan con el sistema explicativo, haciendo consistente esta experiencia con una imagen explícita positiva de sí mismo, de modo de dar coherencia al sistema total y permitir su viabilidad.”<sup>8</sup>

---

6 De Marchis M. La psicoterapia de los trastornos alimenticios psicógenos. En una óptica postracionalista. (2001). Roma. (<http://www.IPRA.cl>)

7 Zagmutt, A. Los Trastornos de la alimentación; un enfoque constructivista postracionalista. Revista Castalia. (2000). N°1. año 2. Eds. Academia. (pág. 25).

8 Idem.

## **1.2. Formulación del Problema.**

En la realidad actual nos encontramos con la situación que un alto porcentaje de la población en Chile, independientemente del sexo, condición socio económica, edad, nivel de educación y/o actividad laboral, presentan obesidad.

Detrás de esta problemática, podemos encontrar distintos tipos de búsquedas que intentan abordar este problema y encontrarle solución: iniciativas médicas, administración y consumo de fármacos, realización de dietas alimenticias, prácticas de ejercicios físicos, son algunas de las expresiones que dan cuenta de dichos esfuerzos.

En esta investigación trabajaremos con pacientes que se autodefinen como obesos. Basándonos en el modelo postracionalista, que ve a la base del problema de la obesidad no un simple trastorno en la conducta alimentaría, sino problemas de orden emocional, estrechamente ligados a la configuración del sentido del sí mismo, es decir, al modo en que los pacientes que se autodefinen como obesos han construido su propia identidad, dependientes del juicio externo, de complacer las expectativas que los demás tienen de ellos, con un gran temor a la no aceptación por parte de los otros.

Por lo tanto, dejaremos de lado la concepción de la obesidad como una enfermedad; abocándonos en estas doce intervenciones terapéuticas a que los pacientes puedan plantearse en términos emocionales los problemas que atribuyen a causas externas, en otras palabras que puedan descubrir la estrecha relación de sus trastornos alimentarios con sus problemas emocionales.

No nos preocuparemos de registrar ni peso ni talla de los pacientes, ni conocer el tipo de alimentación que tienen, la cantidad de kilos que puedan bajar ni tampoco les serán entregadas indicaciones que restrinjan sus hábitos alimenticios.

Todo lo anterior porque la concepción de la obesidad a la que apunta esta tesis dice relación no con una enfermedad, sino con una manera de ser en el mundo, de personas que se resignan pasivamente a su situación presente, que viven preocupadas del qué dirán, del juicio que los demás hacen de ellas, de cómo las califican, de personas con una fuerte sensación de vacío y de ambigüedad respecto de sí mismas; pacientes que llegan a circunscribir todos sus problemas en una expresión corporalizada como es el sentirse gorda.

### **1.3. Pregunta de Investigación.**

*¿Qué cambios se pueden lograr en los pacientes que se autodefinen como obesos, luego de una intervención terapéutica de apoyo emocional y afectivo desde la clínica postracionalista?*

#### **1.4. Aportes y Relevancia de la investigación.**

Los antecedentes a los que hemos hecho referencia, indican que la obesidad es un problema que en la actualidad afecta a un alto porcentaje de la población en Chile, que cruza transversalmente a la sociedad, es decir, que los sujetos afectados se ubican en diferentes estratos socioeconómicos, categorías de sexo, nivel de escolaridad, ocupación, lugares de residencia, etc.

Dicha problemática presenta una historia en cuanto al abordaje y su tratamiento; podemos señalar que las referencias bibliográficas presentan una visión que tiene como eje principal el concebir la obesidad como una enfermedad. Concordante con lo anterior en el ámbito de tratamiento los esfuerzos realizados tienen un marcado componente biomédico, desplegados tanto al nivel de políticas de salud públicas como también iniciativas privadas.

Existen diferentes referencias que indican que el problema de la obesidad se interrelaciona, puede ser factor causal, y/o efecto de otras múltiples patologías, con lo cual se puede comprender la inquietud que existe en la sociedad cuando además se señala que desde el punto de vista estadístico existe una tendencia al aumento del número de sujetos afectados.

Desde el punto de vista cultural, sociológico, político, comunicacional se suele caracterizar a este problema como una epidemia propia del siglo XXI, relacionándola con cambios culturales, patrones de alimentación, usos del tiempo libre, etc.

De igual manera, podemos señalar que el problema de la obesidad ha sido preocupación para distintas disciplinas y profesionales, que han realizado intervenciones respaldados en diferentes marcos teóricos, y que se han traducido

también en experiencias multidisciplinarias, lo que nos indica que no es un campo de estudio exclusivo o restringido a una sola mirada.

Sin embargo, pensamos que es posible agregar un esfuerzo particular desde la psicología y más específicamente desde la clínica postracionalista.

Nos parece que un aporte que podemos hacer al tema planteado desde esta mirada clínica, dice relación con que los pacientes que se autodefinen como obesos puedan alcanzar un sentido de sí mismo más definido, es decir, de cómo configuran su propia identidad, ya que se trata de pacientes con una sensación vaga de sí mismo, dependientes del qué dirán, del juicio que los otros hacen de ellos y una fuerte necesidad de aprobación.

La idea es que a través de la intervención terapéutica, los pacientes que se autodefinen como obesos logren relativizar, es decir, poner entre paréntesis la opinión y juicio de los otros, del que anteriormente dependían casi de manera exclusiva, otorgando mayor validez a su propio juicio, desprendiéndose entonces de la reiterada necesidad de confirmación por parte de los demás, obteniendo un sentido más estable y aceptable de sí sobre la base de una mayor conciencia y conocimiento de las emociones que están a la base de sus experiencias y de su manera de vivir.

Por otro lado, que los pacientes empiecen a conocer de sus emociones, abandonando explicaciones tan teóricas para entenderse a sí mismo, y cambiando entonces sus puntos de vista rigidizados, es decir, aquellas explicaciones que pretenden dar razón de manera casi absoluta a los problemas que viven, y que no les permiten plantearse otras alternativas o puntos de vista distintos al adoptado.

La idea entonces es que lleguen a adoptar explicaciones más flexibles y congruentes con sus emociones, logrando una autopercepción más positiva, menos dependiente y de mayor autonomía.



Consideramos que este proceso terapéutico, les permitirá abandonar esa sensación vaga de sí mismo que se expresa en una fuerte ambivalencia y que deriva en muchos casos en una conducta compulsiva por comer.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

Lograr que los pacientes que se autodefinen como obesos alcancen cambios psicológicos, en su modo de autorreferirse a través de una intervención clínica postracionalista centrada en el apoyo emocional y afectivo.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

1. Conocer las vivencias que expresan los pacientes que se autodefinen como obesos al inicio, durante y al final del proceso terapéutico.
2. Lograr que los pacientes, descubran que su sobrepeso está en directa relación con sus problemas emocionales.
3. Lograr que los pacientes que se autodefinen como obesos, relativicen los puntos de vista externos, fortaleciendo una percepción interna más definida.
4. Conocer los cambios que experimentan los pacientes durante el proceso terapéutico, mediante la aplicación de un cuestionario de resultados (OQ-45.2), que evalúa progresos de los pacientes en terapia.

### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. La Obesidad, epidemia del siglo XXI.**

La obesidad es una problemática compleja y multifactorial en la que se encuentran presentes factores metabólicos, genéticos, conductuales, ambientales, culturales y socioeconómicos. Junto al sobrepeso, la obesidad es el resultado de una ingesta superior de calorías respecto del gasto de energía de un sujeto. Se asocia a enfermedades tales como:

- Enfermedades cardiacas: incluyen el ataque cardiaco, la insuficiencia cardiaca y la angina de pecho (dolor en el pecho ocasionado por una reducción en el flujo de sangre al corazón).
- Diabetes: las personas con sobrepeso tienen el doble de probabilidades de desarrollar la diabetes de tipo 2 que las personas sin sobrepeso. La diabetes de tipo 2 disminuye la capacidad del organismo para controlar el azúcar en la sangre. Es una de las principales causas de muerte temprana.
- Osteoartritis (desgaste de las articulaciones): es un trastorno común de las articulaciones que afecta con mayor frecuencia las articulaciones de las rodillas, cadera y parte baja de la espalda. El peso adicional añade más presión a estas articulaciones y desgasta los cartílagos (el tejido que envuelve las articulaciones) que normalmente las protegen.
- Problemas respiratorios: incluyendo apnea del sueño (respiración entrecortada mientras duerme), es una condición grave que puede ocasionar que una persona deje de respirar durante cortos períodos mientras duerme. También puede causar somnolencia durante el día e incluso insuficiencia cardiaca. El riesgo de tener apnea del sueño aumenta con pesos corporales mayores.

- Colesterol elevado en la sangre: los niveles elevados del colesterol total, el colesterol LBD ("colesterol malo," o LDL por sus siglas en inglés) y los triglicéridos (otro tipo de grasa en la sangre) pueden provocar una enfermedad cardíaca. La obesidad también se relaciona con los niveles reducidos de colesterol LAD ("colesterol bueno," o HDL por sus siglas en inglés).
- Hipertensión sanguínea (alta presión arterial): es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardíacas y el derrame cerebral. Los adultos obesos tienen el doble de probabilidades de desarrollar hipertensión sanguínea que los adultos con un peso saludable.
- Ciclos menstruales irregulares y la infertilidad: la obesidad abdominal está relacionada con el síndrome de ovario poliquístico, una de las causas de infertilidad en las mujeres.

Por lo tanto, “es indiscutible que la obesidad, definida como un almacenamiento excesivo de energía, representado por un aumento de grasa corporal, tiene efectos adversos en la salud y la longevidad. Aunque tradicionalmente era considerada una condición propia de países desarrollados, hoy en día es claro que su prevalencia es también alta en países en desarrollo, ya que en muchos de ellos se puede observar coexistencia de obesidad y desnutrición.”<sup>9</sup>

Cuando se discute la prevalencia de la obesidad es importante definir los indicadores y puntos de corte utilizados. Originalmente, el indicador de grasa corporal usado era el índice peso/talla (IPT), el que correlaciona el peso de un individuo con su talla y lo compara con tablas estandarizadas de una población.

---

<sup>9</sup> Rozowski J. profesor auxiliar, departamento de Nutrición, diabetes y metabolismo, Universidad de Chile. [\(http://www.Inta1.cl/noticias/comunicado\)](http://www.Inta1.cl/noticias/comunicado).(11 Agosto 2004)

En años más recientes se ha difundido el uso del índice de Quetelet, generalmente conocido como índice de masa corporal (IMC). Este indicador se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado.

“En Estados Unidos, individuos con un IMC de 27,8 kg/m<sup>2</sup> en hombres y 27,3 kg/ m<sup>2</sup> en mujeres, son considerados con sobrepeso. Esto corresponde al percentil 85 en la encuesta HANES II (Encuesta de Nutrición y Salud) en este país. Aquellas personas con IMC mayor de 30 kg/ m<sup>2</sup> son consideradas obesos. Diferentes autores han propuesto otros indicadores. Dado que el IMC no considera la contextura, éste debe ser complementado con una evaluación de ésta. El IMC es un simple cálculo matemático que se obtiene al dividir el peso de un individuo, expresado en kilogramos, por su talla expresada en metros al cuadrado (peso (kg)/talla (m<sup>2</sup>)). Un IMC superior a 30 es considerado propio de la obesidad (Criterio de la Organización Mundial de la Salud).”<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> <http://www.inta.cl/noticias/comunicado>. (11 Agosto 2004)

## **3.2. Antecedentes Generales del Problema.**

### **3.2.1. Situación Mundial.**

En los adultos, es la patología nutricional más frecuente en los países desarrollados y ha estado aumentando durante las últimas décadas. Actualmente el sobrepeso y la obesidad son tan prevalentes que se considera que han alcanzado proporciones epidémicas en los países industrializados. Sorprendentemente, la obesidad también ha estado aumentando alrededor del mundo en los países en vías de desarrollo.

Las estadísticas sobre obesidad han sido examinadas en los *Estados Unidos* durante los últimos 15 años. En la actualidad, el 60 % de adultos norteamericanos sufren de sobrepeso o de obesidad.

La obesidad es relativamente frecuente en *Europa*, especialmente entre las mujeres en los países del sur y del este y su prevalencia ha aumentado en cifras cercanas entre 10 y 40 por ciento en los últimos 10 años. El aumento más dramático se ha producido en el Reino Unido, donde se ha más que duplicado desde 1980.

La obesidad también es prevalente en *Brasil*, donde continúa aumentando. En *Japón* la obesidad en los varones se ha duplicado desde 1982, en tanto que en *China* está aumentando, principalmente en las áreas urbanas y entre las mujeres. Aunque las carencias nutricionales siguen siendo el principal problema en *África*, estudios regionales indican que existe una creciente prevalencia del sobrepeso y la obesidad en ciertos grupos socioeconómicos.

### 3.2.2. Situación en Chile.

“Actualmente, en Chile cerca del 27% de los adultos mayores y el 26% de los adultos son obesos, proporción que es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y es significativamente superior en los niveles socioeconómicos más bajos. Un 33,4% de las embarazadas también sufre esta enfermedad, mientras que en los niños se observa una curva ascendente de obesidad, graficada con 10,8% de prevalencia en preescolares que ingresan a jardines infantiles de la JUNJI.”<sup>11</sup>

“De acuerdo a las estadísticas presentadas hoy, al año 2010 Chile tendrá 4.350.969 personas obesas. De ellas, 2.732.015 corresponderán a adultos, 1.294.649 serán niños y 324.305 adultos mayores. Si a estas cifras les agregamos la población con sobrepeso, equivalente a 4.679.400 personas, se alcanzaría un total de 9.030.369 individuos.”<sup>12</sup>

“Si continuamos en la actual senda de aumento de la obesidad, en el Chile del Bicentenario 6 de cada 10 chilenos serán obesos o estarán con sobrepeso.”<sup>13</sup>

Por otro lado desde el punto de vista económico, las pérdidas podrían fluctuar fácilmente entre los US\$ 200 millones y los US\$ 280 millones, para tratar las enfermedades que sufren las personas con obesidad y sobrepeso.

Según expertos, la obesidad sigue aumentando en número y gravedad, en especial en niños. Por lo tanto, de no producirse un cambio radical en los próximos años, el capital social del país estará en juego, habrá un sostenido incremento en el gasto médico, caerá la productividad al tener una fuerza laboral más enferma, y aumentarán las licencias médicas y las jubilaciones anticipadas.

---

11 <http://www.minsal.cl>

12 <http://www.inta.cl> ;11 Ago 2004.

13 <http://www.minsal.cl>

Además, se requiere de numerosos exámenes para determinar si hay otras enfermedades asociadas, como dislipidemia (colesterol alto), hipertensión o artrosis, las que tienen que ser evaluadas por un médico nutriólogo, kinesiólogo, nutricionista, médico y psiquiatra. Y es que no es llegar e ir a un gimnasio o armarse uno mismo una pauta alimentaria o someterse al estrés de una dieta sin saber si hay otros factores emocionales de por medio, dice Manuel Moreno (Jefe del Programa de Obesidad de la Universidad Católica).

“En Chile, la posibilidad de incorporar la obesidad en el plan de salud AUGE no está considerada por ahora, pero si se incluye la prevención en consultorios y en el examen de salud preventiva en Isapres y Fonasa.”<sup>14</sup>

---

14 El Mercurio, domingo 8 de mayo de 2005.



### **3.2.3. Obesidad y Psicología.**

Aunque la obesidad es fácil de identificar es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico. Esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única, sino múltiples definiciones que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad. Queda claro entonces que, cuando intentamos definir la obesidad no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implican.

Actualmente se consideran varias teorías psicológicas que se refieren a la obesidad, enmarcadas dentro de diferentes modelos que la explican a partir de diferentes mecanismos, como son: modelos de aprendizaje cognitivo conductual, el sistémico, el psicodinámico, el ambientalista, etc. Pero lo único que se deriva de esto es la necesidad de reconocer y asumir lo complejo de comprender este fenómeno.

Sabemos entonces, que la obesidad desde el punto de vista psicológico es difícil de definir, ya que se consideran varias teorías psicológicas que pueden explicarla y que estipulan su posible etiología y su tratamiento.

A pesar de que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal, ya que la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, especialmente por las características estigmatizadas por la sociedad. Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas y de los ciclos de pérdida-recuperación de peso.

En este contexto, ciertos programas de tratamiento, están basados en las técnicas de autocontrol, dotando al paciente de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta, mejorado los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física.

Aún cuando los investigadores no conocen todavía todos los procesos que regulan el balance de energía y mantienen el peso corporal en niveles adecuados, la obesidad y el sobrepeso son el resultado de la pérdida del control sobre las complejas interacciones entre factores genéticos, ambientales y psicológicos.

“Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas, que aliviaban mediante la conducta de comer.”<sup>15</sup> Kaplan y Kaplan proponían que la sobre ingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Pero es interesante saber que todavía no se reconoce la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias; por lo que ésta ha sido excluida de la clasificación de la American Psychiatric Association en el DSM –IV.

Sin embargo Gómez y Ávila afirman: “Hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los sujetos obesos, por lo que se deben redefinir los problemas a los que se enfrenta un sujeto con exceso de peso importante.”<sup>16</sup>

Wadden y Stunkard han propuesto tres mecanismos fisiopatológicos para el abordaje de la obesidad:

1. “ La obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos;
2. Puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas y
3. Puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas.

---

15 Kaplan HI, Kaplan HS. The Psychosomatic concept of obesity, nervous and mental diseases, (1957).

16 Gómez-Peresmitré G, Ávila- Angulo E. Conducta Alimentaria y Obesidad. Psicología Iberoamericana, (1998). pp. 6 a 21.

Como puede suponerse, en los dos primeros casos, se le ha asociado frecuentemente a la psicopatología”.<sup>17</sup>

Gold, clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional:

1. “La actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración;
2. El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira, y
3. La comida actúa como una droga para ser frente a la carencia de ajuste social.”<sup>18</sup>

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social.

Los factores psicológicos influyen en los hábitos de alimentación y muchos individuos comen en exceso o en cantidades menores que las requeridas como respuesta a determinadas emociones, tales como el aburrimiento, la tristeza o la rabia. En algunos individuos la intensidad de las señales psicológicas es suficiente como para sobreponerse a las señales hormonales que regulan la ingesta de energía y de alimentos.

Alguno de los problemas psicológicos más frecuentes en pacientes que consultan debido al sobrepeso y obesidad son entre otros: miedo e inseguridad personal, pérdida de la autoestima, desorden de conductas alimentarias, distorsión de la imagen corporal, tristeza e infelicidad, ansiedad, frigidez e impotencia.

Dichos pacientes también refieren dificultades que enfrentan en el plano de la interacción social tal como: angustia por presión social frente a su obesidad, angustia

---

17 Wadden TA, Stunkard AJ, Psychosocial consequences of obesity and dieting. In: Ann NY Akad Science. (1987) p.163.

18 Gold D. Psychological factors associated with obesity. American Family Physician. (1976)

por presión social frente a su adelgazamiento, aislamiento social, dificultades para vestir, usar transportes públicos, rotura del núcleo familiar o de la pareja. Evidentemente, existe estigmatización y ésta trae consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, etc., en el paciente obeso.

Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, donde los pacientes se sienten culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por sus fracasos, por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud.

Por otro lado dentro de los factores genéticos se incluyen a todos los genes responsables de las vías metabólicas que intervienen en la producción, el consumo y la regulación del metabolismo de la energía. Investigaciones recientes sugieren que, por término medio, la influencia genética contribuye en un 33% aproximadamente al peso del cuerpo, pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular.

Los factores ambientales incluyen conductas asociadas con el estilo de vida tales como: qué, cuándo y cuánto comemos, así como cuán activos elegimos ser.

La psicopatología descriptiva de los Disturbios Alimenticios Psicógenos se puede resumir simplemente en los criterios diagnósticos de manuales como el DSM IV, que representa un punto de referencia reconocido internacionalmente en este campo.

Resulta interesante valorar cuáles son las hipótesis etiológicas en el ámbito de la psicopatología descriptiva, de las tres grandes agrupaciones diagnósticas de los Disturbios Alimenticios Psicógenos.

En la tabla que presentamos a continuación, hemos insertado sintéticamente las hipótesis etiológicas más reconocidas para la Anorexia, la Bulimia y la Obesidad, donde por Obesidad se entiende genéricamente la Obesidad psicógena o el Binge Eating Disorder (disturbio de alimentación incontrolada).

<b>ANOREXIA</b>	<b>BULIMIA</b>	<b>OBESIDAD</b>
Alteración del sistema serotoninérgico	Alteración del sistema serotoninérgico	Etiopatogénesis incierta
Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal	Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal	La adiposidad pareciera ser un factor predisponente
	Régimen dietético que predispone al atracón	

Los datos aquí reportados han sido sacados de los capítulos relativos al tema de la última edición del Tratado Italiano de Psiquiatría<sup>19</sup> y que representa actualmente el "estado actual" en el ámbito de la psicopatología descriptiva.

---

<sup>19</sup> Pancheri P., Cassano G.B. (Ed), Trattato italiano di Psichiatria. Mason, Milano. (1999).

### 3.2.4. La Opción Postracionalista.

#### *Un nuevo Paradigma para la Psicología.*

Desde fines de la década del 80, un grupo de profesionales provenientes de la corriente conductual-cognitiva viene descubriendo y desarrollando una nueva postura epistemológica acerca de la concepción de la realidad, planteando importantes cambios en la forma de concebir el mundo. Emerge una teoría que trasciende sustancialmente los orígenes racionalistas y, por ende, la intervención terapéutica.

Cuando Vittorio Guidano se refiere al término postracionalista, no significa que desconozca el racionalismo, sino que él habla de una visión posterior a este sistema de pensamiento; refiriéndose al hecho de que en nuestra cultura occidental estamos viviendo una época de cambios epistemológicos.

Durante muchos años estuvo vigente el paradigma empirista que se ha identificado con el concepto de ciencia, cuyo aspecto básico es que: “vivimos una realidad objetiva que ya tiene contenida en sí misma el sentido de todas las cosas y que esta realidad existe independientemente de nuestro modo de percibirla”<sup>20</sup>. De esta manera, la realidad aparece como única e igual para todos y el conocimiento sería sólo una representación de aquella.

En cambio, desde el enfoque postracionalista, “el observador no aparece más como una persona neutra. Por el contrario, con su observación introduce un orden en lo que observa, y lo que observa es mucho más dependiente de su aparato perceptivo que de la estructura misma de algo objetivo externo a él”<sup>21</sup>.

---

20 Ruiz, A. Fundamentos teóricos del enfoque Postracionalista. 1997. (<http://www.IPRA.cl>)

21 Idem.

Humberto Maturana niega la objetividad y plantea el concepto de objetividad entre paréntesis, ya que hay una estructura interna que es determinante: el Sistema Nervioso Central (SNC) y que opera como un sistema cerrado, o sea, opera en red de correlaciones internas, no siendo por lo tanto modificado por el ambiente. De este modo, el cerebro reconstruye la información que recibe de acuerdo a sus características estructurales y no con relación al objeto externo. “Al fenómeno del conocer no se le puede tomar como si hubieran “hechos” u objetos allá afuera, que uno capta y se nos mete en la cabeza. La experiencia de cualquier cosa allá afuera es validada de una manera particular por la estructura humana que hace posible “la cosa” que surge en la descripción”.<sup>22</sup>

Desde este punto de vista es importante mencionar que el conocimiento ya no es concebido como algo filosófico, sino que se logra definir como algo biológico; por lo tanto, este no sería privativo sólo del hombre, sino que de cualquier organismo, aún de un organismo unicelular. Desde esta concepción surge la Epistemología Evolutiva, entendida como el estudio de los procesos que definen el tipo de relación entre el conocimiento y el medio externo.

Puesto que el conocimiento pertenece a cualquier forma de vida, es la manera por la cual los organismos organizan sus relaciones con lo externo. Lo fundamental de esta concepción es que el conocimiento es algo que sirve al organismo para adaptarse y sobrevivir. Entonces, ningún organismo tiene el interés de saber si su conocimiento corresponde a la verdad o no, sino que interesa la forma como el organismo transforma y modifica el ambiente para encontrar su adaptación. “Adaptarse, entonces, significa transformar el ambiente en sí mismo... ya que si el organismo está siempre autoorganizándose, su conocimiento es la manera como está transformando el ambiente externo de modo que se vuelva semejante a él mismo”<sup>23</sup>.

---

22 Maturana, H.; Varela F. El árbol del conocimiento. (1986) Santiago. Universitaria: p. 13.

23 Ruiz, A. 1997. Fundamentos teóricos del enfoque Postracionalista. (<http://www.IPRA.cl>)

La concepción tradicional conductual cognitiva y la psicología en general, concibe un modelo empirista de la realidad, donde la realidad es externa y objetiva y el conocimiento es una representación de ella. De este modo, se concibe la realidad como un orden unívoco, en el cual ya está determinado el orden de las cosas.

Guidano y Maturana, no niegan la existencia de una realidad externa independiente de nosotros, sin embargo, amplían la visión planteando que ésta es una construcción de la estructura que conoce. Es decir, todo conocimiento y acercamiento a la realidad está mediado por la estructura. Cada uno de nosotros percibimos con un particular prisma, por lo tanto el conocimiento siempre estará teñido por el sesgo del observador. Entonces, al ser esta realidad una construcción determinada por la estructura, es por tanto, personal e idiosincrática. Es decir, la realidad en sí es inconocible, podemos conocer sólo su apariencia, la que puede ser entendida como interpretaciones de nuestro aparato perceptivo.

Maturana propone el término “multiverso”, en lugar de “universo”; este último tiene la connotación de único, unívoco, unidireccional, externo e independiente del sujeto que conoce. En cambio multiverso, significa múltiples aspectos; es reconocer que estamos frente a una realidad multiprocesal y multidireccional, “como una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción... una multiversa en coevolución en la que cada versum es igualmente válido y único.

En otras palabras, vivimos en una pluralidad de mundos y realidades personales posibles, creados por nuestras propias distinciones percibidas. Hay tantos campos de existencia como tipos de distinción construidos por el observador”<sup>24</sup>. No existe un solo y único orden, sino tantos mundos posibles como observadores haya, hay tantas realidades como estructuras.

---

24 Guidano, V. El sí mismo en proceso. (1991). Barcelona. Paidós: p. 16.



Lo anterior nos explica porqué ante determinado hecho, cada persona lo percibe, siente y explica de un modo diferente, a veces coincidentes y otras totalmente distintas según su propia percepción y estructura, lo que da cuenta de que es una información sobre nosotros mismos y no sobre una realidad externa. Por lo tanto, el sujeto no es neutro, su observación corresponde a un orden que él introduce en función de su aparato perceptivo, que lo hace ver una cosa más consistente, más importante, menos regular o semejante que otra.

De este mismo modo, en nuestra relación con nosotros mismos, existe la lógica de la relación observador/observado. Es decir, cuando estamos en la posición de observadores de nosotros mismos, también determinamos lo que queremos observar.

Maturana dice que, si no afirmamos la objetividad del mundo, parece como si afirmáramos que todo es pura relatividad, que todo es posible en la negación de toda legalidad; entonces, nos plantea que “nos encontramos con el problema de entender cómo nuestra experiencia está acoplada a un mundo que vivimos como conteniendo regularidades que son resultado de nuestra historia biológica y social.”<sup>25</sup>

“Toda tradición se basa en lo que una historia estructural ha acumulado como obvio, como regular, como estable... todo lo que como humanos tenemos en común, es una tradición biológica que comenzó con el origen de la vida y se prolonga hasta hoy, en las variadas historias de los seres humanos de este planeta. De nuestra herencia biológica común surge que tengamos los fundamentos de un mundo común y no nos extrañemos que para todos los humanos el cielo sea azul y el sol salga cada mañana. De nuestras herencias lingüísticas diferentes, surgen todas las diferencias de mundos culturales que como hombres podemos vivir, y que, dentro de los límites biológicos, pueden ser tan diversos como se quiera.”<sup>26</sup>

---

25 Maturana, H., Varela F. (1986). El árbol del conocimiento. Santiago. Universitaria: p. 161.

26 Ibid.; pp. 162-163.

Entonces, si cada sujeto ordena la información de acuerdo a su propia experiencia, es necesario preguntarse cómo es que se produce el fenómeno del conocer. Para esto es necesario primero, especificar lo que entendemos por conocimiento y luego referirnos a los conceptos de estructura y organización; experiencia y explicación; tácito y explícito.

El conocimiento es una propiedad de todos los organismos, la que consiste en la capacidad de autoorganizarse, de ordenar la propia existencia. Guidano señala que “se trataría de un orden interno del organismo, dependiente de las características peculiares de su dotación biológica y no de la réplica de un supuesto orden preexistente en la realidad. En este sentido es que se dice que habrá tantos órdenes de la realidad como organismos distintos.”<sup>27</sup>

Todo ser vivo es un sistema determinado estructuralmente y en continuo cambio estructural; nada es externo a él. El encuentro entre el ser vivo y su medio gatilla y desencadena en ambos cambios estructurales constitutivamente determinados. Así se acuña el término determinismo estructural o dinámica estructural, que alude a nuestra condición de posibilidad, o sea a los límites de acción y reacción de la estructura. Sólo podemos seleccionar y elegir hasta donde lo permite nuestra estructura.

Guidano reconoce la organización como el modelo descriptivo general de procesos cognitivos del adulto, que se ordena en un modelo de relaciones organizadas. Distingue cuatro tipos de organización: fóbica, obsesiva, depresiva y dápica. Y plantea que todos los individuos poseen una de estas organizaciones.

---

27 Guidano, V. La complejidad de uno mismo. Un Enfoque evolutivo de la Psicopatología y de la psicoterapia. (1993). Traducción de Instituto de Terapia Cognitiva. Santiago.

Si en este proceso hubiera rigidización de sus componentes puede llegar a conformar una patología. Todos tenemos una estructura que conoce y que puede acomodarse o no acomodarse. De este modo es que plantea que todo ser humano posee alguna de estas cuatro organizaciones, pero con una estructura más o menos flexible, constituyéndose en: normal, neurótica o psicótica.

Así la organización se estructura de una forma en la que existen aspectos tácitos y explícitos, que están en un juego permanente y que dan sentido a una organización particular ordenando la realidad.

En lo más esencial, el constructivismo se diferencia de los modelos tradicionales de procesamiento de la información en tres aspectos fundamentales:

- El conocimiento es activo y proactivo. El conocer no es igual a corresponder a una realidad externa pasivamente copiada.
- La primacía de lo abstracto en el saber y el sentir. Es decir que los aspectos tácitos y apriorísticos del conocimiento constriñen, sin especificar, el contenido de nuestra experiencia consciente.
- El conocimiento es autoorganizado, vale decir que la construcción de la realidad personal es, por una parte interdependiente con el mundo externo y por la otra subordinada a la mantención de la continuidad del organismo.

Entonces, diremos que todo punto de vista es válido en sí mismo, ya que surge de las distinciones particulares que el observador hace de una realidad que desde este enfoque, es una red de procesos simultáneos e irreductibles a distintos niveles. Distinciones que son hechas de acuerdo al propio determinismo estructural del sujeto en un mundo en que se es perturbado, pero nunca instruido.

“Los seres humanos no pueden separarse de la forma en que ven la vida, como consecuencia previa generada por su praxis vital, y también porque forman parte de una tradición histórica específica. Por lo tanto, toda comprensión, es siempre el resultado de la interpretación: ni “subjetiva”, ni “objetiva”. Es el producto emergente del proceso de regulación mutua que alterna continuamente entre *experimentar* y *explicar*.”<sup>28</sup>

Bajo este esquema, se considera a la persona un sistema cerrado a la información, en que toda lógica personal pasa a ser una lógica autorreferencial, en la que la verdad del individuo ya no es más vista como la representación objetiva de un mundo externo y pasa a ser vista como la viabilidad del conocimiento personal que permite sostener la continuidad experiencial, constituyendo la única vía de supervivencia de un sistema vivo.

Entender el conocimiento humano como un sistema que busca su viabilidad y no la validez del conocimiento, nos distancia de la pretensión de perseguir la búsqueda de una “verdad” referida a un trastorno emocional y nos acerca a las reglas profundas de funcionamiento del sistema de conocimiento, que son los responsables de la aparición de los eventos de superficie tales como los síntomas o la “irracionalidad” del paciente.

---

28 Guidano, V. El Sí mismo en proceso. (1994). Barcelona. Paidós.

### 3.2.5. La Psicopatología explicada desde la Autoconciencia.

Los seres humanos nacemos con el potencial para conocer no sólo el mundo externo, sino paralelamente el mundo interno, lo que da lugar a la conciencia reflexiva, que es una condición para la emergencia de la autoconciencia; ésta se estructura en un marco narrativo que es inseparable de lo que llamamos identidad personal.

“El fenómeno de la autoconciencia y que hace del hombre un ser único, es el de vivir de una manera experiencialmente escindida, en que el conocimiento específicamente humano surge de una interrelación dialéctica entre dos modalidades diferentes de conocer y que es la particularidad del desarrollo propiamente humano:

- Un nivel de procesamiento emotivo-tácito (experiencia), el que compartimos con el resto de los seres vivos, y
- Un nivel de procesamiento explícito (explicación) de esta misma experiencia.”<sup>29</sup>

“Entonces, mientras que la experiencia aparecería como una condición necesaria de toda explicación, también la explicación es crucial para dar congruencia y significado a los hechos de la vida.”<sup>30</sup>

Como señala Guidano, la explicación, posibilitada por el lenguaje, permite mantener un sentido de *continuidad experiencial* a pesar de la discontinuidad e impredecibilidad de las perturbaciones externas; manteniendo, de este modo, independiente al sujeto y construyendo así un sentido de *identidad personal* que tenderá a mantenerse coherente en el tiempo.

---

29 Zagmutt, A. Los Trastornos de la alimentación; un enfoque constructivista postracionalista. (2000). revista castalia. Vol. N°2. ed. Academia. pp. 17 – 39.

30 Guidano, V. El sí mismo en proceso. (1994). Barcelona. Paidós.

La autoconciencia humana es al mismo tiempo una conciencia de los otros y surge en el lenguaje y en la historia. Tal como afirma el biólogo chileno, Francisco Varela, en los humanos no existe una mente privada. Consecuente con esto, la experiencia humana se caracteriza por una separación ontológica entre dos sentidos de sí mismo: uno como sujeto que actúa y siente, y otro como objeto que evalúa y relata. Esta condición humana convierte a la experiencia del hombre en una experiencia siempre narrativa.

Ambos niveles de conocimiento operan en una dinámica sistémica en la que uno restringe al otro en un proceso sin fin, generando una tensión esencial que es, justamente, la matriz de lo que podemos llamar con propiedad, la experiencia humana.

Diremos que, la trama narrativa humana no es ni normal ni patológica en sí misma. Ante cualquier experiencia desafiante, el sistema tiene dos opciones: ser capaz de integrar esta experiencia desafiante y efectuar un salto progresivo en su complejidad o bien, no ser capaz de integrar esta experiencia y realizar un salto regresivo, siendo la condición necesaria para la Psicopatología.

“La experiencia emocional no reconocida y que queda fuera de la trama narrativa, siendo vivida sin poder comprenderla, es lo que entendemos como síntoma clínico.”<sup>31</sup> De este modo, el síntoma, sería la expresión de la modalidad con la que el sistema hace la coherencia que le restablece el sentido de continuidad experiencial.

Cuando la coherencia del sistema se ve amenazada, se reduce la discrepancia entre la experiencia en curso y la trama narrativa estructurada, operando sistemas de autoengaño. Ambos procesos interfieren con las habilidades de autoconciencia,

---

31 Zagmutt, A. Los Trastornos de la alimentación; un enfoque constructivista postracionalista. (2000). revista castalia. Vol. N°2. ed. Academia. pp. 17 – 39.

estructurándose entonces, el aspecto nuclear de la psicopatología, que consiste en la internalización de la experiencia perturbadora en curso.

La trama narrativa pierde su capacidad para regular la afectividad, disparándose ésta de una manera global e indiferenciada, produciendo una intensa turbulencia emotiva. Cuando la rigidez del procesamiento es extrema, el sujeto queda adherido al momento, viviendo la experiencia discrepante como algo absoluto. Lo que se experimenta es la realidad misma. Ningún otro punto de vista es admisible.

Si se considera al hombre un sistema epistémico autoorganizado, parece posible alcanzar una comprensión diferente de la experiencia psicopatológica. “Se puede entender la psicopatología como una modalidad de mantención de la coherencia del sistema y de su sentido de unicidad y continuidad histórica ante desafíos o perturbaciones que superan sus capacidades normales de procesamiento.”<sup>32</sup>

---

32 Idem.

### 3.2.6. Organizaciones de Significado Personal. (OSP)

Las implicancias de las figuras vinculares llevan a construir a cada persona su propio significado. Por lo tanto, las organizaciones de significado personal planteadas por Vittorio Guidano, no son simples categorías nosográficas, sino que tiene que ver con toda una dinámica relacional que está ocurriendo en los procesos de vinculamiento. Entonces no se pueden ver como clasificaciones nosológicas ni como contenidos de conocimiento, sino como sistemas/procesos.

Este ordenamiento no pretende constituirse en una realidad objetiva o en un describir características, sino que son planteadas sólo como una forma de llave conceptual para una mejor comprensión de la experiencia humana.

Cuando Guidano habla de las cuatro organizaciones de significado personal, no se está refiriendo a categorías patológicas, sino que a una forma de ordenar la experiencia, de acuerdo a su propia dimensión de coherencia sistémica. Si bien cada una de ellas presenta perturbaciones, éstas no se constituyen en sí mismas como una perturbación de orden clínico.

Juan Balbi, psicólogo argentino, define a la Organización de Significado Personal como “un sistema de ordenamiento de la propia experiencia inmediata que se caracteriza por una personal y única manera de agrupar y combinar (en términos de procesos) las tonalidades emocionales básicas, más un sistema explicativo que en permanente relación funcional con el anterior, intenta también de una manera personal y única, hacer consistente esta experiencia en torno a una imagen consciente del sí mismo que otorgue un significado viable -en términos de la propia coherencia sistémica- a la propia existencia”<sup>33</sup>.

---

33 Balbi, J. 1994. (<http://www.IPRA.cl>)



En palabras de Guidano una OSP es: “un proceso ordenador unitario, en el que se buscan la continuidad y la coherencia interna en la especificidad de las propiedades formales, estructurales, de su procesamiento del conocimiento (es decir, en la flexibilidad, la generatividad y el nivel de abstracción)... esto lleva a la adopción de una metodología orientada hacia los sistemas/procesos”<sup>34</sup>.

La coherencia lograda es de los patrones de la actividad afectiva, motriz y cognitiva. Así, el significado personal refleja el patrón de la organización emocional y psicofisiológica.

Cabe señalar que, otro aspecto importante en el tema de las organizaciones de significado personal es que éste es un enfoque centrado en la comprensión y la explicación de los sistemas de procesos, y no en la descripción de síntomas indicadores de una supuesta entidad patológica.

Antes de referirnos a cada una de las organizaciones de significado, es necesario recordar que este ordenamiento conceptual es útil exclusivamente para el terapeuta, ya que de este modo puede conceptualizar y orientar sus estrategias. Es decir, la clasificación no es útil en sí misma, ni es útil para el paciente; sino más bien es la llave conceptual necesaria para el terapeuta.

De acuerdo a esto, existen cuatro organizaciones de significado personal:

- La organización *depresiva*, que tiende a dejar fuera del reconocimiento explícito las experiencias de desamparo e incontrolabilidad del mundo.
- La organización *fóbica*, que evita toda percepción de sentimientos de constricción.

---

34 Guidano, V. El sí mismo en proceso. (1994). Barcelona. Paidós. P. 54.

- La organización de significado personal *obsesiva* que debe evitar toda experiencia emotiva que pueda gatillar sentimientos de ambivalencia e incontrolabilidad.
  
- Finalmente la organización *DAP* (desordenes alimenticios psicógenos) lo hará respecto a sentirse desconfirmado o invadido, evitando los sentimientos de ineficacia personal y vacío.

### **3.2.7. Organización de Significado Personal DAP o Disturbios Alimentarios de Origen Psicógeno.**

Para la formación de un significado personal DAP, el niño ha experimentado un estilo de vínculo parental ambiguo e indefinido y habitualmente contradictorio. Esto se refiere a que los padres se consagran a la educación de sus hijos, mas su conducta está orientada a obtener la confirmación de esa imagen por los otros y no a satisfacer las necesidades de los hijos.

Debido a que las madres no obtienen placer en la crianza de sus hijos, sino que están dedicadas a mantener el autocontrol, quedando el cuidado y la ternura hacia los niños postergada, se produce lo que se denomina “desatención selectiva”. De este modo, el niño no logra conseguir una sintonía recíproca madre-hijo de forma estable y los procesos de autorreconocimiento originan un sentido desdibujado del sí mismo, una identidad difusa y una demarcación laxa e indefinida respecto de los otros.

El control se basa en redefinir al niño lo que ha percibido, hasta lograr este patrón general de cierta imagen de la familia, por lo tanto, los sentimientos reales le son cancelados, lo que provoca que el niño no tenga una relación auténtica, ni espontánea. Más aún, esta forma de control subyace no sólo en las estrategias de educación exhibidas por los padres, sino que son el fundamento real del estilo afectivo de la familia que debería ser descrito como: “es a través de compartir las mismas opiniones y emociones que nos damos cuenta que nos amamos.”

Dado que las fronteras que definen la autonomía individual son muy débiles, en este tipo de familias enmarañadas el niño se pierde en el sistema y su diferenciación interpersonal es muy pobre.

Así, estos padres, tienen una forma habitual de relacionarse redefiniendo constantemente los sentimientos de los hijos, diciéndoles lo que sienten y lo que les

ocurre, ellos nunca tienen la posibilidad de decodificar sus sentimientos, por lo que estos hijos desarrollan profundos sentimientos de desconfianza en el reconocimiento de sus propias emociones y de sus estados internos. No hay expresión directa de las emociones ni opiniones. Por ejemplo, la pena por no seguir jugando, la transforman en alegría por ir a compartir con la familia. En consecuencia, el niño no aprende a confiar en lo que percibe, en lo que realmente siente, porque espera que siempre alguien le diga lo que está sintiendo, generándose así una pobre delimitación entre el sí mismo y los otros.

Las familias se caracterizan por comparar constantemente a sus hijos con los otros niños, buscando siempre ser “la mejor familia”. Por esto viven la vida como si fuera una eterna competencia; ante eventos que fracasan se lo explican como que no tienen las capacidades; pero cuando estos pequeños demuestran logros, lo consideran algo momentáneo y sienten la necesidad de seguir demostrándolo constantemente. Se le pide al niño ser el mejor, pero no le dicen qué tiene que realizar para lograrlo, no se le explica el esfuerzo a desplegar para llegar a ser lo que quiera.

Estos niños dan una imagen de ser perfectos, pero este comportamiento es sólo una modalidad de complacer a sus padres, completar la imagen que esta familia ha decidido tener. Por ende, este niño de edad emocional inferior a sus coetáneos, prefiere estar con personas mayores, continuando así, con esta especie de armonía, hasta la pubertad.

A pesar de este estilo de apego ambiguo, el niño necesita lograr un sentido de sí mismo estable y definido. Para esto, no le queda otra alternativa que satisfacer las expectativas de la figura vincular más significativa. El niño elige a uno de sus padres como figura de referencia, al que lo confirma más, a la figura más positiva. Pero como este vínculo es intrincado, el problema pasa por encontrar personas fiables para no pasar por constantes fracasos y decepciones.

Sin embargo, ante nuevas situaciones donde el niño no es confirmado y no son reconocidos sus propios sentimientos o pensamientos, se producen sentimientos de ineficacia personal y vacío. Luego, cuando la atención del pequeño se sintoniza selectivamente con claves interpersonales, se origina una confianza excesiva en los marcos de referencia externos.

Posteriormente en la adolescencia, producto de las capacidades abstractas estos jóvenes ponen a sus padres a distancia y se produce el fenómeno de la decepción hacia quien ha elegido como figura significativa; ve con distancia a este padre que había escogido. El joven comienza a revisar quién es este padre. Cabe señalar que la decepción no está correlacionada con un solo hecho concreto; sino más bien es un proceso que se da a través del tiempo.

Como modo de adecuarse a dichas expectativas externas, y por ende, sentir un monto adecuado de autoestima y de percepción del propio valor, el “mí” se enmarca en normas de perfección absolutas y convencionales. Guidano señala que: no se trata tanto de hacer coherente la experiencia inmediata actual como de una búsqueda continua de una coherencia de la apariencia que establezca la propia autoimagen.

Respecto de la vida laboral, les preocupa el éxito, pero desde el punto de vista que es un desafío mostrar a los otros, día a día, que se es capaz, ya que para una persona de Organización de Significado Personal DAP lo importante es cómo está apareciendo frente a los otros.

Este es un desorden frecuente en nuestra sociedad, porque la imagen juega un papel muy importante. Por ejemplo, los padres proyectan una imagen como los mejores padres del mundo, que esta familia es la mejor, siendo esa la imagen que transmiten a sus hijos. Cuando hay un conflicto, este es negado como si nunca

hubiera existido; al niño se le esconden las discusiones, los conflictos; por lo tanto, el niño no puede confiar en sus percepciones, cancelándosele así su propia percepción.

Alfredo Ruiz plantea que “esta sería la organización prevalente en la cultura occidental. En este momento hay un incremento muy importante de este estilo de construir el significado de la experiencia que involucra a un alto porcentaje de la población. Este tipo de vinculamiento se da porque en estas familias el tipo de crianza prevaeciente es aquella donde se privilegia la imagen. La familia quiere mostrarse como la mejor familia, donde se quieren todos, que tienen una imagen de familia perfecta... este es un aspecto de la familia post-moderna. El culto a la imagen”.<sup>35</sup>

Dado que el sí mismo es definido externamente, la atribución causal dominante también es externa. Entonces, para regular las inestabilidades de la propia imagen, la estrategia de una persona con organización de significado DAP, consiste en restringir las autoexposiciones y autoconfrontaciones; evitando así las decepciones de y hacia los otros. Así, se dice que el eterno dilema del dápico es: “máxima confirmación, pero siempre exponiéndose al mínimo”, sin que pueda decepcionar al otro y que el otro no lo decepcione. Mientras no se decepcionen, la relación se mantiene.

Sin embargo, en la medida en que la evaluación de la decepción prototípica es “aceptada” pasivamente, o sea, como una imposición experimentada para adaptarse a un acontecimiento abrumadoramente angustiante, el “mí” se centra en restringir el efecto angustiante de las desconfirmaciones, atribuyéndolas a rasgos específicos y concretos del sí mismo, más que a los rasgos de ineficacia y vacío personales, por lo que al tratar de circunscribir un fracaso esperado, tiende a renunciar a la lucha.

---

35 Ruiz, A. (1996); op. cit.; pág. 10.

Este estilo implica patrones corporales y motrices más pasivos y puede dar origen a los llamados desórdenes bulímicos y de la obesidad. Generalmente cuando se da este estilo atribucional pasivo, es cuando la decepción es experimentada a temprana edad y vivenciada como algo que no se puede controlar.

En el primer caso, en que la orientación es externa, el “mí” percibe a los otros fundamentalmente como engañosos e intrusivos y se produce una lucha enérgica contra esta realidad y la imagen de fracaso mediante actitudes controladoras y autosuficientes. Este estilo de atribución que implica patrones corporales y motrices más activos, puede dar origen a desordenes anoréxicos.

Dado que esta decepción es experimentada a edad más tardía, estas personas con organización de significado dápica tienen más capacidades para controlar la situación y la única forma en que lo pueden hacer es a través del alimento, porque las otras emociones son muy difusas.

Esta decepción se pasa a su vida general como una situación que se repite. Entonces, el sentido de sí mismo es poco definido y es necesario sincronizarse completamente con otra persona. Sin embargo, esto es débil, porque saben que pueden volver a equivocarse, es ambiguo. Saben que es peligroso situarse con alguien y pese a que lo buscan les cuesta; entonces, lo buscan, pero sin exponerse demasiado. El sujeto intenta evitar todas las situaciones donde él o los demás den cuenta de sus capacidades. Prefiere entonces la duda y no exponerse a saber lo que hace.

En la medida en que el individuo logre un equilibrio entre esta necesidad absoluta de ser aprobado por los otros y a la vez el temor a ser invadido o defraudado en las relaciones significativas, constituirá una imagen de sí mismo fiable y valiosa. Por una parte, la adhesión a normas absolutas es utilizada para manipular en beneficio propio los juicios de los otros. Y por la otra, evitar la autoexposición y la

autoconfrontación permite la individualidad y delimitación respecto de los otros, ya que así se perciben capaces de controlar la intrusividad y el engaño.

El objetivo de estas variaciones de la conducta alimenticia y motora es actuar como actividades de distracción, lo que reduce las posibilidades de entrar en la conciencia sentimientos desafiantes de vacío y/o ineficacia. Así, estos sentimientos son corporalizados a través de una imagen corporal inaceptable (anorexia u obesidad) en el sentido del papel que juega la apariencia física en la sociedad en términos formales y estéticos.

Con el fin de experimentar un patrón estable en el tiempo, las personas con organización de significado dápica tienen siempre la necesidad de una “intimidad sostenedora”. No obstante, dadas las características de evitar desconfirmaciones y mantener la aprobación, el contacto con esta figura requiere de la disminución de la autodemostración, lo que prácticamente excluye toda intimidad y compromiso afectivo; pero a la vez se emplean una serie de estrategias orientadas a obtener a priori del compañero las garantías de sostén. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones un estilo afectivo caracterizado por la ambigüedad, la indefinición y la constante puesta a prueba del compañero, suele crear las mismas críticas y decepciones que se desea evitar.

Cabe señalar que, a pesar de llamarse “desordenes alimentarios”, en nuestra cultura no necesariamente es por el acto alimenticio, sino que se refiere a la imagen y el control que se tiene de ella. En las mujeres se da mayormente la situación de la imagen ligada al problema alimentario; en cambio en hombres se observa mayoritariamente una imagen ligada a la potencia sexual, transformándose su virilidad en un valor personal.



Finalmente, es necesario señalar que esta o cualquiera de las cuatro organizaciones de significado personal, no necesariamente son entidades patológicas en sí, por consiguiente, para seguir la lógica de la organización de significado DAP, en el sentido que, es una forma de ordenar los conocimientos y no constituirse en perturbaciones clínicas. La direccionalidad “ideal” generativa del dápico sería la delimitación y relativización progresiva de los otros, acompañada por un sentido creciente de individualidad y autonomía personal.

### 3.2.8. La Obesidad desde la óptica postracionalista.

El sentido de continuidad de la identidad de la persona de la organización de significado personal DAP, puede llegar a ser procesada de dos maneras diferentes: o bien atribuir la turbulencia experimentada a una realidad engañosa y decepcionante en sí misma, o bien atribuirse a sí mismo la experiencia decepcionante.

En ambos casos esta diferencia atribucional es muy importante para entender los diferentes desbalances de desórdenes alimenticios.

- Cuando la *atribución es externa* la persona tiende a ver a los demás como invasivos y engañosos, y desarrolla estrategias activas para combatir esta realidad. Esto genera una actitud más activa tanto psicológica como físicamente ante la decepción percibida. Entonces, las estrategias están centradas en sentirse portador de un modo de ser que es percibido inadecuado, pero que puede ser modificado. Es el patrón que está detrás de los trastornos anorécticos en los que hay una actividad motora aumentada y en el que se responsabiliza a los demás de la experiencia de decepción y desconfirmación, lo que se acompaña de un sentido de lucha.
- En el caso de hacer una *atribución interna* la persona tiende a evitar los sentimientos de ineffectividad y de vacío atribuyéndolos a rasgos negativos personales específicos que le devuelven el sentido de control. “Este es el patrón que da lugar a los trastornos de obesidad, con una actitud física y psicológicamente pasiva, en que la atribución causal es de responsabilidad interna, constitutiva y estable y se acompaña de un sentido de derrota y de inevitable desconfirmación y decepción”.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Zagmutt, A. Los Trastornos de la alimentación; un enfoque constructivista postracionalista. (2000). revista castalia. Vol. N°2: pp. 17 – 39.

Esta forma común de procesar la experiencia en tan diferentes cuadros clínicos, debe entenderse como la modalidad con que este tipo de personas establece una forma coherente de darle un sentido y una consistencia a la identidad.

En el caso de los pacientes que se autodefinen como obesos, podemos decir, que la modalidad que despliegan es siempre de pasividad, con reacciones de complacencia hacia los otros, cambios bruscos en su estado de ánimo llegando a manifestar incluso formas de agresión verbal y/o física, como si cada cosa que les ocurre, cada decepción, le viene desde fuera y los aplasta sin que se logren reaccionar.

Estamos frente a pacientes que viven bajo una profunda resignación y a una sensación de imposibilidad de modificar su situación. Viven un permanente temor al fracaso y a la desaprobación por parte de los otros, no cuentan con la confianza en sí mismas lo que les impide emprender algún tipo de iniciativas, lo que a su vez las lleva a utilizar como un camino, una forma, el acto de comer, convirtiéndolo en un ritual que les devuelve el sentido de eficacia y a través de eso pueden “llenar” la fuerte sensación de vacío que experimentan. Todo lo cual les otorga una tranquilidad que es pasajera, retornando a la sensación de vacío, acompañada de un fuerte sentimiento de culpa e ineficacia.

Podemos decir que una de las cuestiones más características de los pacientes que se definen como obesos, es el recurrir a un criterio externo que le permita encontrar una aceptabilidad suficiente de la imagen interna lo cual también les acarrea diversos riesgos como por ejemplo: sentirse inadecuado, no lograr corresponder a la expectativa de los otros, demasiado definido por el contexto o por las expectativas del otro.

Por otra parte, a dichos pacientes les resulta extremadamente importante la búsqueda de una percepción homogénea de sí mismo, dado que se dan cuenta que lo

que realizan no corresponde necesariamente a lo que ellas están sintiendo o desean realmente, pues siempre están tratando de agradar a los otros; de no lograr esa homogeneidad, se les produce la sensación de no tener una percepción definida de aquello que se quiere de la vida.

Se produce en la experiencia de los pacientes una oscilación recursiva entre centrarse en las expectativas externas y centrarse en sí mismo. Diremos entonces que, de las opiniones de los otros los pacientes obtienen una imagen, que puede poseer una menor o mayor aceptabilidad y estabilidad según cuánto sientan que logra responder a las expectativas. Y del otro lado se evidencia la percepción interna que permanece de todos modos siempre vaga, también cuando el sujeto siente que corresponde a las expectativas del otro.

Cuando estos pacientes hacen una valoración autoreflexiva sobre su modo de ser, sienten que no tienen un punto de vista propio, que cambian de ideas continuamente, que no saben lo que son y que son inestables.

Los pacientes que se definen como obesos generalmente expresan que sus pensamientos, emociones, y a menudo también sus percepciones son sentidas como poco confiables, mientras las sensaciones propioceptivas son advertidas como más confiables, esto quiere decir que aquello que está relacionado con su propio cuerpo les resulta una experiencia más fiable.

Se reconoce que la incomodidad en los pacientes es corporalizada, en otras palabras, el tema del fracaso no es casi nunca referido a la capacidad cognitiva o afectiva, sino más bien referida a una imagen corporal, inadecuada, de gordura.

Otro de los aspectos centrales en los pacientes DAP con el trastorno alimenticio obesidad, es la gran discrepancia que existe entre lo que se relatan y lo que realmente experimentan; esta incongruencia entre el modo de explicarse lo que

sucede, acompaña particularmente a estos pacientes con vivencias de indefinición, generando una fuerte tendencia al autoengaño.

Finalmente, se puede decir que uno de los logros que se debiera alcanzar con estos pacientes atendidos bajo esta mirada clínica es que logren diferenciar entre lo que es el relato y lo que es la experiencia, que normalmente está cargada de emociones y que es la principal dificultad que se advierte en ellos, y por otro lado, que logren descubrir los problemas emocionales que están a la base de este trastorno alimenticio.

### 3.2.9. El Método Terapéutico.

“El terapeuta postracionalista se pregunta “de qué manera este síntoma expresa el modo particular con que el paciente mantiene su sentido de continuidad experiencial”.<sup>37</sup>

Para dar respuesta a dicha interrogante, la terapia postracionalista pretende desarrollar una metodología de intervención estratégica, orientada a intervenir en los procesos autoconcientes del individuo. Al terapeuta le interesa hacer un diagnóstico procesal que considere tanto el momento de vida del paciente, como los elementos gatilladores y mantenedores de la sintomatología; la relación causa-efecto, deja de ser lo principal en su intervención, aun cuando pueda ser claro que en el marco de la psicoterapia ocurra el gatillamiento de un proceso que de lugar a la reorganización del paciente.

“Al interior de tal óptica la intervención terapéutica se libera de pautas comportamentales y biomédicas, entonces el focus de la atención no atañe más a un cuerpo enfermo de curar, ni menos un comportamiento errado de corregir.”<sup>38</sup>

Las condiciones consisten en llevar al paciente a experimentar eventos afectivamente cargados y generar una condición autorreferencial, en que le sea imposible dejar de reconocer como propios los aspectos emotivos que emergen en este trabajo. Diremos entonces, que el terapeuta será un perturbador estratégico.

Es evidente que este enfoque ontológico, orientado hacia los procesos, conceptualiza los sentimientos y el afecto como formas del conocer en y por sí mismas, es decir, como el ordenamiento inmediato de la realidad que experimentamos a priori en nuestra experiencia de vida.

---

<sup>37</sup> Idem.

<sup>38</sup> Idem.

La modulación emocional continua proporcionada por los patrones repetidos y oscilantes integran las experiencias pasadas, presentes y anticipadas; por otro lado la aparición de sentimientos discrepantes a partir de esa modulación, es el requisito esencial para suscitar reorganizaciones de los patrones de coherencia que regulen el despliegue de los procesos de significado personal.

“Desde este enfoque terapéutico podemos formular dos principios generales acerca de la estrecha relación que existe entre la afectividad y el cambio posible en el proceso de la psicoterapia:

- Ningún cambio parece posible sin emociones. Los temas afectivos básicos parecen mucho más constantes en el tiempo, presentan un ritmo y mecanismos de cambios diferentes de las estructuras cognitivas. Por lo tanto, el supuesto de que un cambio en la cognición supone un cambio en las emociones resulta infundado. Solo el sentimiento puede cambiar las emociones; es decir, que solo la aparición de nuevas experiencias emocionales, derivadas de nuevas tonalidades de sentimientos a la configuración unitaria de los temas emocionales nucleares, puede afectar la autorregulación, modificar los patrones actuales de autoconciencia, y de este modo facilitar un reordenamiento de los procesos del significado personal.
  
- La estructura y calidad del cambio dependen en gran medida del nivel y la calidad de la autoconciencia con que el sujeto lleva a cabo el proceso de reorganización. La autoconciencia es un ordenamiento constructivo autorreferencial, que determina en gran medida la forma que asumirá la experiencia personal. Es necesario suscitar cambios progresivos en los patrones de autoconciencia, aumentando la comprensión que tiene el paciente del modo en que ordena la experiencia.”<sup>39</sup>

---

39 Guidano, V. *El sí mismo en proceso*. (1994). Barcelona. Paidós. pp. 134 – 135.

El dispositivo terapéutico crucial, reside en la interfaz entre la experiencia inmediata y su reordenamiento específico; el procedimiento básico consiste en preparar a los pacientes, mediante técnicas de autoobservación, en la diferenciación de la autopercepción y en las creencias y actitudes conscientes para reconstruir a continuación los patrones de coherencia que ellos siguen al hacer lo que sienten como congruentes.

El paciente debe experimentar gradualmente durante el proceso terapéutico, algunos acontecimientos cargados de afecto que presionan hacia la reorganización.

El terapeuta debe proporcionar herramientas de análisis y autoobservación que, al aumentar la flexibilidad del nivel de autoconciencia del paciente le permitirán realizar gradualmente un reordenamiento progresivo de la experiencia personal.

La relación terapéutica es el contexto específico en el que se vuelve posible que el terapeuta ponga en marcha estrategias que generen un cambio afectivo, y guíen el proceso de la reorganización activados por ellos. La relación terapéutica tiene un efecto coadyuvante para la asimilación de nuevas experiencias o el replanteamiento de otras ya existentes.

La Psicoterapia Postracionalista, contempla cuatro fases en el proceso terapéutico:

**Primera fase,** es de preparación del contexto clínico, de la definición del setting con una reformulación del problema inicial del paciente en el cual se analiza el momento de la descompensación clínica. En el caso de pacientes DAP, específica es la reformulación del tema de base en términos de juicio que se inicia en esta primera fase de la terapia y que será realizada en adelante en una siempre mayor articulación.



El tema de la sensibilidad al juicio externo es, pues, el aspecto principal sobre el cual comenzar a trabajar, teniendo presente que para un paciente DAP el juicio de los otros es la esencia típica de un sentido de sí mismo construido enteramente sobre lo externo. Teniendo en cuenta esta especificidad, uno de los objetivos terapéuticos principales de esta primera fase de la terapia, es acompañar al paciente que está situado en una dimensión en la cual lo externo le sirve para definir lo interno, a una dimensión más subjetiva en que lo interno sea lo principal en la constitución del sí mismo.

**Segunda fase,** atañe a la focalización y al reordenamiento de la experiencia inmediata, introduciendo progresivamente la diferencia entre experimentar y explicar; el objetivo principal es que el paciente focalice estados emotivos, los reconozca y se los atribuya. Este trabajo sobre el mayor reconocimiento de los estados internos atañe, esencialmente, a la focalización de estados internos en los cuales el paciente se siente a merced del juicio ajeno, estados en los cuales inicialmente parece no existir una diferencia entre las opiniones propias y aquellas de los otros por lo que el objetivo específico es hacia una mayor y más eficaz demarcación entre sí y los otros, entre las propias posiciones y las expectativas de los otros.

**Tercera fase:** reconstrucción del estilo afectivo. Para un paciente DAP, la reconstrucción de una personal y única modalidad de instaurar, mantener y romper vínculos afectivos, atañerá esencialmente al tema de la desilusión. En particular, para pacientes con disturbios alimenticios, la reconstrucción de cómo aquellos han punteado y subrayado enteramente el desarrollo de las relaciones afectivas.

**Cuarta fase:** reconstrucción de la historia del desarrollo. El objetivo es reelaborar el tema del significado básico al interior de una dimensión, en la cual el paciente está sustancialmente más delimitada del juicio de los otros, lo que contribuye a desarrollar un sentido de sí mismo relativamente más estable y definido.

### 3.2.10. La Metodología Autoobservacional.

La autoobservación es el método esencial, para llevar adelante la evaluación y la intervención, en cuanto permite la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico, actuando en la interfaz entre la experiencia inmediata y su reordenamiento explícito.

De este modo, el problema del paciente es reconstruido en término de los eventos secuenciales a los que puede referirse utilizando un lenguaje cinematográfico, ya que la unidad de análisis en este método es la imagen. Se conduce al paciente a reconstruir la secuencia de escenas en una especie de panorámica, revisando el evento estudiado de atrás a adelante y deteniéndose en puntos críticos que se enfocan en detalle, con la técnica de la moviola.

“...ver repetidamente la misma escena cargada de afecto en cámara lenta, avanzando y retrocediendo, desde muchos puntos de vista, provoca una modificación del modo en que es apreciada y autorreferida, con el consiguiente cambio en la relación actual entre la memoria episódica y la semántica.”<sup>40</sup>

Por lo tanto, el efecto terapéutico básico sobre la dinámica de la mismidad de una flexibilidad acrecentada, consiste en el cambio gradual de la apreciación del “yo” por una parte del “mi”, junto con un grado congruente de reestructuración emocional; es decir se reconocen y autorrefieren nuevas tonalidades de sentimiento de la propia experiencia inmediata en curso, con lo que se convierten en ingredientes esenciales de la propia gama percibida de emociones conscientes.

Por último, el método de la autoobservación puede orientarse gradualmente hacia otra modificación básica de la dinámica de la mismidad: un aumento de la

---

40 Idem, pp. 144 – 145.

flexibilidad para adoptar otras perspectivas ajenas. El logro de esa flexibilidad es particularmente importante en las situaciones clínicas en las que hay una marcada vulnerabilidad a los juicios ajenos, tanto actuales como previstos.

A través de este método no se está interesado en develar una “verdad” oculta a los ojos del paciente, sino en lograr una mayor flexibilidad y mayores distinciones en la experiencia, diferenciando la experiencia de la explicación y el modo en que el paciente se autorrefiere las experiencias.

Finalmente, podemos señalar en torno a la terapia postracionalista con pacientes que se autodefinen como obesos, “... hay que evitar acuerdos sobre objetivos terapéuticos que tengan una finalidad relativa a la modificación del peso corpóreo. Tales acuerdos, además de enredar al terapeuta volviéndolo ineficaz, lo alejan del concepto de síntoma que caracteriza a una aproximación postracionalista en términos de estrategia. En otras palabras, el síntoma no es otro que una estrategia, la mejor que la paciente ha individualizado en aquel determinado contexto familiar, para hacer frente a una sensación inconsistente y vaga de sí misma.”<sup>41</sup>

---

41 Guidano, V. El sí mismo en proceso. (1994). Barcelona. Paidós.

## 4. MARCO METODOLÓGICO.

### 4.1. Enfoque Metodológico.

Durante el proceso de medición de una variable es frecuente que se crea que se trata siempre de cosas exclusivamente numéricas: el peso, la estatura, presión arterial, glucosa en suero, colesterol, etc. Sin embargo, “el concepto de medición es mucho más amplio, ya que implica reglas para asignar, símbolos a objetos de manera que:

1. Representen numéricamente cantidades de atributos o
2. definan si los objetos caen en las mismas categorías o en diferentes con respecto a un atributo determinado”<sup>42</sup>

Así, cuando se diagnostica a una persona como obesa, diabética, o si alguien padece una depresión reactiva, un trastorno de personalidad esquizoide o bulimia nerviosa, estamos midiendo al sujeto.

También realizamos mediciones al determinar si un paciente presenta mejoría o empeoramiento: categorizar por atributos es medir. En psicología, como en algunas otras disciplinas de la salud, es difícil medir aspectos no físicos, por lo que se debe recurrir a modelos más o menos adecuados a la realidad. El problema está precisamente en determinar cuánto es “más o menos”.

Tanto médicos como psicólogos pretenden generalizar el comportamiento de las enfermedades, determinar su pronóstico o los resultados de algún tratamiento. Por supuesto en el plano individual los resultados no pueden ser predecibles. Por lo que

---

42 Nunnally JC, Bernstein IH. Teoría Psicométrica. (1999). México. Mc Graw-Hill. 2ª ed.

es necesario un abordaje sistemático que aclare el camino conceptual y metodológico de la investigación psicológica en obesidad.

Considerando lo expuesto anteriormente es que nuestra investigación estará basada en una *metodología cualitativa*, abocada a producir datos descriptivos a través de los cambios que expresan los pacientes que se autodefinen como obesos durante el proceso terapéutico.

Al aplicar este método terapéutico, nos centraremos en la primera fase de la terapia postracionalista, que para efectos de esta investigación tendrá una duración de doce sesiones, después de las cuales, el paciente debería estar en condiciones de reformular la sintomatología que presentaba al inicio de la terapia, en tanto motivo de consulta y como un aspecto de su sensibilidad al juicio y/o expectativas de los otros significativos, conectándose con situaciones emocionales.

Esta reformulación interna del problema le permitirá descentrarse de los criterios externalizadores y lo recentrará en criterios internos emotivos, es decir, se trata de posibilitar al paciente el espacio para que pueda descubrir que sus trastornos de sobrepeso, están en directa relación con sus problemas emocionales.

#### 4.2. Tipo de Investigación.

En la investigación de problemáticas sociales se identifican por lo general dos grandes enfoques que se plantean como contrapuestos o como “extremos de un continuum.”<sup>43</sup> Por un lado, el enfoque positivista o cuantitativo, basado en el paradigma de las Ciencias Naturales, que trabaja con elementos medibles y busca arrojar resultados reproducibles y confiables, simplificando la realidad y que recurre al lenguaje de los números, “ignorando o subestimando el carácter subjetivo y fenomenológico de la experiencia humana.”<sup>44</sup>

Por otro lado, encontramos el enfoque cualitativo que tiene su origen en la fenomenología y está basado en el paradigma de las Ciencias Sociales. Las investigaciones realizadas con una aproximación cualitativa trabajan con sentidos subjetivos y permiten rescatar las dimensiones humanas de los fenómenos sociales, que se explican desde el punto de vista de los actores y no desde el investigador, como sucede con el método cuantitativo.

El investigador cualitativo parte del supuesto que cada sujeto es constructor de su propia realidad, a la cual da una interpretación subjetiva. En este sentido, no se busca comprobar la veracidad de su relato, sino comprender cómo significa el mundo que lo rodea.

Nuestra investigación es un estudio empírico teórico de tipo exploratorio descriptivo. Los estudios de tipo exploratorio tienen como objetivo “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado” y “sirven para aumentar el grado

---

43 Pedersen, D. El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud, en Ciencias Sociales y Medicina: Perspectiva Latinoamericana. (1992). Santiago de Chile. Universitaria. p.201.

44 *Idem.*

de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y para establecer prioridades para investigaciones posteriores.”<sup>45</sup>

Los estudios descriptivos, por otro lado, tienen como propósito “decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.”<sup>46</sup> Dado que no pretendemos indicar cómo se relacionan las variables o los conceptos medidos, no trabajaremos con hipótesis, sino con objetivos.

Las técnicas adscritas a este modelo de investigación, aparecen como las más apropiadas para estudiar las dimensiones netamente subjetivas de nuestros pacientes que se autodefinen como obesos y suponen la necesaria apertura de los investigadores. El acercamiento empírico a través de técnicas cualitativas, nos permitirá explorar de manera más adecuada la problemática que aborda esta investigación.

Consideramos que la metodología cualitativa, es la que nos facilitará una aproximación al estudio de la Obesidad a través de pacientes que se autodefinen como tales, bajo una mirada postracionalista, dado que se parte del supuesto de que el mundo social, es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción.

Nos interesa entrar en la descripción que los pacientes que se autodefinen como obesos hacen de sus vivencias, las que pueden ser capturadas, a través de la narrativa que da cuenta del mundo propio, de un orden perceptivo particular, único, pero siempre relacionado con sus figuras significativas primeras, todo lo cual podrá circular a través del lenguaje.

---

45 Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista P. Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa, en Metodología de la Investigación. (1994). México. McGraw-Hill. pp. 59-60.

46 Idem pp. 61-62.

El método cualitativo de investigación, nos permitirá conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia, sus significados, su mantenimiento y participación a través del lenguaje y de otras construcciones explicativas. Por lo tanto, nuestro interés no estará centrado en estandarizaciones comparativas, relaciones entre las medidas o en establecer categorías rígidas.



### **4.3. Delimitación del campo a estudiar.**

Nuestra Investigación estará dirigida a aplicar una metodología de intervención terapéutica a pacientes que se autodefinan como obesos, independientemente del peso corporal o la apariencia física del paciente, quedando fuera de la muestra todos aquellos pacientes obesos mórbidos, pacientes con problemas endocrinológicos, con trastornos alimenticios anorécticos y menores de edad.

#### **4.3.1. Universo.**

Trabajaremos con personas que se autodefinan como obesos de la Región Metropolitana. De acuerdo a nuestro estudio de carácter cualitativo, será relevante en la autodefinición, la narrativa que presenten las personas, la que dará cuenta de cuáles son los elementos que tienen en cuenta para autoreferirse como obesos, entre los que pueden estar: sentimientos, sensaciones, pensamientos que experimentan en su relación con los otros y a su propia autoimagen.

#### **4.3.2. Muestra.**

Dado el carácter cualitativo de nuestra investigación, trabajaremos con una muestra intencionada de nueve personas que se autodefinen como obesos, entendiéndose por “muestra intencionada” una muestra estructuralmente representativa\* que no es aleatoria, sino seleccionada según criterios teóricamente informados y establecidos por el investigador.

---

\* La muestra, tanto en las investigaciones cualitativas como cuantitativas, debe ser representativa. En la investigación cualitativa la representatividad es de tipo estructural; en la investigación cuantitativa, en cambio, es de tipo estadístico.

#### **4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de la información.**

Dado nuestro marco teórico, y de acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación aplicaremos como instrumentos: la intervención terapéutica y el cuestionario de resultados OQ- 45.2.

##### **4.4.1. Intervención Terapéutica.**

Se realizarán doce sesiones con cada paciente, con el objeto de aplicar un procedimiento terapéutico de carácter psicológico, bajo la mirada del post racionalismo, que permita que los pacientes logren modificar de manera significativa la estrategia que han desplegado para circunscribir sus trastornos emocionales, a un problema más específico y particular como es la obesidad; en otras palabras queremos que los pacientes logren cambios a nivel psicológico.

##### **4.4.2. Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: OQ-45.2.**

El Cuestionario de autoevaluación OQ-45.2, fue desarrollado en Estados Unidos por Lambert y Colls en 1996. La evaluación se hace a través de tres áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social.

Ha sido adaptado y validado, con normas obtenidas para la población de nivel socio-económico medio-bajo y bajo, entre quince y sesenta años, de la Región Metropolitana de Chile. El instrumento demostró ser confiable. Asimismo, mostró tener validez concurrente con un instrumento chileno que mide sintomatología. Es válido en su sensibilidad a la psicopatología. También es válido en su sensibilidad al

cambio, probando su capacidad de detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico, como también a lo largo de éste.

El OQ-45.2 es un cuestionario que busca medir estado, no rasgo, por lo que resulta conveniente resaltar también, que en la aplicación, los pacientes contesten en función de cómo se han sentido la última semana.

El OQ es sensible a cambios ocurridos durante el tiempo de terapia según las comparaciones "antes-después".

Entre algunas de las cualidades de este instrumento es que puede ser usado en distintos contextos teóricos para que sus resultados sean comparables.

Un instrumento así abarca las principales sintomatologías y causas que llevan a un paciente a buscar psicoterapia.

Como lo explican Lambert y Colls. (1996) el OQ mide el progreso del paciente en terapia y se ha diseñado para su aplicación repetida durante la terapia y al término de ésta.

Al plantear Lambert las tres subescalas sugiere un continuo desde cómo el paciente se siente internamente, cómo se relaciona con otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio.

Las tres subescalas que mide son:

- a) **Síntomas, malestar subjetivo:** incluye síntomas preferentemente depresivos y angustiosos además de somatizaciones y conductas adictivas y autodestructivas.
- b) **Relaciones Interpersonales:** abarca aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades y conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación.
- c) **Rol Social:** evalúa rendimiento laboral, distracción y tiempo libre, es decir, descontento, conflicto, exceso de trabajo, estrés, ineficiencia, etc.

El Cuestionario utiliza una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal. Se responde eligiendo entre cinco categorías de acuerdo a que tanto le ocurre lo señalado en cada uno de los ítems: "Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Con frecuencia" y "Casi siempre".

El puntaje del OQ se obtiene simplemente sumando el puntaje obtenido en cada ítem. El OQ entrega un puntaje total y uno para cada escala. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto el rango del puntaje del OQ total va de 0 a 180 puntos, indicando un mayor discomfort el puntaje mayor. La escala de sintomatología comprende 25 ítems, la de relaciones interpersonales 11 y la de rol social 9 ítems.

**Normas para la tabulación de OQ:**

- **El Puntaje de Corte (PC):** es el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional.
  
- **El Índice de Cambio Confiable (ICC):** es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento que indica que el cambio es estadísticamente significativo.

El cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo cuando el puntaje final está bajo el PC y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor al ICC. 47

---

47 Jacobson, NS y Truax, P. (1991). Clínica Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

#### **4.5. Plan de Análisis de la Información.**

El análisis de datos consistirá concretamente en:

- Recoger las respuestas que los pacientes entreguen cuando se les aplique el Cuestionario de Resultados OQ-45.2 para visualizar sesión a sesión cómo el paciente se siente internamente, cómo se relaciona con otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio en directa relación con la obesidad desde la cual se han autodefinido.
- Registrar sesión a sesión los relatos que los pacientes hacen a propósito de la problemática a que se ven enfrentados por su obesidad y cómo van relacionando esto, con sus problemas de orden emocional.

A partir de ambos instrumentos, pretendemos determinar ¿qué cambios a nivel emocional, del sentido de sí mismo, de la autovaloración, del modo de autorreferirse la experiencia, han podido alcanzar los pacientes después de la intervención terapéutica?

## 5. Análisis de los Datos.

*Vivencias que expresan los pacientes obesos al inicio, durante y al final del proceso terapéutico.*

### Análisis Descriptivo.

#### Caso Sonia:

Al Inicio:

“Hace mucho tiempo que en mi casa no hay espejos...tengo uno pequeñito, sólo para verme la cara.”

Durante:

“...es muy difícil romper este círculo, me deprimó, como y engordo...”

“Cuando tenía relaciones sexuales con mi pareja, me daba vergüenza que me viera desnuda, yo exigía luz apagada.”

Al Final:

“Estoy mejor, me siento hasta menos gorda, más livianita...el otro día me vi en una vitrina del mall, y no sentí ese rechazo que sentía antes...sonríe.”

“...no me siento tan distinta a las demás personas como antes...antes me sentía como un fenómeno, una amorfa...había un personaje en batman que era el guasón...así me veía yo, gorda, enorme, amorfa, fea; ahora me siento más normal.”

**Caso Ana:**

Al Inicio:

“Me siento sola, no tengo nadie que me escuche, siento que no soy importante para nadie, cada vez me encierro más y no comparto, porque creo que a nadie le va a interesar lo que yo piense o haga.”

Durante:

“...soy muy sensible, me cuesta olvidar lo que me dicen cuando se refieren a mí con palabras duras.”

Al Final:

“Me ha hecho bien hablar, me siento mejor; aquí me siento escuchada, siento que valgo.”

**Caso Erika:**

Al Inicio:

“Quiero estar mejor...quiero quererme.”

“Recuerdo con admiración a mi padre: el era cariñoso creía en mi, era mi modelo...”

“ahora me siento sola, no tengo el apoyo de nadie, de ningún familiar.”

Durante:

“Siento como si estuviera haciendo aseo en mi closet, me siento más liviana, tenía cosas guardadas de hace mucho tiempo y me estaban causando mucho dolor.”

Al Final:

“Ahora que converso con usted estos temas, me siento más liviana, incluso el otro día me atreví a ponerme unos pantalones que tenía guardados hace tiempo.”



**Caso Pamela:**

## Al Inicio:

“Es el momento de preocuparme de mí, de darme un tiempo, de darme una oportunidad, de enfrentar esto que me está haciendo daño y que también está influyendo en todo mi entorno familiar.”

“He pensado que ud. ha tenido mala suerte de tocarle yo como su paciente, por todos los problemas que tengo.”

“Hay días que no siento deseos de nada; me quedo acostada y ni siquiera siento preocupación por mi aseo personal.”

## Durante:

“Siempre me he mostrado ante las personas como alegre, dinámica, pero nadie se podría imaginar el tremendo sufrimiento que llevo; nunca me he querido...”

“Mi pareja me ha dicho que me quiere tal cual soy, pero se me hace difícil aceptarlo. Me dice que debo aprender a quererme y aceptar mi cuerpo...”

“He tenido intenciones de no seguir viniendo; creo que me puede estar pasando lo de siempre, que comienzo algo y que no lo termino; pensaba no venir porque no quería dejar a mi hija solita.”

“Siempre tengo que estar mintiendo para que las otras personas me puedan aceptar y no piensen que soy tonta.”

## Al Final:

“...en este tiempo me he dado cuenta, que en mi casa debo ser la que manda y no me debo dejar llevar por las opiniones de mis hijos.”

“Me he sentido incómoda, mi pareja intenta seguir controlándome... debe entender que soy una adulta.”

**Caso Carmen:**

## Al Inicio:

“Me cuesta mucho hablar de mí; a nadie le cuento mis cosas, siempre me las voy guardando...”

“Me siento incómoda porque no me gusta que la gente me vea como débil.”

“Tengo la sensación de que lo que me ha tocado vivir, no puede ser cambiado...”

## Durante:

“A veces me da rabia porque me doy cuenta que aguanto muchas situaciones injustas. Incluso mis hijos me enrostran por qué no le hago más exigencias a mi esposo.”

“En los temas de pareja siempre he cedido en todo; cuando no trabajaba y mi esposo era alcohólico, teníamos sexo a la hora que él lo decía, aunque yo no tuviera deseos.”

“Mi esposo es muy celoso; me interroga acerca de lo que hablo en mi terapia...en otro tiempo le habría explicado todo...ahora no.”

## Al Final:

“Me he sentido muy bien viniendo a las sesiones...hay cosas que nunca había hablado.”

“...descubro que lo que yo siento también es importante...a veces evitaba conflictos por no molestar...y me guardaba lo que yo sentía, ahora lo veo de otra manera...”

**Caso Marcelo:**

## Al Inicio:

“Tenía mucha duda respecto de si yo podría ser incluido en el trabajo de investigación de usted porque me imaginaba que era para obesos mórbidos...no sé si sirvo para esto.”

“...me ocurrió en el baño de la casa de mi prima, que al mirarme en el espejo grande, me di cuenta que mi cuerpo era feo, gordo, amorfo.”

## Durante:

“Tengo interés en aprender a manejar la angustia porque me doy cuenta que a veces como sin tener hambre y en otras ocasiones como habiendo recién comido; yo creo que es de angustia.”

## Al Final:

“...me he estado dando cuenta que comer más o comer menos no es el problema principal...”

“...me acuerdo que siempre mi mamá me decía todo lo que tenía que hacer y me exigía hacerle caso; era como que ella siempre estaba tomando las decisiones por mí y yo era muy obediente en eso...ahora lo recuerdo, a propósito de que siempre he hecho lo que los demás querían y no siempre me daba cuenta.”

**Caso Myriam:**

Al Inicio:

“Siento que era un deber cuidar a mi madre enferma, no me permito ninguna rabia...sé que tuve que dejar mi trabajo y mi vida social, pero mi madre estaba antes que yo...”

Durante:

“...he estado pensando que tengo una rabia enorme con mi mamá, ella nunca puso nada de su parte para mejorarse. Yo tuve que dejar todo por ella.”

Al Final:

“Me cuesta decirlo, pero estoy pensando que es legítimo tener mucha rabia por haber dedicado once años de mi vida sola y exclusivamente a cuidar a mi madre, es como si yo me hubiera dejado de lado...así dejando que pasara lo que pasara conmigo y al final termine así (muestra su cuerpo) como usted me ve.”

**Caso Marlene:**

Al Inicio:

“Un tema que siempre me descompone es el de mi hermano, él es drogadicto y todos lo sobreprotegen...yo nunca digo nada, a él todo se lo valoran y aplauden...a mí nada...”

Durante:

“Yo trabajo, apporto a la casa (económicamente), soy como la dueña de casa, mi mamá es sumisa y aguanta todo.”

Al Final:

“...me hace bien venir...que me escuchen, tengo ganas de decir lo que creo...incluso el otro día hablé con mi papá y le dije que era bueno ponerle límites a mi hermano...”

**Caso Isabel:**

Al Inicio:

“Mis compañeros de curso no me toman en cuenta... creo que todo lo que digo lo digo mal, ellos me hacen a un lado, creo que es por mi apariencia física...es que como soy gordita...”

Durante:

“Me cuesta pensar que no siempre son los otros los que me hacen daño, sino que yo siempre le he atribuido a otro mis temores...”

Al Final:

“He descubierto tanto, hablando y siendo escuchada...no me siento enjuiciada.”

**Análisis Interpretativo:**

Podemos decir que las vivencias que expresan los pacientes al inicio del proceso terapéutico, en general se relacionan, con un fuerte sentimiento de soledad, acompañada de una autocalificación negativa de sí mismo, asociada a su apariencia personal, que es referida con duros calificativos tales como: “obesa, amorfa, fea, vaca, chancha, anormal, etc”, lo que da cuenta de una muy baja autoestima.

Es importante señalar que una de las dificultades iniciales, fue que a los pacientes les resultaba muy difícil hablar de sí mismos; casi todos referían que estaban acostumbrados a guardarse lo que sentían y que esa condición era algo que en su mayoría habían aprendido en sus familias desde muy pequeñas. En el caso de Carmen ella señala: “me cuesta mucho hablar de mi, a nadie le cuento mis cosas, siempre me las voy guardando.”

Otras de las vivencias expresadas al inicio del proceso terapéutico, están en relación con el tema de sentir que se han abandonado como personas, con una alta sensación de imposibilidad de cambiar el curso de su vida, de una pasiva aceptación o resignación de las condiciones de vida actual; Sonia expresa esto mismo diciendo que: “siento que he perdido los últimos quince años de años de mi vida, me da mucha pena decirlo, pero estuve vegetando, me había olvidado de mí...”.

Por otro lado, Myriam dice: “me cuesta decirlo, pero estoy pensando que es legítimo tener mucha rabia por haber dedicado once años de mi vida sola y exclusivamente a cuidar a mi madre, es como si yo me hubiera dejado de lado... dejando que pasara lo que pasara conmigo y al final termine así... como usted me ve.”

Descubrimos que en los relatos de las pacientes predominan los aspectos cognitivos y una clara dificultad para conectarse con sus aspectos emocionales, es el caso de Sonia quien en una sesión decía: “La gordura es mi problema... nadie quiere estar con una gorda... pero es un problema cultural, en otros países no ocurre. Aquí existe mucha discriminación.”

Los pacientes llegaban muy mal emocionalmente y con muy bajas expectativas respecto de lo que ellos pudieran hacer por sí mismos en este proceso que iniciaban, más bien esperaban que los logros que se pudieran alcanzar dependieran casi exclusivamente del terapeuta.

Un elemento común a casi todos los pacientes, es el relato que ellos hacen de un evento desencadenante y causante de todos sus problemas, es decir, circunscriben su historia a un acontecimiento que presentan como la explicación a su problema de sobrepeso actual. Tal es el caso de la experiencia de Erika quien en la segunda sesión indica lo siguiente: “quiero decirle algo muy importante, que me cuesta mucho decirlo, pero creo que es el origen de todos mis problemas... a los seis años de edad fui abusada por un hombre mayor amigo de mi familia... nunca se lo dije a nadie...”.

Observamos que durante el proceso terapéutico los pacientes se ven enfrentados a mirar desde otro punto de vista su situación, pareciera que el tema de la gordura dejara de ser el motivo central de sus problemas, y que empiezan a aparecer algunos temas más bien relacionados con aspectos emocionales, vinculados a sus figuras significativas, a su temor a la desconfirmación, y la alta sensibilidad al juicio externo. Es el caso de Marcelo “me acuerdo que siempre mi mamá me decía todo lo que tenía que hacer y me exigía hacerle caso; era como que ella siempre estaba tomando las decisiones por mí y yo era muy obediente en eso... ahora lo recuerdo, a propósito de que siempre he hecho lo que los demás querían y no siempre me daba cuenta.”

Hacia el final de la terapia la mayoría de los pacientes se sienten más aceptados por ellos mismos.

Manifiestan sentir que valen como personas, que ha mejorado su autoestima, refirieren una sensación de alivio al poder dar a conocer sentimientos que consideran más íntimos. Por ejemplo Carmen: “me he sentido muy bien viniendo a las sesiones, hay cosas de las que nunca había hablado... descubro que lo que yo siento también es importante...a veces evitaba conflictos por no molestar y me guardaba lo que yo sentía, ahora lo veo de otra manera.”

La relación con su cuerpo es un elemento que sigue estando presente de manera muy significativa en la vida de cada paciente, y que en algunos casos tiende hacia una mayor aceptación, es el caso de Erika, quien señala lo siguiente: “ahora que converso con usted estos temas, me siento más liviana, incluso el otro día me atreví a ponerme unos pantalones que tenía guardados hace tiempo.”

Existe una tendencia a colocar entre paréntesis lo que los otros dicen y demandan de ellos, haciendo validar gradualmente sus propias ideas.

Nos parece significativo señalar que hacia el final de este proceso terapéutico, el comer más o comer menos deja de ser el tema central que expresan los pacientes y comienzan a aparecer otros temas relacionados con las distintas tonalidades emocionales que viven con relación a los elementos de la identidad personal y su sensibilidad al juicio externo. Como dice Carmen: “en cuanto a la tristeza que siento, puedo decir que son de dos tipos, una tristeza con pena que la siento ahora que mi padre está hospitalizado y que la tengo que vivir de manera natural. Y una tristeza con rabia que siento por ejemplo cuando mi esposo me humilla y que es la que quiero evitar comiendo.”



*Relación que establecen los pacientes entre sus trastornos de obesidad y sus problemas emocionales.*

**Análisis Descriptivo.**

Las siguientes verbalizaciones de los pacientes están ordenadas de acuerdo al proceso gradual que fueron realizando durante la terapia, en torno a la relación entre los trastornos de obesidad y sus problemas emocionales.

**Caso Sonia:**

“La gordura es mi problema...nadie quiere estar con una gorda...es un problema cultural, en otros países esto no ocurre, aquí existe mucha discriminación... me enojo y como, no paro de comer hasta que siento aliviada la rabia.”

“Siempre tengo la sensación de que estoy haciendo las cosas mal. Me siento insegura y esto lo relaciono con mi gordura.”

“...me siento obesa y esto me produce mucho sufrimiento, afecta mi estado de ánimo.”

**Caso Ana:**

“...con la gordura me protejo...evito sufrir, no quiero que me hagan daño.”

“...me acuerdo de los problemas de mi familia, y me levanto de la cama a comer algo...se me olvida la preocupación y me voy a acostar.”

“Lo que pasa, es que uno con la comida va compensando cosas que le faltan.”

“Me siento angustiada esperando la hora en que debo comer.”

**Caso Erika:**

“Cuando me miran en la calle, yo pienso inmediatamente que es porque soy gorda... llego a la casa, abro el refrigerador y me como todo lo que hay dentro, después me arrepiento.”

“...no he tenido las rabietas que tenía en mi casa...no he llorado...antes lloraba casi todos los días...me he sentido escuchada...usted me escucha y no me critica... tampoco me desquito comiendo.”

“El comer es para mí un momento agradable y siempre busco comer las cosas más ricas. Me pasa que me aferro a la comida para salir del estado en que me siento mal... pienso que por eso engordo.”

**Caso Pamela:**

“Quizás mi manera de ser me venga de la relación con mi familia: mi papá siempre me decía que yo era la manzana podrida. Me da rabia y como”.

“Me separé de mi esposo porque pensaba que él no se merecía una mujer gorda como yo. Me doy cuenta que no valió la pena intentar ser delgada, porque él me cambió por otra.”

“Algunas veces he discutido con mi hijo porque le digo que si acaso le doy vergüenza que no me presenta a sus amigos; pero que para pedirme dinero, no le da vergüenza.”

“Me hace recordar lo que me pasaba cuando chica. Mi padre nos castigaba y eso me hacía desear tener un gran cuerpo en el que se pudieran refugiar mis hermanos menores... al recordarlo siento tristeza porque no me ha servido tener un cuerpo grande; al sentirme gorda, me da vergüenza.”

**Caso Carmen:**

“Vengo porque siento que tengo muchos kilos de más y esto me da lata porque no puedo usar cualquier ropa; siempre tengo que buscar que la ropa me quede suelta para que no se me noten los rollos.”

“Esta situación se da más en mi casa, sobretodo cuando hay peleas con mi marido al que le gusta discutir por todo. Después de eso me voy al refrigerador a ver qué cosas ricas me puedo comer.”

“En mi casa siempre estoy tratando de que todos se sientan contentos; a veces llego muy cansada del trabajo, pero si me piden algo me doy ánimo y lo hago... luego de esto me da una tremenda rabia. Esto también me ocurre con mis hermanas o mis padres.”

“Cuando estoy alegre no me voy al refrigerador.”

“En cuanto a la tristeza que siento, puedo decir que son de dos tipos: una tristeza con pena que la siento ahora que mi padre está hospitalizado y que la tengo que vivir de manera natural. Y una tristeza con rabia que siento por ejemplo cuando mi esposo me humilla y que es la que quiero evitar comiendo.”

**Caso Marcelo:**

“Me siento que estoy fallando porque en mi trabajo es muy importante el cuerpo. Se maneja un concepto de belleza que creo es de tipo social. Trabajamos haciendo eventos de belleza, para lo cual debemos ponernos poleras apretadas y mi jefa me dice que en las condiciones que estoy no me puedo subir al escenario.”

“Me siento ordinario, como trabajador de la feria; porque las personas que trabajan en eso son todos así de “guatones”.”

“Cuando tengo que trabajar en regiones mi esposa no se preocupa de que pueda serle infiel, sino que me advierte que “no coma”.”

“Me pasa que cuando me miro en el espejo, me siento que estoy fallando porque me siento gordo y no estoy haciendo lo que en mi trabajo exigen en cuanto al cuerpo. Siempre me paro frente a los espejos y me pongo en diferentes posiciones; me tomo el cuerpo y me encuentro gordo, me siento avergonzado, me siento muy mal, bajoneado.”

“Me siento mal con la gordura que tengo. Siempre tengo que usar ropas anchas, y cuidarme cuando me siento o al estar de pie para que no se me vean los rollos... siempre tengo que disimular mi figura.”

#### **Caso Myriam:**

“Cuando paso rabias con mi patrona, cuando ella me dice que soy ineficiente porque no bajo de peso, me da rabia, me quedo callada y me aguanto, después abro el refrigerador y como lo que pillo hasta llenarme. Lo mismo hago cuando peleo con mi hermano. Como y como hasta que me duele el estomago.”

“No tengo trabajo por que la gente solo valora lo físico y no ve lo intelectual. Yo soy gorda y estoy cesante”.

“Quisiera ser flaca y así no tener ningún problema”

**Caso Marlene:**

“Cuando me quiero probar ropa o irme a comprar ropa nueva, me da mucha rabia. Todo lo hacen por las flacas, me frustró creo que las flacas no sufren como yo.”

“Llego a la casa y como ni siquiera me miro al espejo, como hasta que me relajo y se me pasa el malestar...de acá...del corazón, pero después me duele el estómago.”

“La comida me relaja, me quita la pena, quisiera no hacerlo, pero es la única forma que sé para que se me pase.”

**Caso Isabel:**

“Siempre que me siento desvalorizada, frustrada, maltratada (eso me pasaba también cuando era niña), como y como pasteles, chocolates, cosas dulces, es como si eso le pusiera la nota buena a mi vida.”

“Se me quita el malestar cuando como cosas dulces, me escondo para comer y que mi pareja no me vea.”

“Tengo que ir a bailar, me pruebo la ropa y parezco prieta, me da rabia, abro el refrigerador y como.”

**Análisis Interpretativo:**

Observamos que al inicio del proceso terapéutico, los pacientes en sus verbalizaciones expresan sentirse obesos y tienden a relacionar este problema con algún evento o situación concreta y específica de su historia de vida.

Pudimos observar que en general, a partir de hechos concretos que ellos identifican, tienden a construir explicaciones que le dan cierto equilibrio a sus vidas, es decir que les permiten vivir con una idea que para ellos resulta coherente y que identifican como las causas indiscutibles de sus problemas. En otras palabras, sus relatos casi siempre tienden a dar cuenta justificativamente de aquello que les sucede y que no llegan a comprender en profundidad, dado que esa explicación no da cuenta de los problemas emocionales que están a la base de su trastorno alimentario.

Es el caso de Sonia, quien señala: “...la gordura es mi problema...nadie quiere estar con una gorda...es un problema cultural, en otros países esto no ocurre, aquí existe mucha discriminación... me enoja y como, no paro de comer hasta que siento aliviada la rabia.” Podemos ver que la paciente se siente obesa y eso le provoca un problema, pero atribuye a una causa de orden cultural su malestar en torno a la obesidad, sin llegar todavía a descubrir los aspectos emocionales que están a la base y ausentes en su explicación.

En este caso puntual, la intervención terapéutica apuntó a que la paciente lograra establecer una clara diferencia entre la explicación que se da y las emociones que vive (experiencia emotiva) y de la cual no conoce.

Otro ejemplo es el de Erika quien manifiesta como causa de sus problemas actuales, la pérdida de su padre, quien murió hace once años, ella dice: “Recuerdo con admiración a mi padre: él era cariñoso, creía en mí, era mi modelo...ahora que no

está, me siento sola, no tengo el apoyo de nadie, de ningún familiar...me siento fea, gorda, a nadie le intereso.”

Observamos en este caso, cómo la paciente ha construido a partir de un hecho importante de su vida, la causa de sus problemas, agregando con su relato otra de las características propias de los pacientes DAP, como es la necesidad de otro significativo que los confirme, que les dé su apoyo, que los reafirme. Para ella la muerte de su padre es el motivo fundamental de todos sus problemas actuales, ya no hay quien la apoye, quien la confirme, no siente respaldo en nadie, en otras palabras, ella vive ese acontecimiento que la ha afectado, como una víctima pasiva.

Otra observación importante que podemos hacer, dice relación con el hecho que los pacientes hacen referencia en sus relatos a una particular forma que tienen de relacionarse con la comida. Dan cuenta que en muchas ocasiones el acto de comer no está vinculado necesariamente al hambre o a sus horarios de comida, sino más bien se realiza en el contexto de una vivencia que los hace sentir un profundo sentimiento de ambigüedad, de vacío, de fracaso, de humillación, donde se sienten menoscabados, angustiados, con una fuerte rabia que en la mayoría de los casos no saben manejar.

Es el caso de Myriam que señala: “Cuando paso rabias con mi patrona, cuando ella me dice que soy ineficiente porque no bajo de peso, me da rabia, me quedo callada y me aguanto, después abro el refrigerador y como lo que pillo hasta llenarme. Lo mismo hago cuando peleo con mi hermano... como y como hasta que me duele el estomago.”

Como podemos apreciar, la paciente que ha recibido una opinión de otra persona, que la connota negativamente, la hace sentir ineficiente, incapaz de responder a las expectativas del otro y como una forma de llenar esa sensación de vacío y frustración la paciente come, buscando en esta conducta sin darse cuenta, devolverse a sí misma una sensación de alivio y de compensación.

O el caso de Ana quien relata que: “con la gordura me protejo...evito sufrir...no quiero que me hagan daño”, “me acuerdo de los problemas de mi familia y me levanto de la cama a comer algo...se me olvida la preocupación y vuelvo a acostarme.”

Nuevamente observamos cómo la fuerte sensación de ineficacia ante una situación frente a la cual pareciera que no pueden hacer nada, les produce angustia, lo que sólo pueden llegar a disipar por medio del acto de comer. Es interesante detenernos en este aspecto, pues el comer se presenta como algo que pueden realizar a solas desmarcándose de la mirada y del juicio crítico de los otros, pudiendo experimentar una sensación de eficacia, de alivio.

Algo similar ocurre con el relato de Carmen, quien dice: “el comer es para mí un momento agradable y siempre busco comer las cosas más ricas. Me pasa que me aferro a la comida para salir del estado en que me siento mal... pienso que por eso engordo.” La misma paciente dice en otro momento de la terapia: “cuando estoy alegre no me voy al refrigerador.”

Lo anterior nos está indicando que los pacientes van logrando relacionar sus estados emocionales, tanto de tristeza como de alegría con el comer, encontrando en la mayoría de los relatos que ante momentos de mucha tristeza, decepción o rabia comen.



*Cómo los pacientes van relativizando los puntos de vistas externos, fortaleciendo los propios.*

### **Análisis Descriptivo.**

Las siguientes verbalizaciones de los pacientes están ordenadas de acuerdo al proceso gradual que fueron realizando durante la terapia en torno a cómo van logrando relativizar los puntos de vista externos, fortaleciendo los propios.

#### **Caso Sonia:**

“Siento que siempre he tenido que estar demostrando a los demás que soy una persona valiosa...siempre me preocupo por lo demás, pero los demás no siento que se preocupen por mí.”

“Ahora siento que estoy haciendo algo por mí, no por los demás; no lo había sentido antes...venir a esta terapia es lo único que he hecho por mí, por nadie más, y eso me tiene contenta.”

“...veo que no siempre tienen la razón los demás en lo que dicen de mí y de las personas en general.”

**Caso Ana:**

“Yo soy la débil de mi familia...mis hermanos me lo dicen siempre, ahora creo que no es verdad...”

“Me dicen que no me quiero, porque no me cuido, porque estoy gorda...pero no me conocen, por eso dicen eso...”

“Me doy cuenta que es necesario decir lo que estoy pensando y sintiendo, aunque a mi familia no le guste.”

**Caso Erika:**

“Me siento sola, no tengo el apoyo de nadie, de ningún familiar.”

“Me siento como una perrita sola en el rincón...cuando alguien necesita algo de mi, ahí me buscan, pero sólo por eso, sino nadie se acuerda de mi.”

“Nadie me quiere...a nadie le importo.”

“Creo que yo soy una mujer valiosa, a veces me cuesta reconocerlo, pero este tiempo en que vengo a conversar de mí, he sentido que soy importante.”

**Caso Pamela:**

“Un día que sentí que mi pareja me interrogaba acerca de mis kilos demás, me puse a pensar que a lo mejor nuestra relación no iba a durar mucho.”

“...me vine tranquila a la terapia, a pesar de no haber dejado todo listo en mi casa... lo mejor de todo, es que no tengo la sensación de culpa que antes me acompañaba permanentemente. Estoy sintiendo que este es un tiempo para mí.”

**Caso Carmen:**

“Cuando mi esposo me exige que le diga de qué hablo en la terapia, le respondo que son mis propios temas.”

“Siento que hay cosas de mi vida que deben cambiar, a partir de las decisiones que yo tome, sin tener que estar pensando en dejar contenta a mi familia.”

**Caso Marcelo:**

“Hoy creo que mi trabajo (estilista), es más importante que mi apariencia física, es por eso que mis clientas me eligen y las mantengo por años.”

**Caso Myriam:**

“...decidí decirle a mi hermano, lo que me molesta de él...me costó, estaba asustada, pero no pasó nada...él me miro y creo que hasta me escuchó.”

**Caso Marlene:**

“He conversado con mi padre...antes me asustaba, hoy también, pero creo que tengo razón en lo que estoy sintiendo y creo que es bueno para mí que él sepa como me siento.”

“...he tratado de hacerlo con mi mamá, pero con ella me cuesta más... como es más temerosa, pienso que se puede enojar conmigo.”

**Caso Isabel:**

“Mi papá siempre se ha metido en cómo yo educo a mi hija...mi hija, es mía, yo la crié, vive conmigo, yo la mantengo... no estoy permitiendo que mi padre se meta en cómo yo la crío.”

“Él es sólo el abuelo, conmigo hizo lo que quiso... hoy estoy poniendo límites.”

### **Análisis Interpretativo.**

Los relatos demuestran que los pacientes siguen considerando que el juicio de las otras personas es para ellos importante, sin embargo, nos damos cuenta que esos mismos relatos nos van indicando que el efecto que produce en ellos dicho juicio se va modificando, comienza a ser diferente en el sentido que pueden tomar distancia, colocarlo entre paréntesis, poco a poco le van quitando el valor de algo incuestionable, y emocionalmente su reacción es de mayor seguridad dando paso al fortalecimiento del juicio propio alcanzando una idea de sí mismo mucho más confiable.

El caso de Ana nos ilustra lo anterior: “yo soy la débil de mi familia...mis hermanos me lo dicen siempre, ahora creo que no es verdad...me dicen que no me quiero, porque no me cuidan, porque estoy gorda...pero no me conocen, por eso dicen eso...me doy cuenta que es necesario decir lo que estoy pensando y sintiendo, aunque a mi familia no le guste.”

Otro ejemplo en la misma dirección es lo relatado por Sonia: “Ahora siento que estoy haciendo algo por mí, no por los demás; no lo había sentido antes...venir a esta terapia es lo único que he hecho por mí, por nadie más, y eso me tiene contenta. Veo que no siempre tienen la razón los demás en lo que dicen de mí y de las personas en general.”

En algunos pacientes más que en otros, pudimos notar en el transcurso de la terapia que se va produciendo una delimitación progresiva respecto de los otros lo que va aparejado con la consecuente relativización de esos otros.

Es el caso Marlene que en uno de sus relatos señala: “he conversado con mi padre...antes me asustaba, hoy también, pero creo que tengo razón en lo que estoy sintiendo y creo que es bueno para mí que él sepa como me siento.”

De la misma manera en un relato Pamela señaló: “...me vine tranquila a la terapia, a pesar de no haber dejado todo listo en mi casa... lo mejor de todo, es que no tengo la sensación de culpa que antes me acompañaba permanentemente. Estoy sintiendo que este es un tiempo para mí.”

Se puede afirmar que, un efecto importante durante el proceso terapéutico es que los pacientes van alcanzando un sentido creciente de individualidad y autonomía personal.

Indicador de lo anterior es lo que señala Myriam en uno de sus relatos: “hoy estuve arreglando mi ropa y tome unos pantalones que hace tiempo que tenía botados por que me daba vergüenza ponérmelos...”

En la misma dirección las palabras de Carmen también dan cuenta del logro que van alcanzando: “Siento que hay cosas de mi vida que deben cambiar, a partir de las decisiones que yo tome, sin tener que estar pensando en dejar contenta a mi familia.”

Marcelo refiere: “Hoy creo que mi trabajo (estilista), es más importante que mi apariencia física, es por eso que mis clientas me eligen y las mantengo por años.”

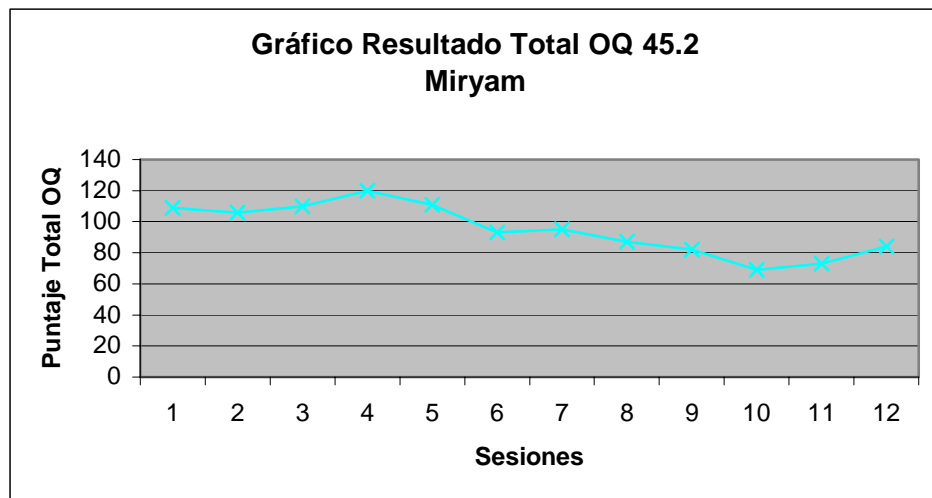
Comprobamos después de nuestra investigación, que para los pacientes de esta organización de significado personal DAP con trastornos alimenticios obesos, una de las cuestiones que les resulta más difícil de alcanzar y que requeriría de un proceso terapéutico mucho más largo, es la relativización del juicio externo, pues son pacientes que dados sus relatos, desde muy temprana edad están sujetos a los juicios de quienes ellos eligieron como figuras significativas, lo que se ve reforzado por el hecho de que estamos insertos en una cultura que privilegia la imagen corporal estereotipada.

*Análisis Descriptivo respecto de los cambios que experimentaron los pacientes durante el proceso terapéutico según el Cuestionario OQ-45.2*

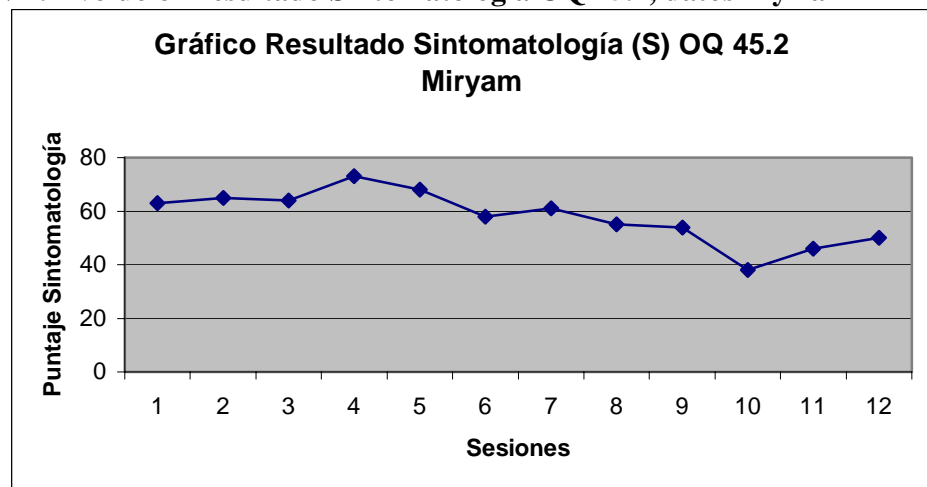
**Tabla N°1: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE MYRIAM:**

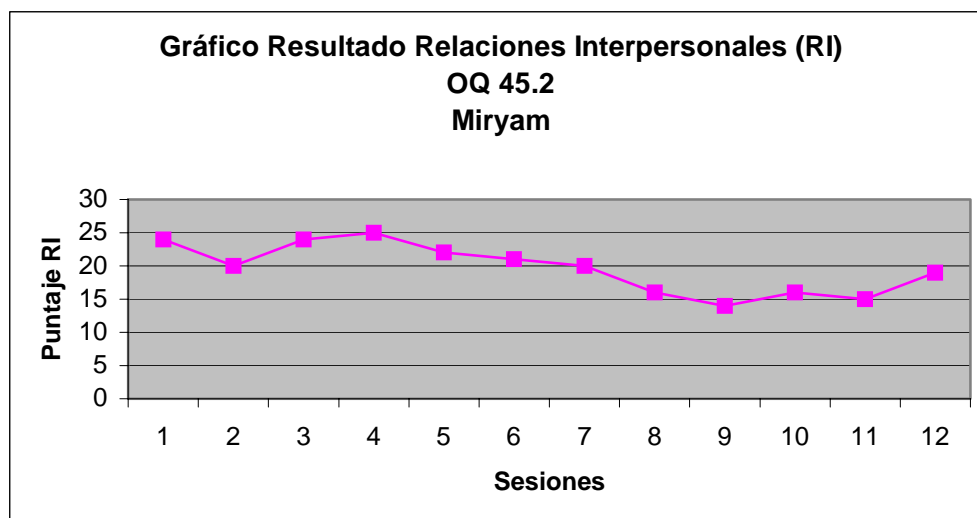
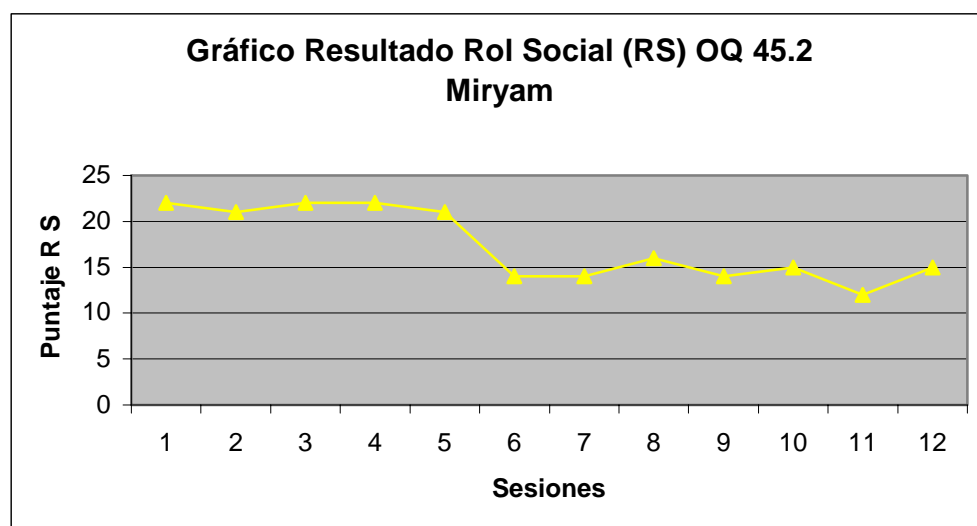
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	63	65	64	73	68	58	61	55	54	38	46	50
<b>RI</b>	24	20	24	25	22	21	20	16	14	16	15	19
<b>RS</b>	22	21	22	22	21	14	14	16	14	15	12	15
<b>Total</b>	109	106	110	120	111	93	95	87	82	69	73	84

**Gráfico N°1: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Myriam**



**Gráfico N°2: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Myriam**



**Gráfico N°3: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Myriam****Gráfico N°4: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Myriam****Tabla N°2: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Myriam**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	13	Con cambios significativos
RI	5	Sin cambios significativos
RS	7	Sin cambios significativos
Total	25	Con cambios significativos

**Tabla N°3: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Myriam**

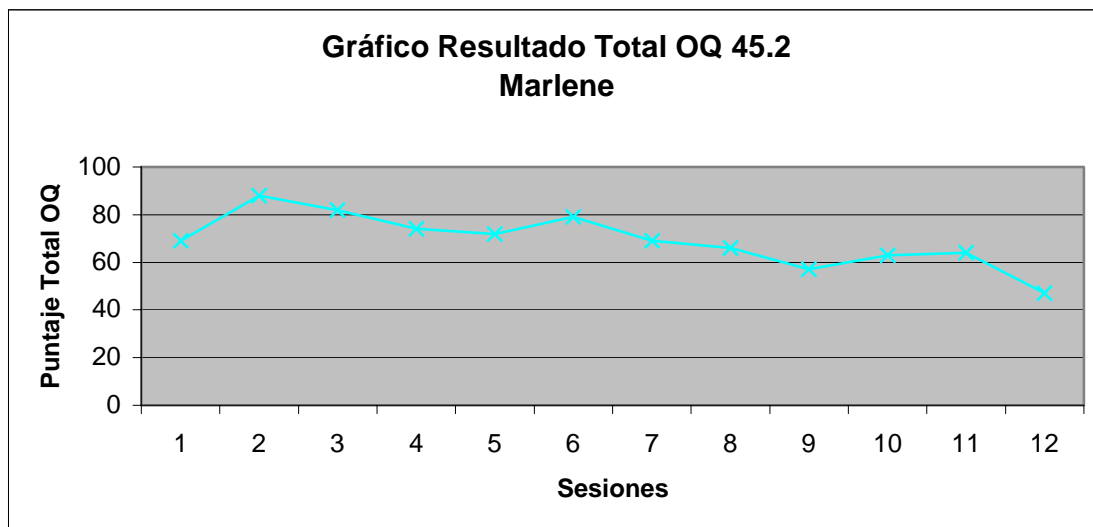
	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	50	Sin cambios significativos
RI	19	Sin cambios significativos
RS	15	Sin cambios significativos
Total	84	Sin cambios significativos



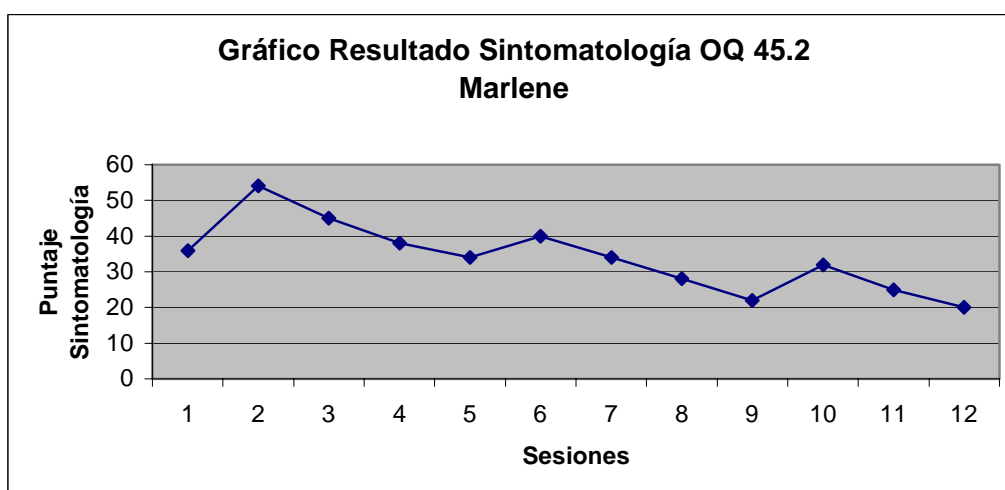
**Tabla N°4: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE MARLENE:**

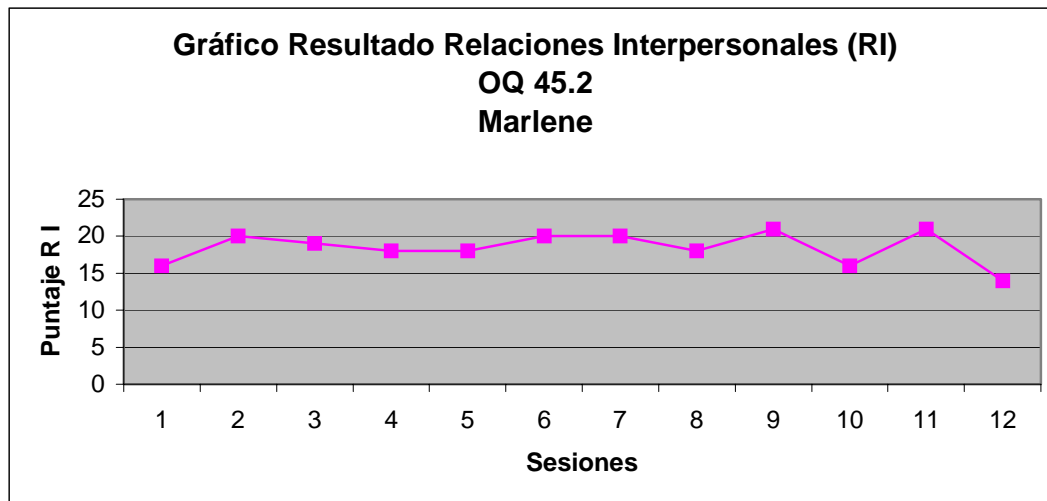
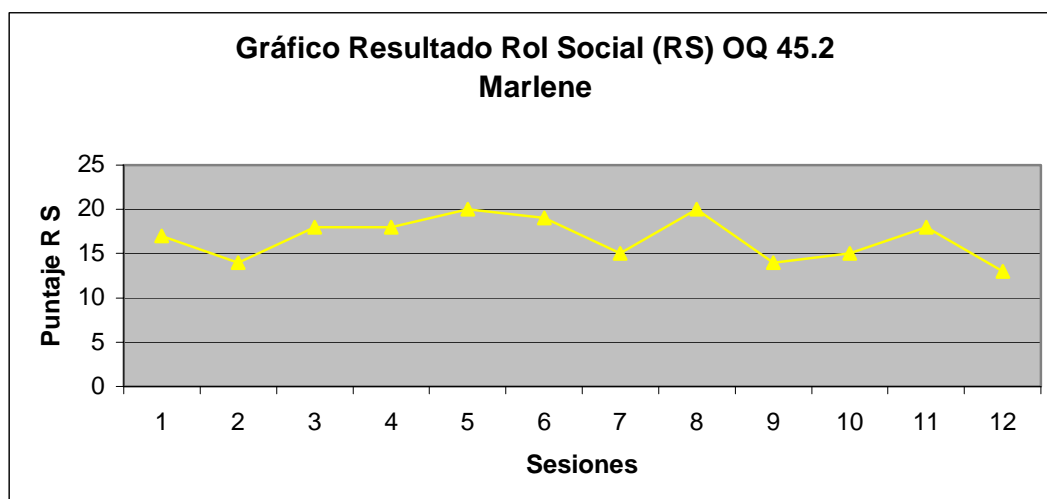
Sesión	1	2	3	4	5	3	6	7	9	10	11	12
<b>S</b>	36	54	45	38	34	40	34	28	22	32	25	20
<b>RI</b>	16	20	19	18	18	20	20	18	21	16	21	14
<b>RS</b>	17	14	18	18	20	19	15	20	14	15	18	13
<b>Total</b>	69	88	82	74	72	79	69	66	57	63	64	47

**Gráfico N°5: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Marlene**



**Gráfico N°6: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Marlene**



**Gráfico N°7: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Marlene****Gráfico N°8: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Marlene****Tabla N°5: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Marlene**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	16	Con cambios significativos
RI	2	Sin cambios significativos
RS	4	Sin cambios significativos
Total	22	Con cambios significativos

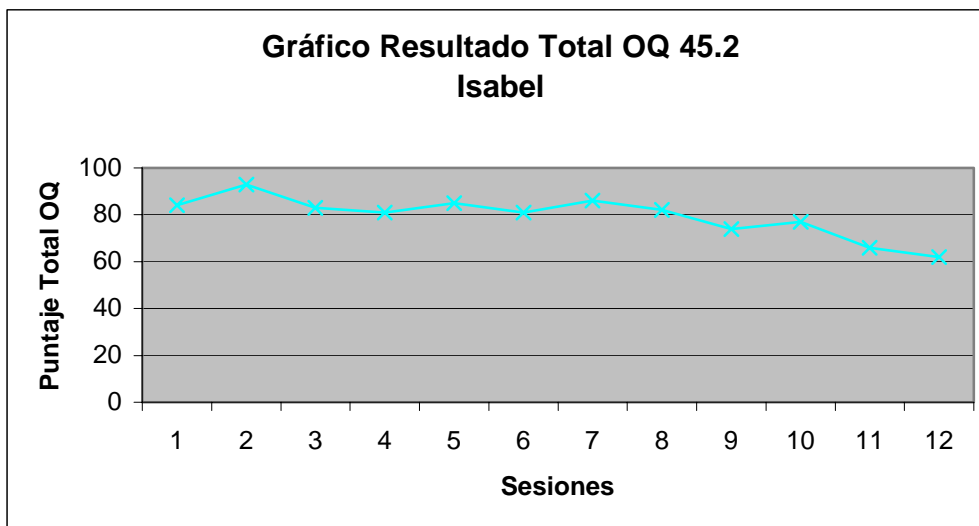
**Tabla N°6: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Marlene**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	20	Con cambios significativos
RI	14	Con cambios significativos
RS	13	Con cambios significativos
Total	47	Con cambios significativos

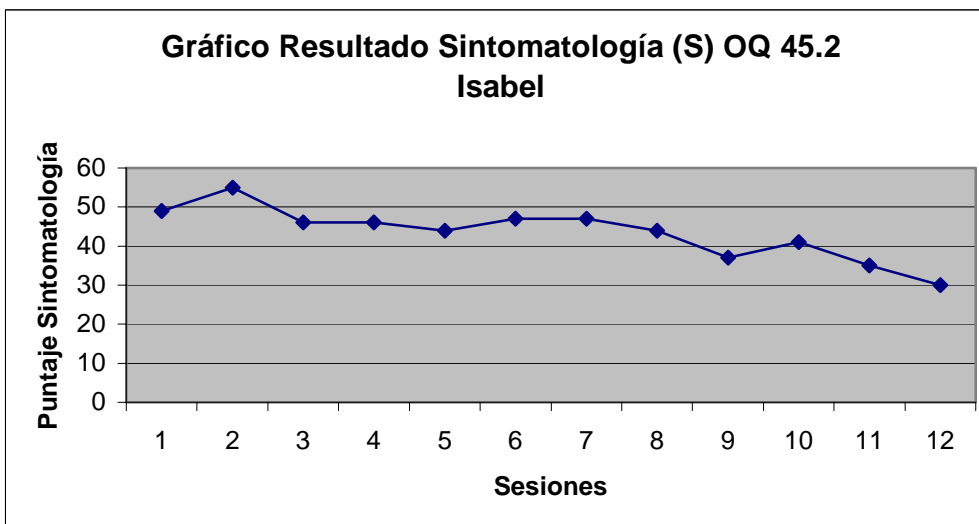
**Tabla N°7: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE ISABEL:**

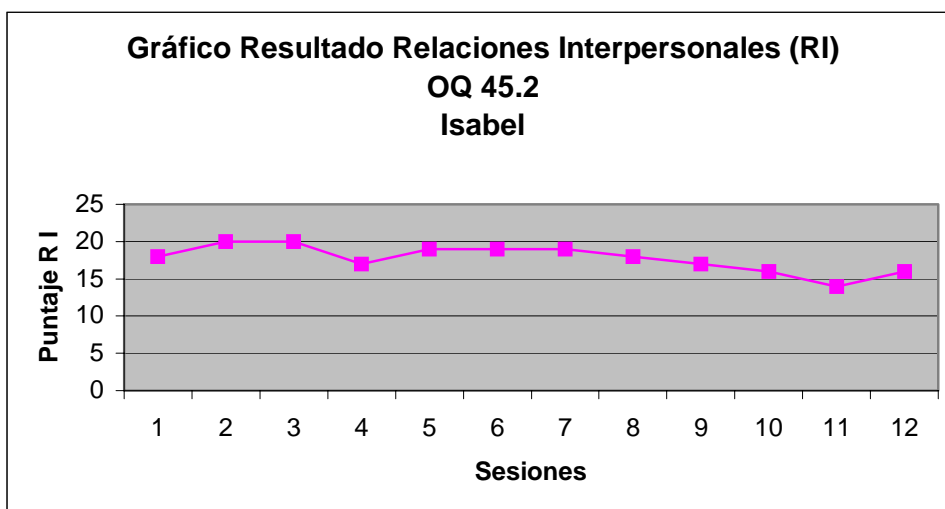
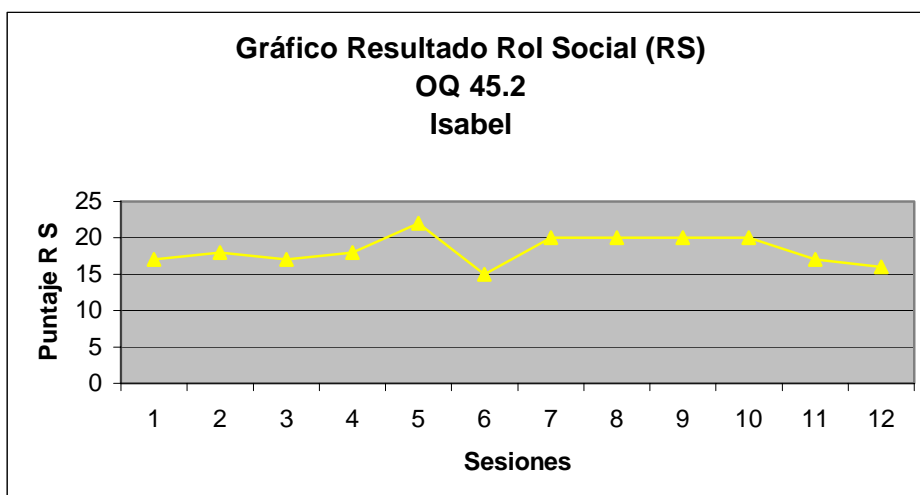
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	49	55	46	46	44	47	47	44	37	41	35	30
<b>RI</b>	18	20	20	17	19	19	19	18	17	16	14	16
<b>RS</b>	17	18	17	18	22	15	20	20	20	20	17	16
<b>Total</b>	84	93	83	81	85	81	86	82	74	77	66	62

**Gráfico N°9: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Isabel**



**Gráfico N°10: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Isabel**



**Gráfico N°11: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Isabel****Gráfico N°12: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Isabel****Tabla N°8: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Isabel**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	19	Con cambios significativos
RI	2	Sin cambios significativos
RS	1	Sin cambios significativos
Total	22	Con cambios significativos

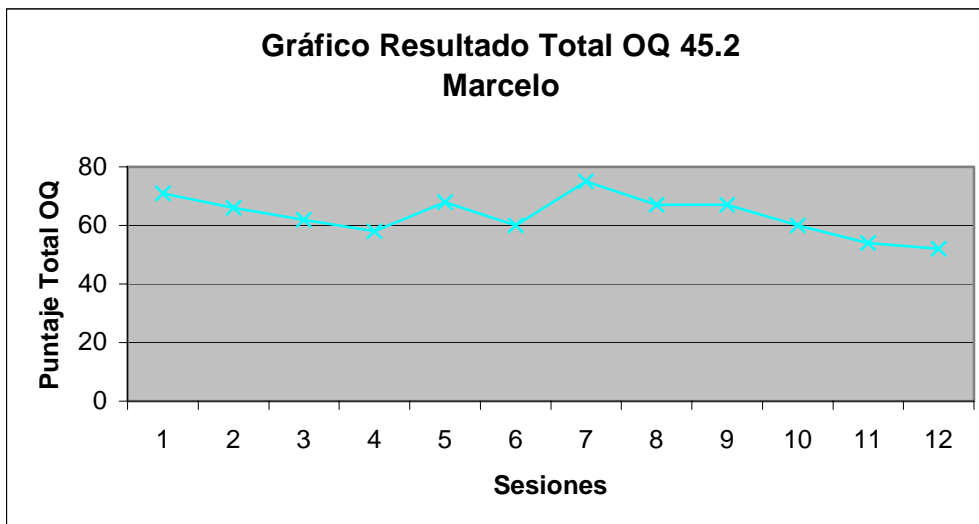
**Tabla N°9: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Isabel**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	30	Con cambios significativos
RI	16	Sin cambios significativos
RS	16	Sin cambios significativos
Total	62	Con cambios significativos

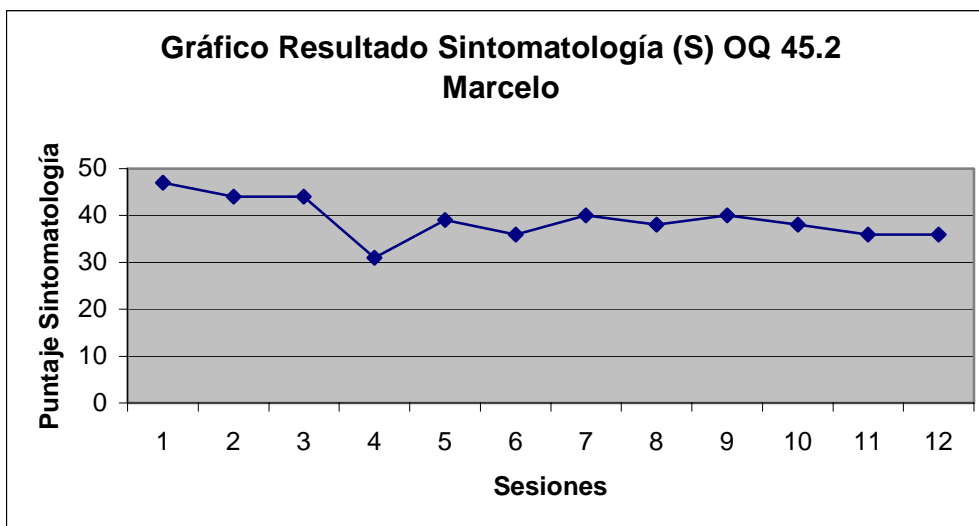
**Tabla N°10: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE MARCELO:**

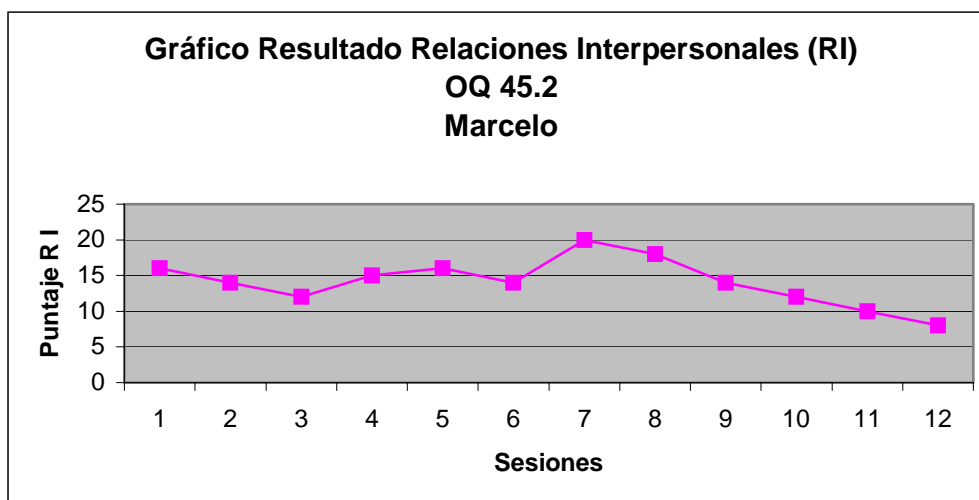
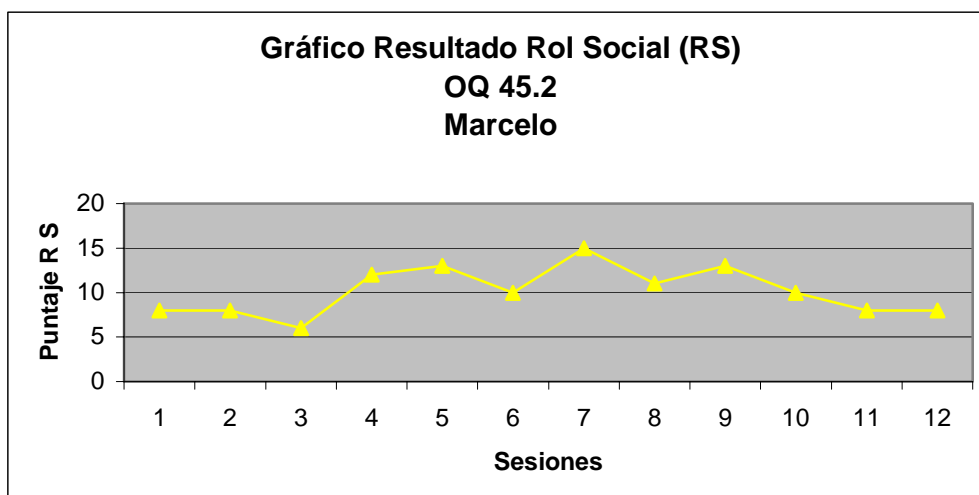
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	47	44	44	31	39	36	40	38	40	38	36	36
<b>RI</b>	16	14	12	15	16	14	20	18	14	12	10	8
<b>RS</b>	8	8	6	12	13	10	15	11	13	10	8	8
<b>Total</b>	71	66	62	58	68	60	75	67	67	60	54	52

**Gráfico N°13: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Marcelo**



**Gráfico N°14: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Marcelo**



**Gráfico N°15: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Marcelo****Gráfico N°16: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Marcelo****Tabla N°11: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Marcelo**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	11	Sin cambios significativos
RI	10	Con cambios significativos
RS	0	Sin cambios significativos
Total	21	Con cambios significativos

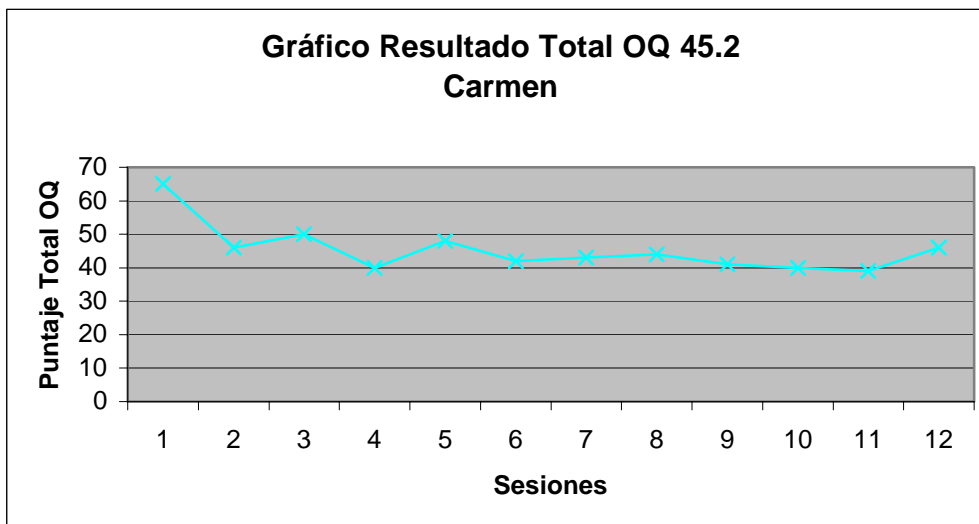
**Tabla N°12: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Marcelo**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	36	Con cambios significativos
RI	6	Con cambios significativos
RS	8	Con cambios significativos
Total	50	Con cambios significativos

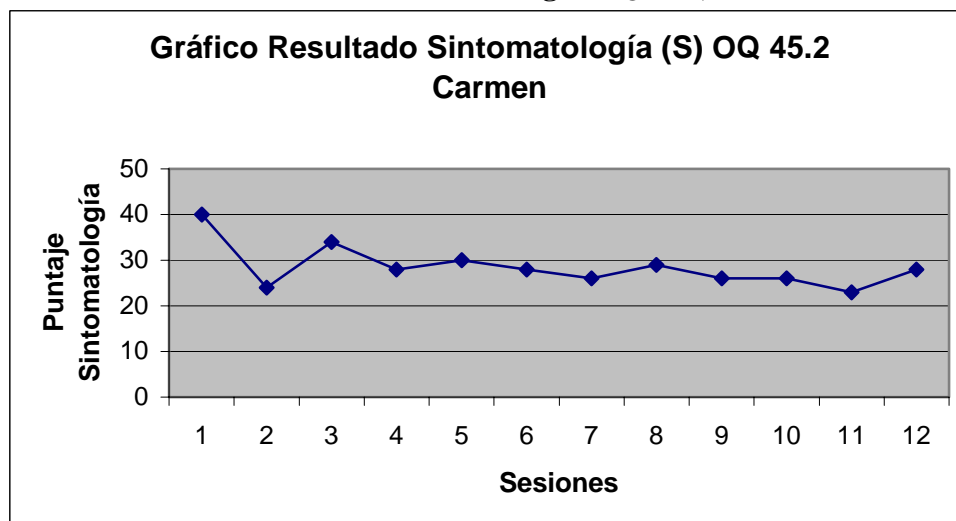
**Tabla N°13: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE CARMEN:**

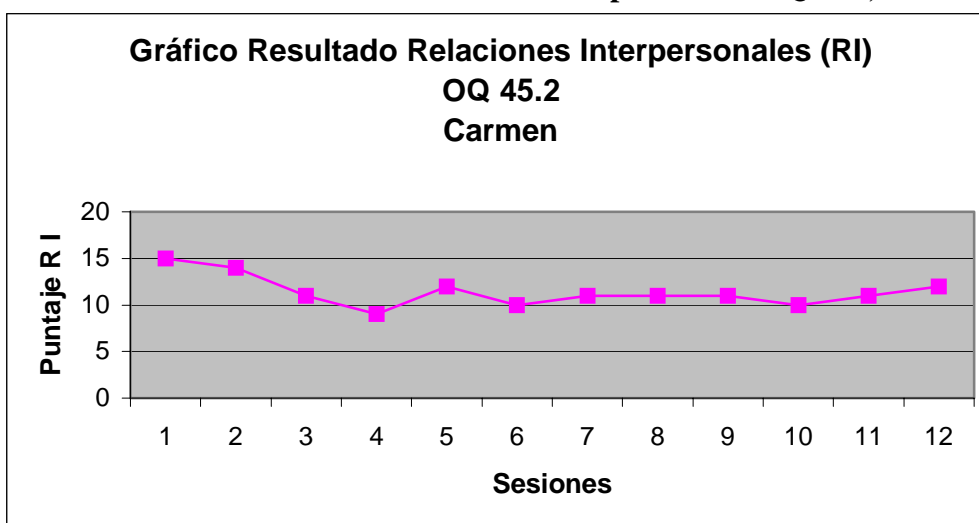
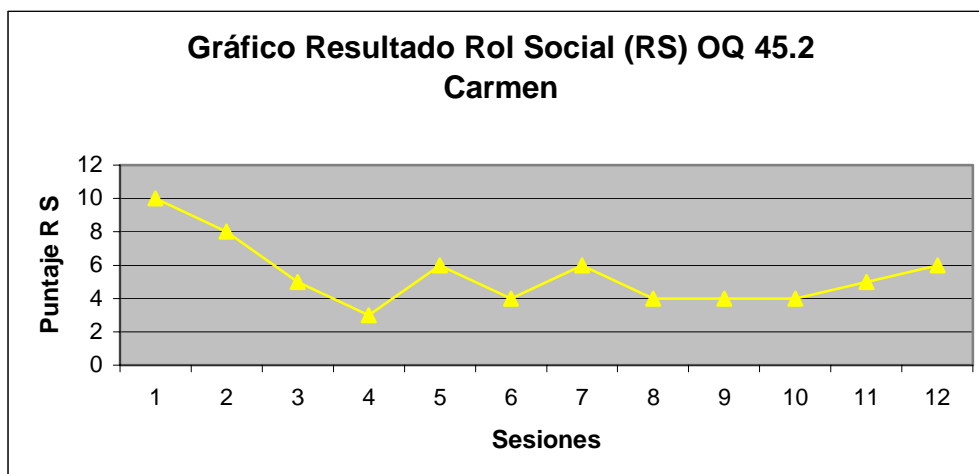
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	40	24	34	28	30	28	26	29	26	26	23	28
<b>RI</b>	15	14	11	9	12	10	11	11	11	10	11	12
<b>RS</b>	10	8	5	3	6	4	6	4	4	4	5	6
<b>Total</b>	65	46	50	40	48	42	43	44	41	40	39	46

**Gráfico N°17: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Carmen**



**Gráfico N°18: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Carmen**



**Gráfico N°19: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Carmen****Gráfico N°20: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Carmen****Tabla N°14: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Carmen**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	12	Sin cambios significativos
RI	3	Sin cambios significativos
RS	4	Sin cambios significativos
Total	19	Con cambios significativos

**Tabla N°15: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Carmen**

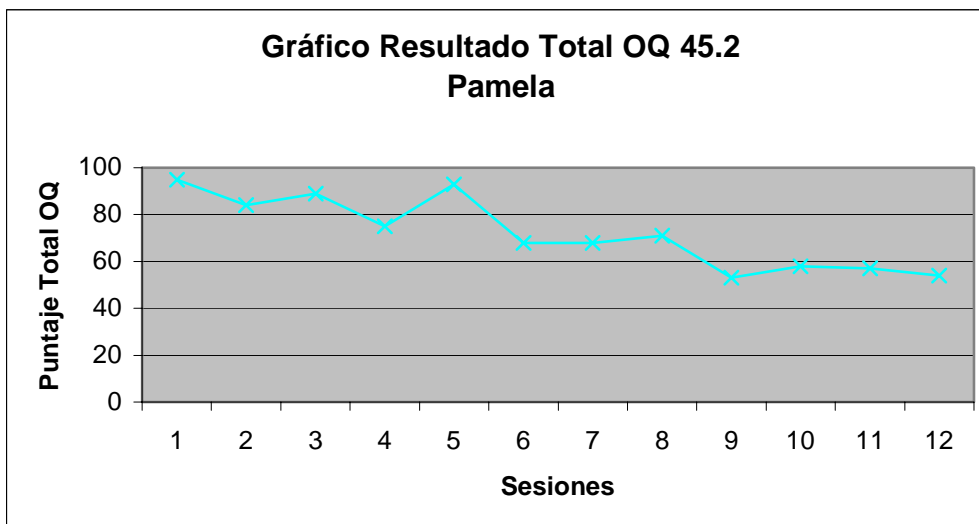
	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	28	Con cambios significativos
RI	12	Con cambios significativos
RS	6	Con cambios significativos
Total	46	Con cambios significativos



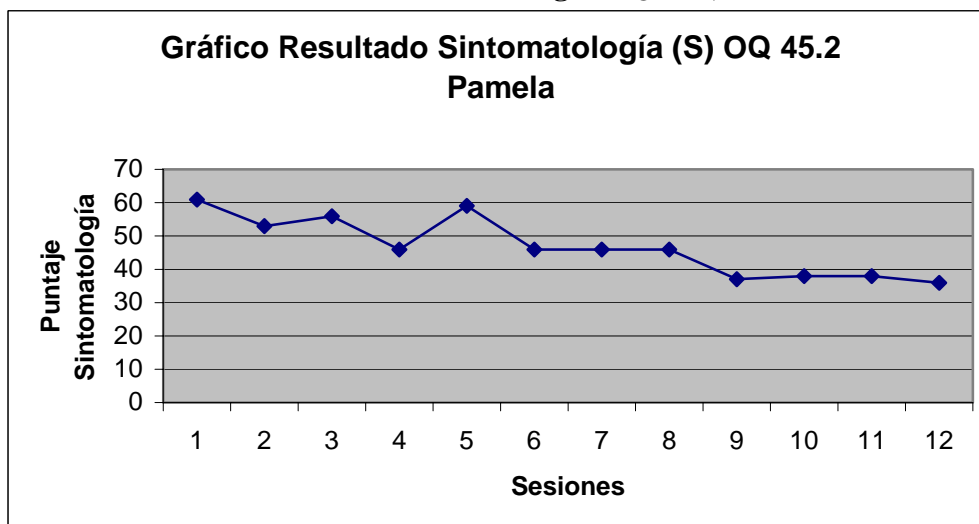
**Tabla N°16: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE PAMELA:**

Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	61	53	56	46	59	46	46	46	37	38	38	36
<b>RI</b>	20	17	17	16	16	11	10	11	6	8	8	8
<b>RS</b>	14	14	16	13	18	11	12	14	10	12	11	10
<b>Total</b>	95	84	89	75	93	68	68	71	53	58	57	54

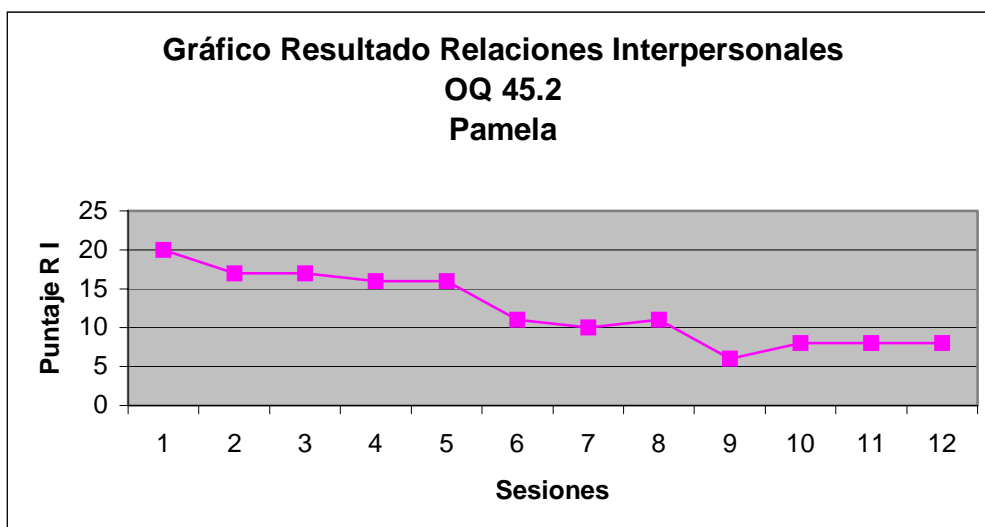
**Gráfico N°21: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Pamela**



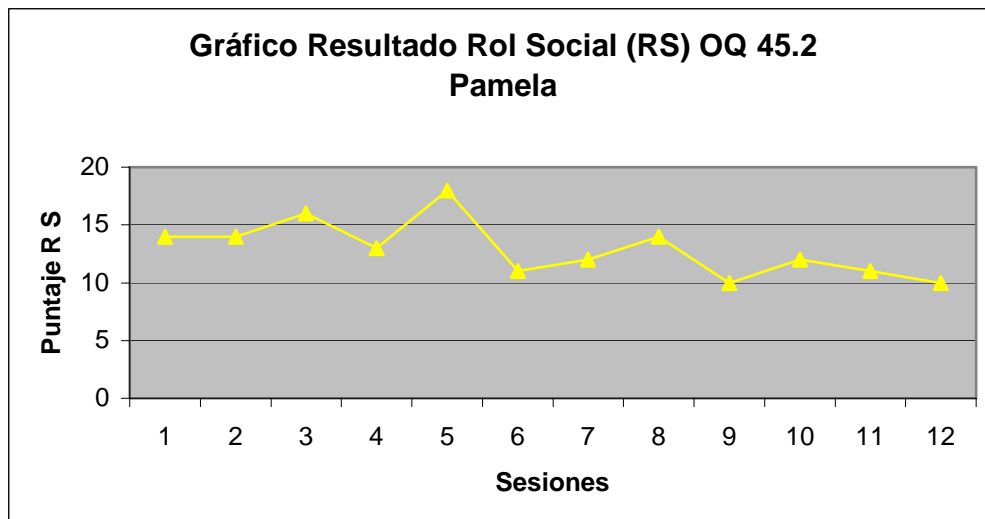
**Gráfico N°22: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Pamela**



**Gráfico N°23: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Pamela**



**Gráfico N°24: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Pamela**



**Tabla N°17: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Pamela**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	25	Con cambios significativos
RI	12	Con cambios significativos
RS	4	Sin cambios significativos
Total	41	Con cambios significativos

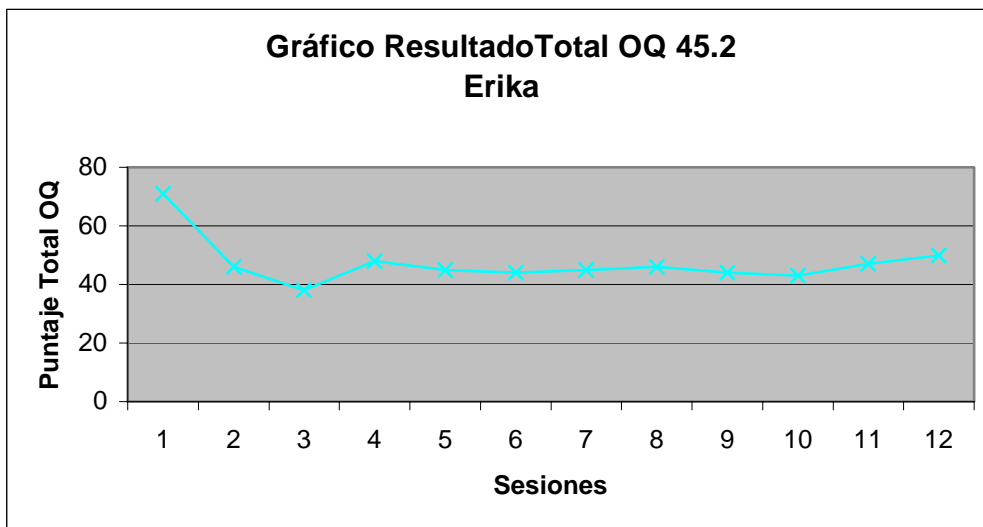
**Tabla N°18: Evaluación respecto del Puntaje de Corte (PC), datos de Pamela**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	36	Con cambios significativos
RI	8	Con cambios significativos
RS	10	Con cambios significativos
Total	54	Con cambios significativos

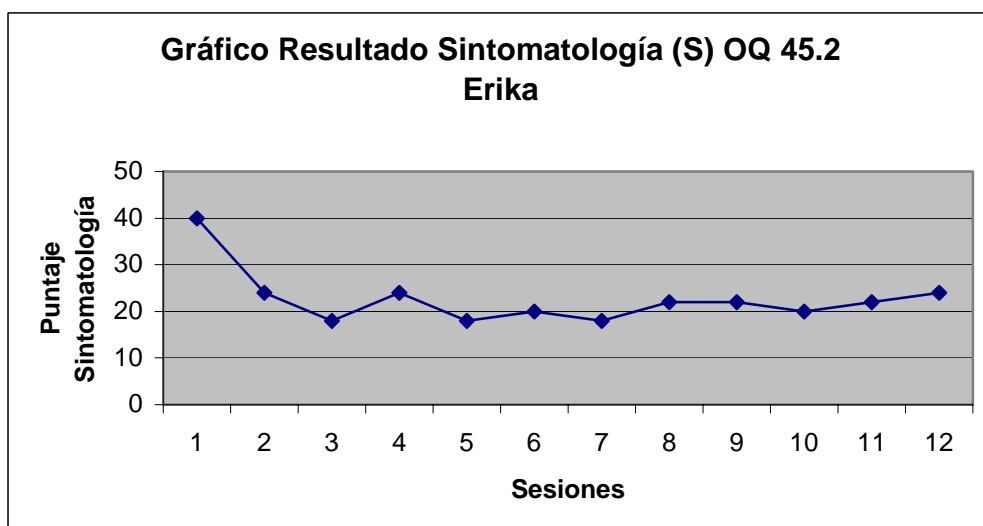
**Tabla N°19: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE ERIKA:**

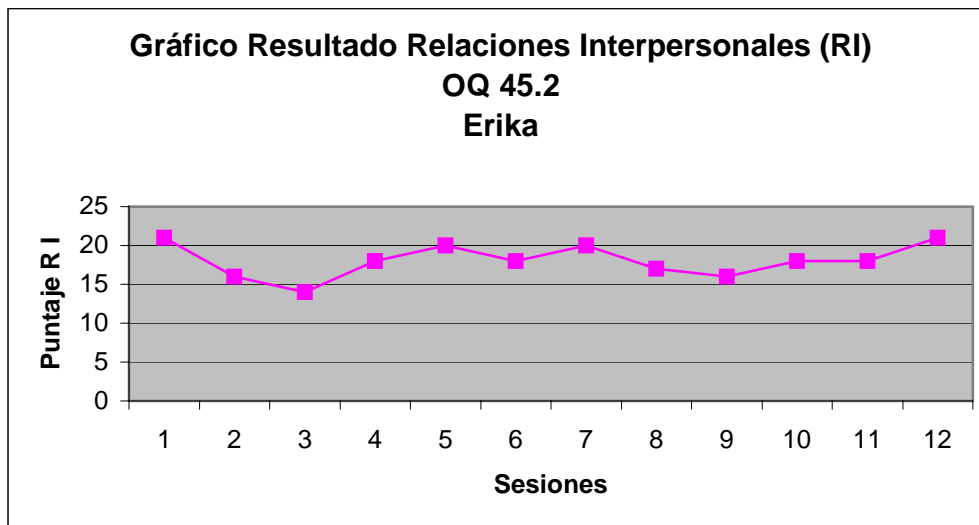
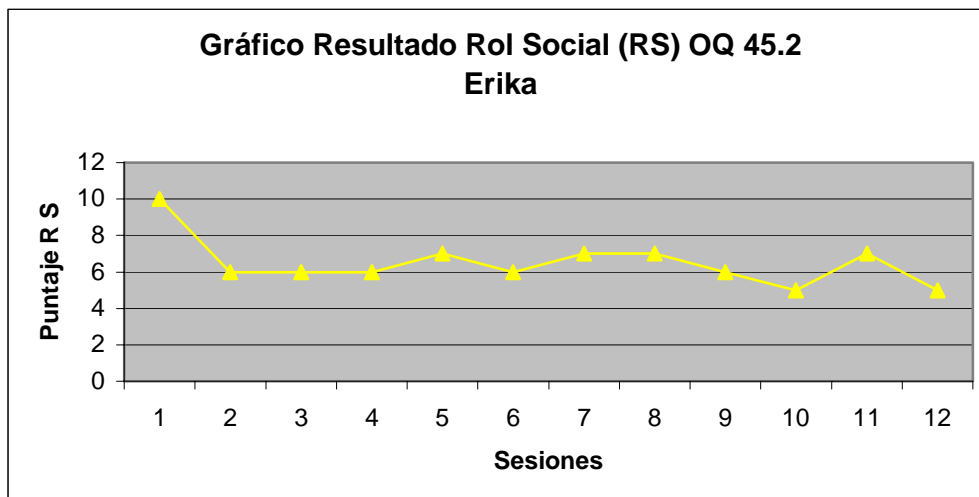
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	40	24	18	24	18	20	18	22	22	20	22	24
<b>RI</b>	21	16	14	18	20	18	20	17	16	18	18	21
<b>RS</b>	10	6	6	6	7	6	7	7	6	5	7	5
<b>Total</b>	71	46	38	48	45	44	45	46	44	43	47	50

**Gráfico N°25: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Erika**



**Gráfico N°26: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Erika**



**Gráfico N°27: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Erika****Gráfico N°28: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Erika****Tabla N°20: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Erika**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	16	Con cambios significativos
RI	0	Sin cambios significativos
RS	5	Sin cambios significativos
Total	21	Con cambios significativos

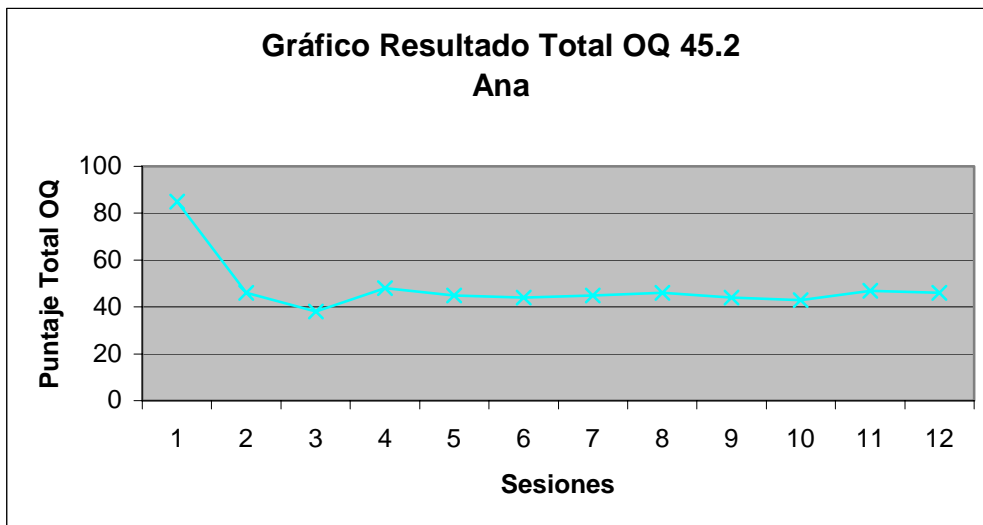
**Tabla N°21: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Erika**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	24	Con cambios significativos
RI	21	Sin cambios significativos
RS	5	Con cambios significativos
Total	50	Con cambios significativos

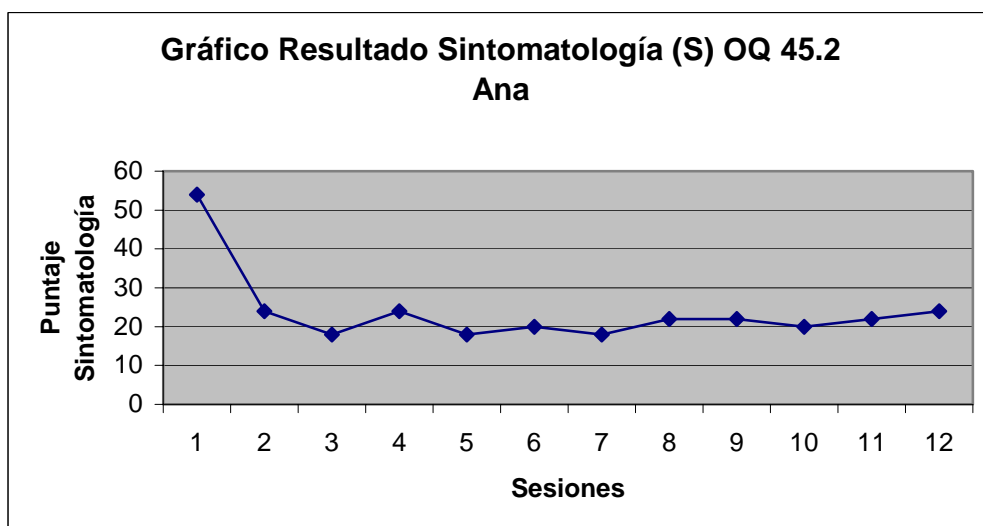
**Tabla N°22: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE ANA:**

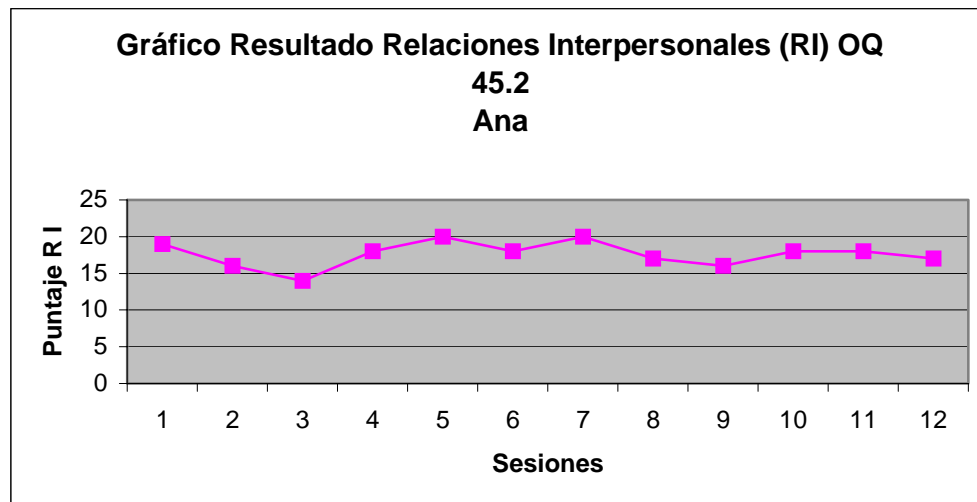
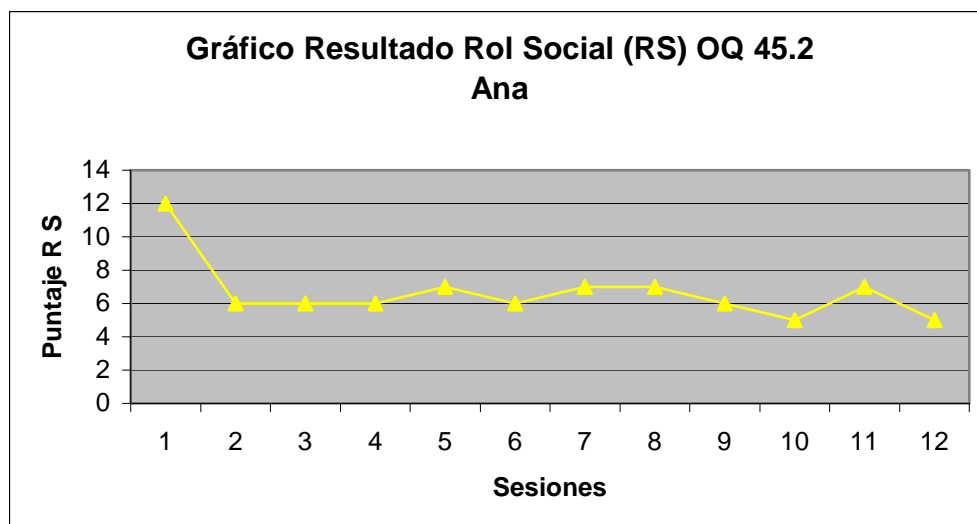
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	54	24	18	24	18	20	18	22	22	20	22	24
<b>RI</b>	19	16	14	18	20	18	20	17	16	18	18	17
<b>RS</b>	12	6	6	6	7	6	7	7	6	5	7	5
<b>Total</b>	85	46	38	48	45	44	45	46	44	43	47	46

**Gráfico N°29: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Ana**



**Gráfico N°30: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Ana**



**Gráfico N°31: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Ana****Gráfico N°32: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Ana****Tabla N°23: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Ana**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	30	Con cambios significativos
RI	2	Sin cambios significativos
RS	7	Sin cambios significativos
Total	39	Con cambios significativos

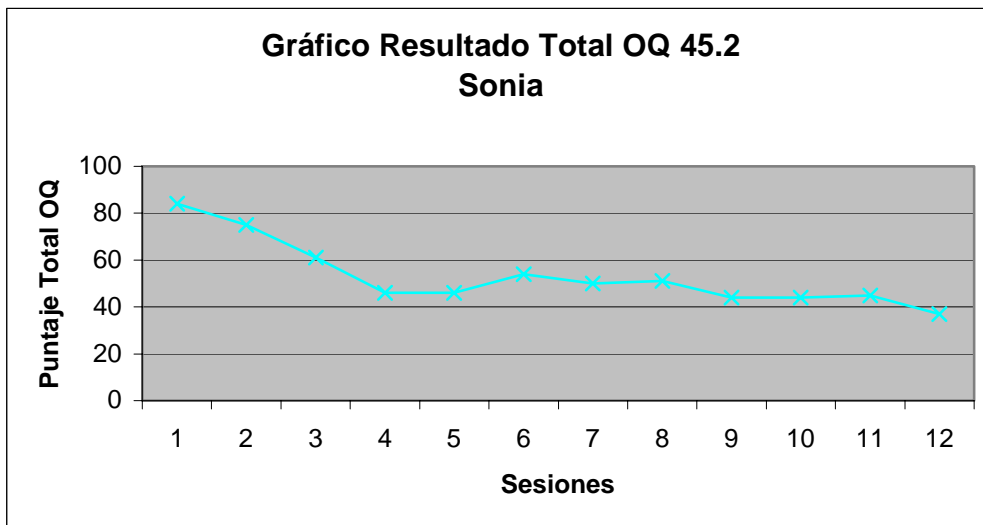
**Tabla N°24: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Ana**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	24	Con cambios significativos
RI	17	Sin cambios significativos
RS	5	Con cambios significativos
Total	46	Con cambios significativos

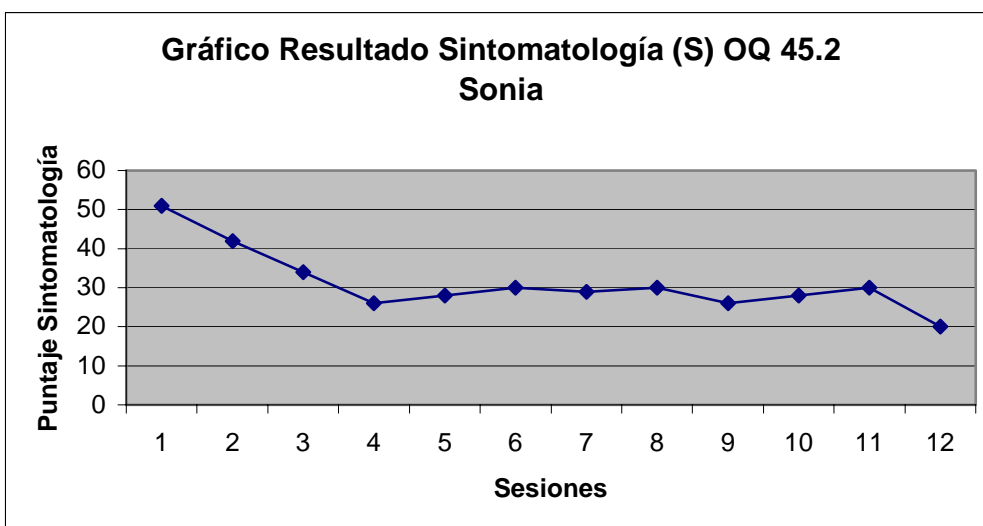
**Tabla N°25: Resumen de resultados Cuestionario OQ 45.2, PACIENTE SONIA:**

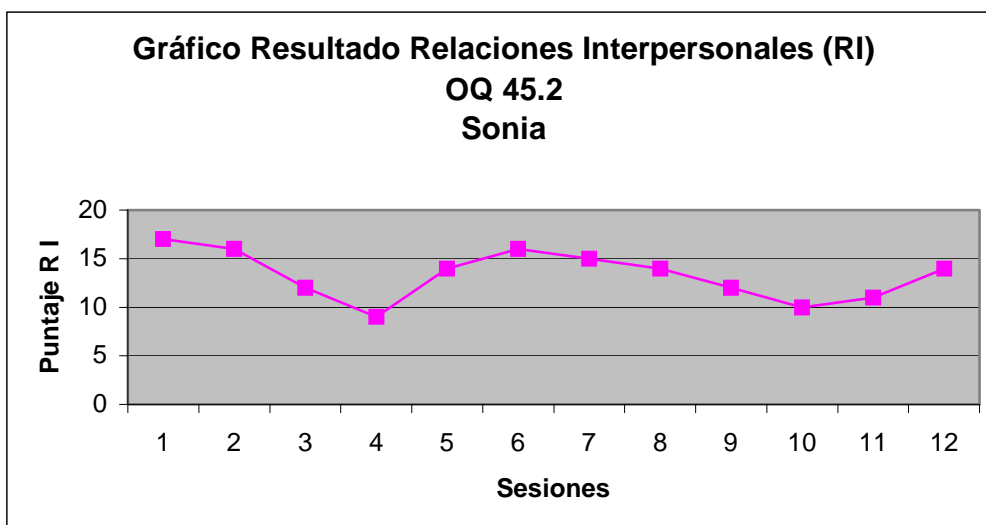
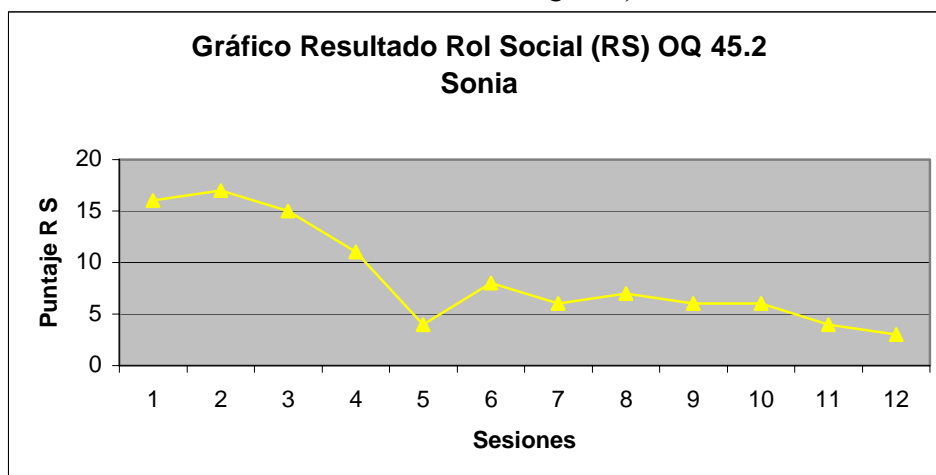
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>S</b>	51	42	34	26	28	30	29	30	26	28	30	20
<b>RI</b>	17	16	12	9	14	16	15	14	12	10	11	14
<b>RS</b>	16	17	15	11	4	8	6	7	6	6	4	3
<b>Total</b>	84	75	61	46	46	54	50	51	44	44	45	37

**Gráfico N°33: Evolución resultado Total OQ 45.2, datos Sonia**



**Gráfico N°34: Evolución resultado Sintomatología OQ 45.2, datos Sonia**



**Gráfico N°35: Evolución resultado Relaciones Interpersonales OQ 45.2, datos Sonia****Gráfico N°36: Evolución resultado Rol Social OQ 45.2, datos Sonia****Tabla N°26: Evaluación Índice de Cambio Confiable (ICC), datos Sonia.**

	Diferencia Última/Primera sesión	Evaluación
S	31	Con cambios significativos
RI	3	Sin cambios significativos
RS	13	Con cambios significativos
Total	47	Con cambios significativos

**Tabla N°27: Evaluación Puntaje de Corte (PC), datos Sonia.**

	Puntaje Última sesión	Evaluación
S	20	Con cambios significativos
RI	14	Con cambios significativos
RS	3	Con cambios significativos
Total	37	Con cambios significativos



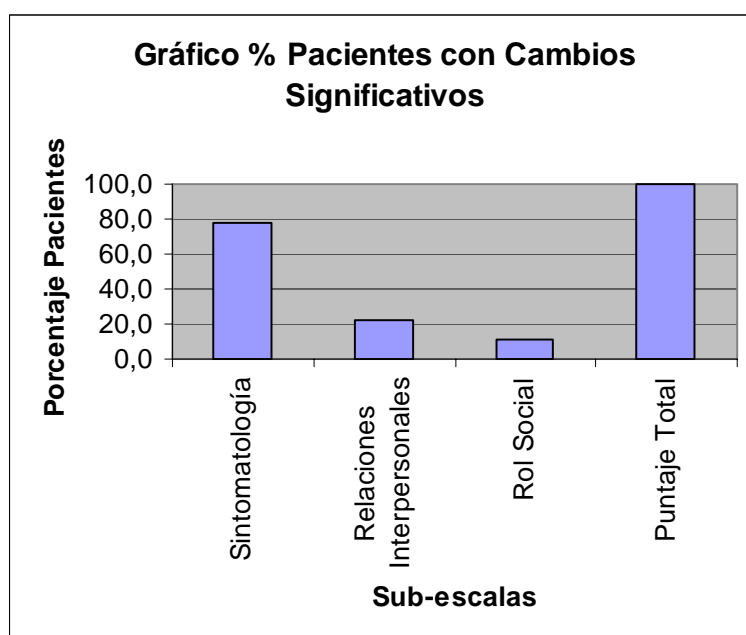
La siguiente tabla, expresa en porcentajes el Índice de Cambio Confiable alcanzado por el total de los pacientes durante el proceso terapéutico, tanto en las subescalas Sintomatología, Relaciones Interpersonales, Rol Social y Puntaje Total.

**Tabla N°28: Índice de Cambio Confiable (ICC)**

	Sintomatología	Relaciones Interpersonales	Rol Social	Puntaje Total
Porcentajes de los pacientes de la muestra que logran Cambios clínicamente significativos de acuerdo al ICC	77.7%	22.2%	11.1%	100%

De la tabla N° 28 se desprende que de los nueve pacientes que equivalen al 100% de la muestra, siete de ellos, es decir el 77,7% alcanzó un cambio significativo en la subescala de sintomatología; Dos de ellos, equivalente al 22,2% alcanzó un cambio significativo en la subescala Relaciones Interpersonales; Y uno de los pacientes, equivalente al 11,1%, alcanzó un cambio significativo en la subescala de Rol Social.

**Gráfico N°41: Porcentaje de pacientes con cambio clínicamente significativo**



Para el Análisis de la Información recogida a partir de la aplicación del Cuestionario OQ-45.2, nos referiremos al Puntaje Total alcanzado por los pacientes y a cada una de las subescalas: Sintomatología, Relaciones Interpersonales y Rol Social.

Respecto del Puntaje Total los resultados dan cuenta que todos los pacientes (100%) alcanzaron un cambio clínicamente significativo, dado que el Índice de Cambio Confiable (ICC = 17), fue superior en todos ellos, después de la intervención terapéutica.

Ahora bien, es importante señalar que de los nueve pacientes de la muestra, cinco de ellos, es decir, el 55.5%, inició el proceso terapéutico con un puntaje total superior al puntaje de corte (PC: fijado por el instrumento en 73 puntos); dichos pacientes manifestaban al inicio un elevado nivel de discomfort en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social. Y cuatro de los pacientes que corresponden al 44.4%, inició el proceso terapéutico con un puntaje inferior al PC, lo cual sugiere que estos pacientes presentan un nivel de discomfort menor al de la población general.

### **Análisis por Subescalas:**

Podemos observar (en la tabla N° 28) que en la subescala de **Sintomatología**, siete pacientes que equivalen al 77.7%, alcanzaron un cambio clínicamente significativo, dado que el Índice de Cambio Confiable (ICC = 12), fue superior en ellos, es decir el puntaje final disminuyó a lo menos en 12 puntos respecto del puntaje inicial. Por otra parte, dos pacientes, es decir el 22.2% de la muestra, no alcanzó un cambio clínicamente significativo, dado que su puntaje final en esta subescala, no logró una diferencia significativa respecto de su puntaje inicial; Sin embargo, podemos señalar que ambos pacientes presentan una clara tendencia a alcanzar un cambio clínicamente significativo para esta subescala.

Observamos que de los nueve pacientes de la muestra, seis de ellos, es decir, el 66.6%, inició el proceso terapéutico con un puntaje total superior al PC = 43 puntos; lo que indica que presentaban antes de iniciar la terapia, sintomatología ansiosa, desordenes de ajuste y estrés. Y tres de los pacientes que corresponden al 33.3%, inició el proceso terapéutico con un puntaje inferior al PC, lo cual indica la ausencia o negación de estas sintomatologías.

Para la subescala de **Relaciones Interpersonales**, observamos que dos pacientes que equivalen al 22.2%, alcanzaron un cambio clínicamente significativo, dado que el Índice de Cambio Confiable (ICC = 9), fue superior en ellos, es decir el puntaje final disminuyó a lo menos en 9 puntos respecto del puntaje inicial. Sin embargo, siete pacientes, es decir el 77.7% de la muestra, no alcanzó un cambio clínicamente significativo, dado que su puntaje final en esta subescala, no logró una diferencia significativa respecto de su puntaje inicial.

Nos parece importante señalar que de los nueve pacientes de la muestra, ocho de ellos, es decir, el 88.8%, inició el proceso terapéutico con un puntaje total igual o superior al puntaje de corte (PC: fijado por el instrumento en 16 puntos); dichos pacientes manifestaban al inicio un fuerte sentimiento de soledad, de conflictos con otros, problemas familiares y/o de pareja. Y un paciente que corresponde al 11.1%, inició el proceso terapéutico con un puntaje inferior al PC,

lo cual sugiere en este paciente ausencia de problemas interpersonales, como también satisfacción en la calidad de sus relaciones más cercanas.

Para la subescala que alude al **Rol Social**, señalaremos que cinco pacientes de la muestra, es decir, el 55.5%, inició el proceso terapéutico con un puntaje total igual o superior al puntaje de corte (PC: fijado por el instrumento en 14 puntos); dichos pacientes manifestaban dificultades en el ajuste del rol social de trabajadores, dueñas de casa o estudiantes. Se evalúa conflicto en el trabajo, con exceso de trabajo, estrés e ineficiencia en estos roles. Y por otro lado, cuatro pacientes que corresponde al 44.4%, iniciaron el proceso terapéutico con un puntaje inferior al PC, lo cual indica que estos pacientes manifiestan un adecuado ajuste al rol social.

De acuerdo a lo anterior, observamos que un paciente que equivale al 11.1%, alcanzó un cambio clínicamente significativo, dado que el Índice de Cambio Confiable (ICC = 8), fue superior en él, es decir el puntaje final disminuyó a lo menos en 8 puntos respecto del puntaje inicial. Sin embargo, ocho pacientes, es decir el 88.8% de la muestra, no alcanzó un cambio clínicamente significativo, dado que su puntaje final en esta subescala, no logró una diferencia significativa respecto de su puntaje inicial.

Este Instrumento nos permitió descubrir que la muestra de la investigación estaba conformada por un 55.5% de pacientes que llegan a la terapia con un nivel de discomfort importante que los ubica por sobre el promedio de la población.

### **Análisis Interpretativo**

Si relacionamos lo anterior con el ICC, es decir, con el Índice de Cambio Confiable alcanzado por los pacientes, podemos señalar que el proceso terapéutico aplicado logró cambios significativos a nivel psicológico en los pacientes de la muestra.

Los datos nos muestran que la subescala más sensible al cambio en sentido positivo, fue la subescala de sintomatología, lo cual nos demuestra que luego de una intervención terapéutica de apoyo emocional y afectivo, los pacientes alcanzan una disminución considerable de los niveles de ansiedad y estrés, respecto de la condición a su llegada a la terapia, que le ofreció a los pacientes un espacio emocional de confianza, donde fueron desapareciendo los temores iniciales al juicio, a la crítica, todo lo cual derivó en que los pacientes fueran sintiendo un alivio a nivel psicológico.

Por el contrario, descubrimos que la gran mayoría los pacientes que se autodefinen como obesos, no logran cambios significativos en las subescalas de relaciones interpersonales y de rol social, durante el proceso terapéutico de doce sesiones que aplicamos para esta investigación. Sin embargo, consideramos que si bien los cambios no son aún significativos de acuerdo a este instrumento, no se puede desconocer que mediante el proceso terapéutico se comienzan a producir ciertos cambios en dichas subescalas.

Nos parece que el resultado anterior, puede dar cuenta de aquellos aspectos que para los pacientes con organización de significado DAP, con trastornos de obesidad, son más difíciles de modificar, dada su alta atención al juicio externo, su sensibilidad a la evaluación y a las expectativas que los demás tienen sobre ellos.

## 6. Conclusiones.

La investigación realizada se abocó a un problema plenamente vigente que tiene una alta prevalencia en la población mundial y nacional y que según los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud y en Chile del Ministerio de Salud y el INTA, tiende a aumentar abarcando a una población cada vez más joven. De ahí la importancia de hacer una contribución desde la psicología y particularmente de la óptica postracionalista, que se suma a otros esfuerzos que se han venido desarrollando.

Al momento de optar por una investigación con pacientes que se autodefinen como obesos, dejamos de lado la concepción de la Obesidad como una enfermedad, y privilegiamos los aspectos ligados a como ellos se ven, como se valoran, que idea tienen de sí mismos, que son los elementos de los que los pacientes dan cuenta a través de sus vivencias y relatos.

A partir de lo anterior, optamos por nos centrarnos en un tipo de intervención terapéutica, que privilegiara los aspectos emocionales y psicológicos, validando la decisión que tomamos de no realizar acciones tendientes a registrar datos relacionados con el peso, la talla o las dietas alimenticias.

Uno de los objetivos implícitos en esta tesis, es buscar el sentido subjetivo del disturbo alimenticio; sentido que está más allá de los datos objetivos, de las clasificaciones diagnósticas. Por tanto, el énfasis estuvo centrado en el punto de vista con el cual el paciente experimenta y construye su mundo y no el que viene previamente definido por el terapeuta.

Concluiremos pues, que haber tomado la obesidad o la gordura como el punto de partida esencial para la reconstrucción del problema, y no como punto de llegada para la formulación de diagnósticos, en los pacientes que autodefinen como obesos, nos abrió el camino a la reconstrucción de los aspectos subjetivos que están a la base del problema y que a su vez son distintos para cada uno de ellos.

Observamos en el curso de nuestras intervenciones, que los pacientes dejan de vivir el disturbo alimenticio como un mal que arremete desde el exterior a su organismo, y comienzan a verlo como algo que forma parte de sí mismo, como un modo propio que tienen de funcionar psicológicamente, o de reaccionar en ciertas situaciones, que sin embargo, como parte de sí mismo, ellos pueden modificar.

El marco teórico seleccionado, fue un punto de referencia importante para poder reconstruir el disturbo alimenticio obesidad en un sentido explicativo; en otros términos, la teoría nos permitió entender los síntomas que presentaban los pacientes, en una visión más amplia, es decir, más allá de un sentido meramente descriptivo, permitiendo que los propios pacientes pudieran reconocer su particular lógica interna.

La teoría evolutiva procesal sistémica, postracionalista, nos facilitó un abordaje terapéutico, que apuntando a los aspectos emocionales y teniendo en cuenta la organización de significado personal DAP, de los pacientes que se autodefinen como obesos, pudiéramos enfocarnos rápidamente en la dinámica propia de estos pacientes, facilitando el despliegue de estrategias terapéuticas acordes para dicha organización.

Comprobamos al término de esta investigación, que la intervención terapéutica de apoyo emocional y afectivo, basada en la mirada postracionalista, aplicada a pacientes que se autodefinen como obesos, logró cambios psicológicos significativos, que les permitió a los pacientes modificar el modo de percibirse alcanzando un sentido de sí mismo más positivo.

Hacia el final de la terapia, la mayoría de los pacientes se sienten más aceptados por ellos mismos y manifiestan sentir que valen como personas; han mejorado su autoestima, refieren una sensación de alivio al poder dar a conocer sentimientos que consideran más íntimos y de los cuales les era muy difícil abordar antes de llegar a la terapia.

La intervención terapéutica, permitió la creación de un contexto emocional adecuado que facilitó a los pacientes de manera gradual, ir centrando el foco de su atención no en el tema la obesidad, ni del sobrepeso, sino más bien en aquellos aspectos emocionales que están a la base de este trastorno alimentario; en otras palabras, los pacientes comenzaron a hablar de sus emociones, de cómo se sentían, de la manera de comprenderse a sí mismos y el entorno social, de sus temores, de su fuerte sensación de soledad, de vacío, y de sus dificultades para autodeterminarse sin la confirmación de otro que lo esté definiendo continuamente.

La experiencia vivida con los pacientes de la muestra, nos permite concluir que las condiciones que se crearon en el espacio clínico, facilitaron el relato de acontecimientos cargados de afecto; relatos que a su vez, al ser repasados en detalle por los pacientes, posibilitaron el reconocimiento de tonalidades emocionales que desconocían o no reconocían.

Posteriormente, los mismos relatos revisados en terapia, les permitieron modificar y flexibilizar las explicaciones que se daban respecto de sus problemáticas; en otras palabras, ahora los pacientes cuentan con un nuevo punto de vista, que incorpora las emociones, pueden hablar de ellas, las reconocen y no las viven como algo extraño a sí mismo.

Lo anterior fue posible por el tipo de intervención terapéutica, que desplegando una serie de acciones que apuntaban a perturbar emocionalmente al paciente, permitieron desencadenar cambios emocionales en el curso del proceso terapéutico.

Primero, porque el efecto discrepante del tipo de intervención, movilizó a los pacientes a cambiar el punto de vista que estaba centrado en motivos externos; y por otro lado, porque un nivel sostenido de compromiso emocional en la relación terapéutica, les permitió a los pacientes hablar de sus emociones y conocer de ellas.



Podemos señalar que junto a lo anterior, observamos que la percepción del juicio negativo, en los pacientes que se autodefinen como obesos, va acompañada de un sentido del sí mismo desdibujado y vacilante, lo que los hace muy dependientes de otro que lo defina, y que cuando esto no sucede, se inicia entonces el ritual de comer para devolverse a sí mismo, “cierta” sensación de serenidad.

La investigación demostró que es posible que estos pacientes logren relativizar los puntos de vista externos, fortaleciendo una percepción interna más definida de sí mismos, es decir, que fueron alcanzando gradualmente la capacidad de distanciarse del valor que antes le asignaban a la opinión que los otros tienen de ellos, posibilitando con esto un proceso de reconstrucción de su autopercepción e identidad a partir de sus propios juicios y no del juicio de los otros.

La experiencia clínica, nos permite afirmar, entonces, que los pacientes van alcanzando un sentido creciente de individualidad y autonomía personal. En otras palabras, observamos que se van desprendiendo de esa fuerte sensación de vacío e indefinición, dado que han logrado un grado de autoconocimiento que no tenían, y que por consiguiente, les permite estar menos dependiente del juicio de los otros, y de la necesidad de confirmación.

De la investigación se desprende que los pacientes hacen referencia en sus relatos a una particular forma de relacionarse con la comida. Dan cuenta que en muchas ocasiones, el acto de comer no está vinculado necesariamente al hambre o a sus horarios de comida, sino más bien se realiza en el contexto de una vivencia que los ha hecho sentir un profundo sentimiento de ambigüedad, de vacío, de fracaso, de humillación, de menoscabo, de angustia; acompañado, con una fuerte sensación de rabia e impotencia.

Por lo tanto, se puede concluir, que el trastorno alimentario de los pacientes que se autodefinen como obesos, esta estrechamente relacionado con sus trastornos emocionales, es decir, con problemas de orden psicológico.

Podemos agregar a lo anterior, que frente a los tradicionales motivos que se exponen como causas de la obesidad, es decir, el sedentarismo y el exceso de grasa acumulada, podemos concluir que en ambos casos existe una etiología de orden psicológico.

Por ejemplo: en el caso del sedentarismo y la falta de ejercicio físico, lo observamos en nuestra investigación a partir de los relatos de los pacientes ligados a una pasividad interna que se expresa obviamente en una inmovilidad física, corpórea. Así, el tratamiento del problema no se centró en poner a los pacientes a realizar programas de ejercicios físicos, sino en descubrir qué es lo que originaba esa pasividad.

De acuerdo a los relatos en terapia podemos señalar que se origina en una fuerte sensación de ineficacia, de ambigüedad, de no saber qué hacer con lo que están sintiendo.

La otra causa que se expone como origen de la obesidad, es el alto consumo de calorías, que genera una concentración excesiva de grasa, asociado por supuesto al comer en exceso. En este caso puntual, podemos concluir a partir de los relatos expresados por los pacientes en el transcurso de la intervención terapéutica, que también existe una etiología de orden psicológico, y por lo tanto, difícilmente tratable sólo desde pautas externas(dietas), sino más bien a partir de un trabajo terapéutico centrado en los trastornos de orden emocional que están a la base, lo que asegurará mejores resultados en los tratamientos futuros, disminuyendo los índices de recaída en los pacientes.

Lo anterior nos permite reafirmar el hecho que una intervención psicológica centrada en los aspectos emocionales ha sido acertada en el caso de

estos pacientes, dado que paulatina y progresivamente fueron logrando internalizar el problema que veían como algo externo, y pueden descubrir las emociones que están a la base y que operan como cierta matriz comportamental o como patrón de conducta.

Por lo mismo, los pacientes ahora no experimentan el problema como algo extraño, sino como algo de sí que conocen y que por lo tanto pueden comprender y manejar de mejor manera.

Podemos afirmar que a partir del proceso terapéutico, los pacientes lograron una comprensión gradual de la forma en que fueron construyendo un punto de vista único que no les permitía darse otra explicación a toda su problemática, que no fuera el tema de la “gordura”. Esto fue posible, a través de las mismas emociones, aparentemente sin sentido para ellos, revisadas una y otra vez en detalle a modo de autoobservación; todo lo cual les permitió un aumento en la flexibilidad y plasticidad de sus niveles de autoconciencia, lo que pasó a ser un elemento fundamental para el reordenamiento de la experiencia personal.

La investigación, nos permite afirmar que para estos pacientes, la relación terapéutica fue el contexto adecuado que hizo posible que, por una parte, el terapeuta pusiera en marcha acontecimientos creadores de cambio afectivo, y por otro lado, que guiara el proceso de la reorganización que se activó en los pacientes.

Nos parece relevante señalar que la relación terapéutica tuvo un efecto coadyuvante para la asimilación de nuevas experiencias o el replanteamiento de otras ya existentes, es decir, se comprueba que una relación de apoyo emocional y afectivo en el contexto del espacio terapéutico, posibilita cambios a nivel psicológico de los pacientes que se autodefinen como obesos, manifestando una clara tendencia a la superación del trastorno alimenticio.

Dicho de otra manera concluiremos que, los sentimientos y el afecto pasan a ser formas del conocer, es decir, son un camino por medio del cual los pacientes llegan a identificar estos patrones de conducta, que les permite comprender sus experiencias pasadas y presentes, y que los abre a la posibilidad de reorganizar estos mismos patrones de coherencia, abandonando progresivamente estrategias más rigidizadas asociadas a los trastornos alimentarios; y junto con ello construyendo una autoimagen más positiva de sí mismo.

Observamos que las vivencias que los pacientes relataron al inicio, durante, y al final del proceso terapéutico nos permiten concluir, que en la medida que ellos lograban internalizar en términos emocionales sus problemas de obesidad, comenzaron a modificar la autopercepción que tenían de sí mismos, alcanzando una imagen más positiva. Esto se vio reflejado en los relatos que los pacientes traían a la terapia, que en al inicio estaban más centrados en los temas de la obesidad, y progresivamente se centraron en los temas propios de su identidad y de sus emociones.

La clara tendencia al cambio psicológico que manifestaron todos los pacientes, en distintos niveles, en una intervención terapéutica que consideramos breve, abre la posibilidad que en el futuro otras investigaciones profundicen en esta misma dirección, lo que permitiría, abordar otros elementos relacionados también con el tema de la obesidad, bajo esta mirada teórica, y que no formaban parte de los objetivos de esta investigación, como por ejemplo: la reconstrucción de la historia de desarrollo y la posibilidad de un abordaje terapéutico grupal, entre otros.

Sin embargo, a partir de la experiencia clínica que se remitió sólo a la primera fase de la terapia postracionalista en esta investigación, podemos afirmar que se pueden alcanzar otros objetivos importantes para lo cual se requeriría de un proceso terapéutico mucho más largo, que permitiera abordar aspectos ligados a la estructuración de la organización de significado personal DAP que tienen origen en etapas tempranas de la vida de los pacientes.

Si bien es cierto, nuestra investigación era de carácter cualitativo y apuntaba a los aspectos psicológicos del trastorno de la obesidad, el uso del Cuestionario OQ 45.2 fue de gran utilidad dada la sensibilidad demostrada por este instrumento al cambio psicológico en terapia, lo que nos permitió constatar el proceso de cambio y la evolución de cada uno de los pacientes.

Podemos concluir a partir de los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario OQ 45.2, que efectivamente todos los pacientes experimentaron cambios psicológicos, en distintos grados.

Destacamos que el mayor cambio se expresó en la subescala de Sintomatología, concretamente, los cambios se expresaron en que los pacientes dan cuenta de una sensación más positiva de sí mismos, de menor tristeza, desaparecen ciertos malestares físicos, tales como: cansancio, dolor de cabeza, dolores musculares, entre otros. Todo esto, nos permite concluir, que esta subescala fue la más sensible al cambio en este tipo de pacientes, dado que al sentirse más acompañados, apoyados en un proceso centrado en su persona, sin temor a ser enjuiciados por el terapeuta, alcanzaron mayores niveles de confianza en sí mismos.

En la subescala de Relaciones Interpersonales, los cambios expresados a través del cuestionario fueron menores; los pacientes dan cuenta de mayores dificultades a nivel de sus relaciones más cercanas (hijos, parejas, padres), manteniéndose en ellos una sensación de soledad y necesidad de ser valorados. De ahí entonces que podamos concluir, que si bien el instrumento expresó una clara tendencia al cambio durante el proceso terapéutico, este cambio, podría llegar a ser mayor en un proceso terapéutico más prolongado en el tiempo.

Respecto de la subescala Rol Social, podemos señalar, que los cambios expresados en el cuestionario fueron menores, por lo que podemos concluir, que los aspectos ligados a la imagen personal en relación a los demás y al rol que desempeñan los pacientes en sus tareas habituales, son los aspectos más difíciles

de modificar, debido a que estos pacientes, de organización de significado personal DAP, tienen una alta sensibilidad al juicio de las demás personas, su sensibilidad a la evaluación y a las expectativas que los demás tienen sobre ellos, por lo que siempre viven con una sensación de inseguridad respecto de sí mismos y de sus potencialidades.

Sin embargo, los resultados expresados en el cuestionario, en esta subescala, evidencian una clara tendencia al cambio, por lo que podemos suponer que, al igual que en la subescala de relaciones interpersonales, una terapia de estas características, más prolongada en el tiempo, podría alcanzar mayores resultados para este tipo de pacientes.

Señalaremos, finalmente, que consideramos un acierto la utilización del cuestionario OQ 45.2, pues nos permitió observar de manera más gráfica, la evolución y los cambios que pudimos registrar, sesión a sesión, durante la intervención terapéutica.

Podemos concluir entonces, a partir de los resultados arrojados, que un proceso más extenso, permitiría orientar el dispositivo clínico del terapeuta, asegurando mayores y mejores resultados con los pacientes que se autodefinen como obesos.

Concluiremos que el tratamiento psicológico de la obesidad desde la perspectiva postracionalista y dada la tendencia progresiva al cambio que han expresado los pacientes de la muestra en esta investigación, es posible esperar, que frente a un tratamiento centrado en los aspectos emocionales de la obesidad, los cambios psicológicos alcanzados sean más estables en el tiempo y que los riesgos de recaída disminuyan considerablemente. A diferencia de lo que ocurre en la actualidad con tantos pacientes que habiéndose sometido a largas y estrictas dietas, a gastos de dinero en gimnasios y en operaciones, no terminan por abordar el tema de fondo de su problemática alimentaria.

Consideramos necesario tener en cuenta que nuestra investigación ha sido realizada en una sociedad que actualmente privilegia un modelo de mercado. Por una parte, para las personas que se autodefinen como obesas, esto supone enfrentarse a pautas culturales que imponen determinados modelos de belleza, de éxito, donde la competencia por la imagen pasa a ser una cuestión fundamental y para estos pacientes, una fuente de permanente malestar dado que se les hace sentir que no cumplen con la imagen esperada.

Por otra parte, también las pautas culturales propias de este tipo de sociedad influyen notoriamente en las propuestas de solución o de abordaje de la problemática de la obesidad. Se puede señalar que los antecedentes recogidos en esta investigación nos permiten afirmar que la búsqueda de resultados inmediatos y que puedan ser cuantificados en términos de reducción de kilos de peso o disminución de grasa corporal pasa a ser lo principal de algunos tipos de tratamiento. A una persona obesa, lo “lógico” según esta mirada, sería recomendarle que no coma tanto, que haga ejercicios, pero es justamente ahí donde descubrimos la ineficacia de esta forma de enfrentar la problemática; pensamos que las recetas entregadas no apuntan al problema real.

Nuestra experiencia nos permite decir que la psicología está convocada, a “detenerse”, no en el sentido de estancarse, sino en el sentido de escuchar, mirar más allá de lo evidente, de lo que aparece ahí manifiesto, sino más bien, hacerlo como quien al caminar se detiene verdaderamente para escudriñar lo que está más allá del fenómeno explícito, en este caso, la gordura; para reconstruir junto con el paciente el caminar que este ha hecho, desde sus propias emociones.

Pretendemos invitar a “detenerse” a escuchar los aspectos emocionales, pasar de la pregunta por el ¿Qué?, a la pregunta por el ¿Cómo?, en otras palabras, que el terapeuta que trabaje con pacientes con trastornos alimenticios obesos, pueda encaminar a sus pacientes a reconstruir a partir de sus emociones los patrones que han adoptado para dar coherencia a su identidad.

## Bibliografía.

- Augusto, Z. (2000). Los trastornos de la alimentación: un enfoque constructivista postracionalista. *Revista Castalia*. (año 2). Vol.1. pp. 17 – 39.
- Aguirre, A. (1995). *Etnografía, metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona. Boixareu Universitaria. pág. 174.
- Guidano, V; (1993). *La complejidad de uno mismo. Un Enfoque evolutivo de la Psicopatología y de la psicoterapia*. Traducción de Instituto de Terapia Cognitiva. Santiago.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona. Paidós.
- De Marchis, M. *La psicoterapia de los disturbios alimenticios psicógenos. En una óptica postracionalista*. (2001). Roma. (<http://www.inteco.cl>)
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista P. *Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa*. en *Metodología de la Investigación*. (1994). México. McGraw-Hill. pp. 59-60.
- Jacobson, NS y Truax, P. (1991). *Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Mannino, G. *La contrucción del sí mismo en los disturbios alimenticios psicógenos*. (2001). (<http://www.inteco.cl>)
- Maturana, H.; Varela, F. *El árbol del conocimiento*. (1986). Santiago. Universitaria.



- Maturana, H; *Desde la biología a la psicología*. (1995). Santiago. Universitaria. (2ª edición).
- Maselli, P. *Psicopatología descriptiva y Psicopatología explicativa de los disturbios alimenticios psicógenos*. (2001). Roma. (<http://www.inteco.cl>)
- Moreno, M. (1997). *Diagnóstico de Obesidad y sus métodos de evaluación*. Boletín escuela de medicina, PUC. (Vol. 6), N° 1.
- Pedersen, D. *El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud*. en Ciencias Sociales y Medicina: Perspectiva Latinoamericana. (1992) Santiago. Universitaria. p.201.
- Ruiz, A. *Fundamentos teóricos del enfoque Postracionalista*. (1997). Santiago. (<http://www.inteco.cl>)
- Rozowski, J; profesor auxiliar, departamento de Nutrición, diabetes y metabolismo, Universidad de Chile. (<http://www.inta.cl>)
- Selltiz, Claire; Wrightsman, Lawrence S; Cook, Stuart W. “*Métodos de Investigación en las relaciones sociales*”. (1980). Madrid. Rialp S.A. pág. 438.
- <http://www.inta.cl/noticias/comunicadoObesidad.asp> ;11 Ago 2004.
- <http://www.minsal.cl>
- <http://www:IPRA.cl>

## Identificación de los pacientes de la muestra

<b>Nombre.</b>	Myriam.
<b>Edad.</b>	42 años.
<b>Estado Civil.</b>	Soltera.
<b>Hijos.</b>	Sin hijos.
<b>Escolaridad.</b>	Educación Técnica.
<b>Actividad Actual.</b>	Asesora del hogar.

<b>Nombre.</b>	Marlene.
<b>Edad.</b>	39 años
<b>Estado Civil.</b>	Soltera
<b>Hijos.</b>	Uno.
<b>Escolaridad.</b>	Egresada de Pedagogía.
<b>Actividad Actual.</b>	Estudiante de Pedagogía General Básica

<b>Nombre.</b>	Isabel.
<b>Edad.</b>	30 años.
<b>Estado Civil.</b>	Casada.
<b>Hijos.</b>	Dos.
<b>Escolaridad.</b>	Enseñanza Media completa.
<b>Actividad Actual.</b>	Junior.

<b>Nombre.</b>	Pamela.
<b>Edad.</b>	49 años
<b>Estado Civil.</b>	Separada.
<b>Hijos.</b>	Dos.
<b>Escolaridad.</b>	Profesora.
<b>Actividad Actual.</b>	Trabaja en INP, en educación de adultos.

<b>Nombre.</b>	Carmen.
<b>Edad.</b>	50 años
<b>Estado Civil.</b>	Casada.
<b>Hijos.</b>	Tres.
<b>Escolaridad.</b>	Educación Técnica.
<b>Actividad Actual.</b>	Secretaria en un Colegio.

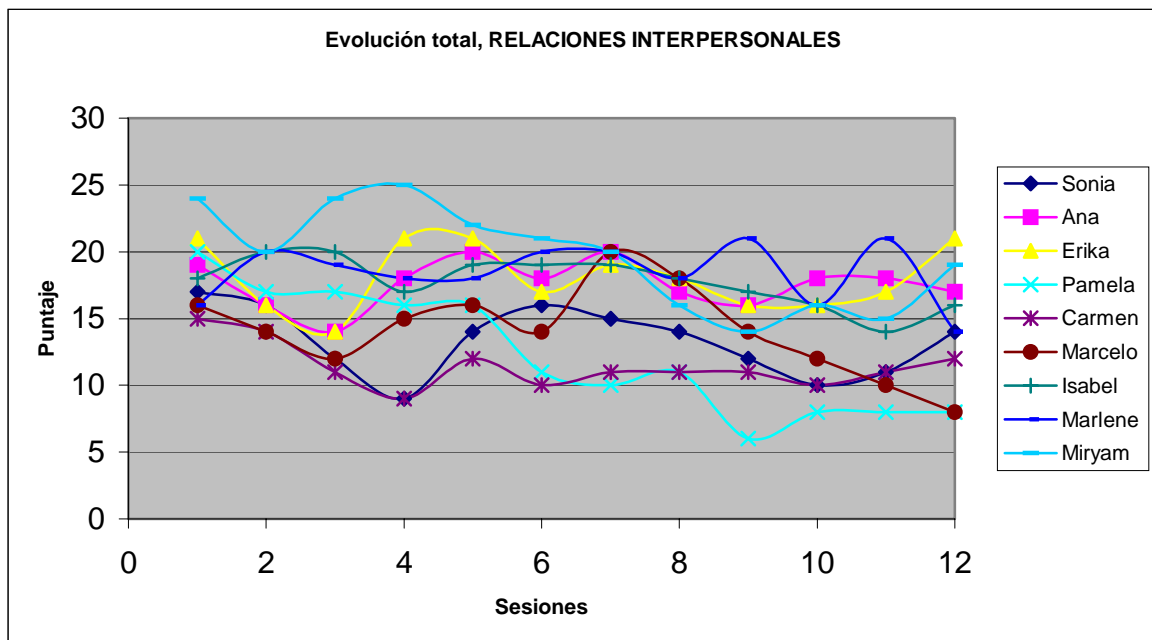
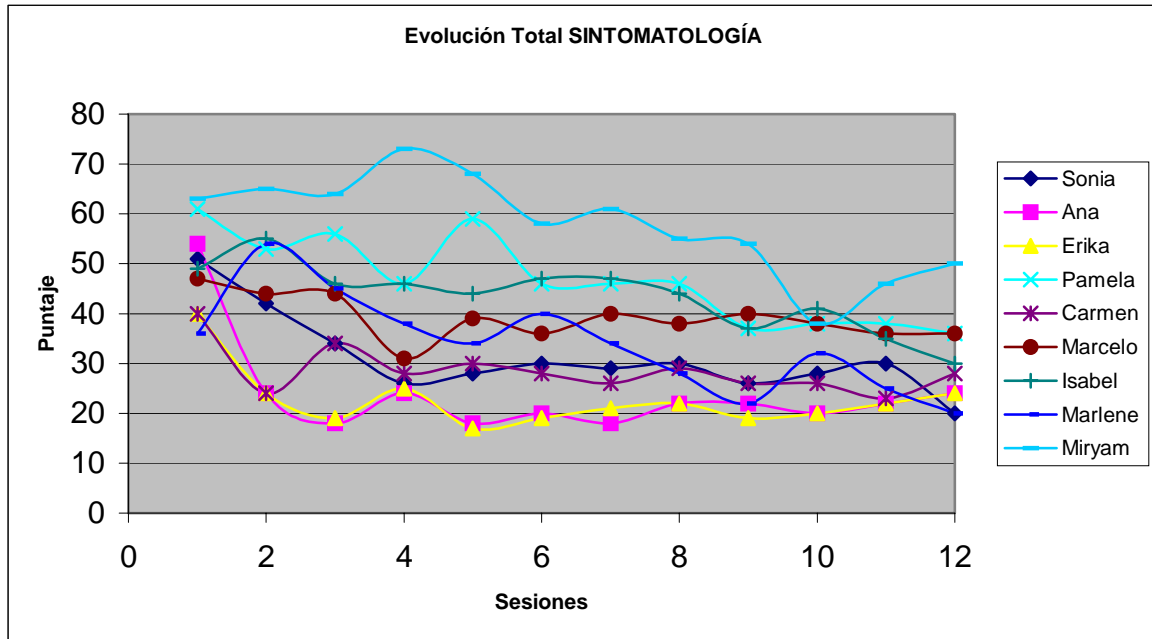
<b>Nombre.</b>	Marcelo.
<b>Edad.</b>	34 años.
<b>Estado Civil.</b>	Casado.
<b>Hijos.</b>	Uno.
<b>Escolaridad.</b>	Educación Técnica.
<b>Actividad Actual.</b>	Peluquero.

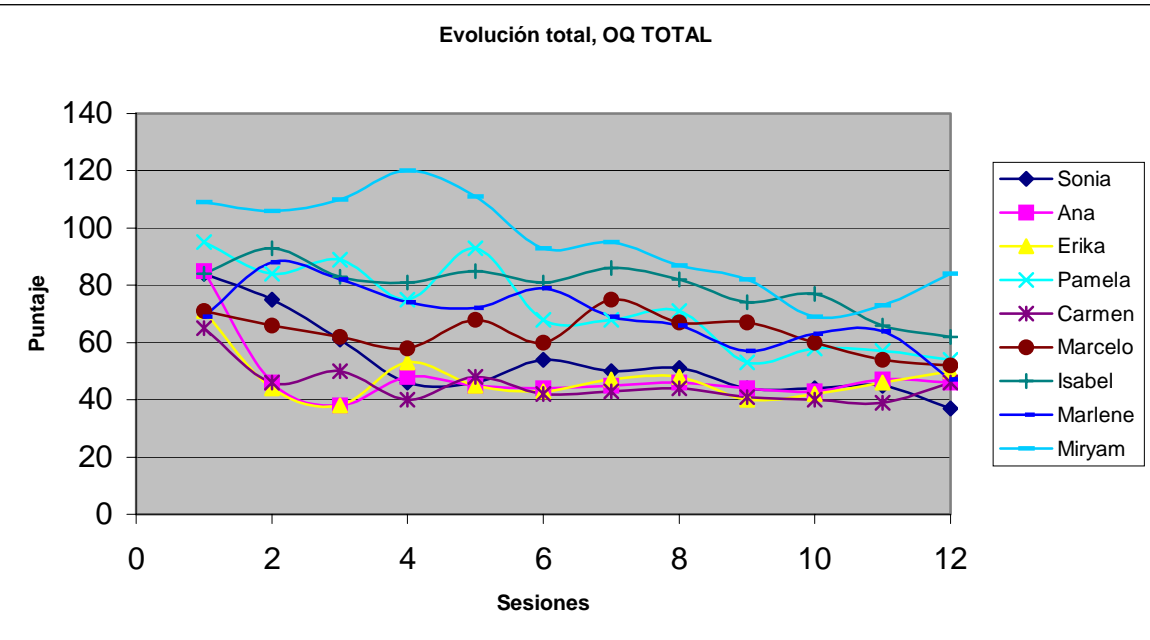
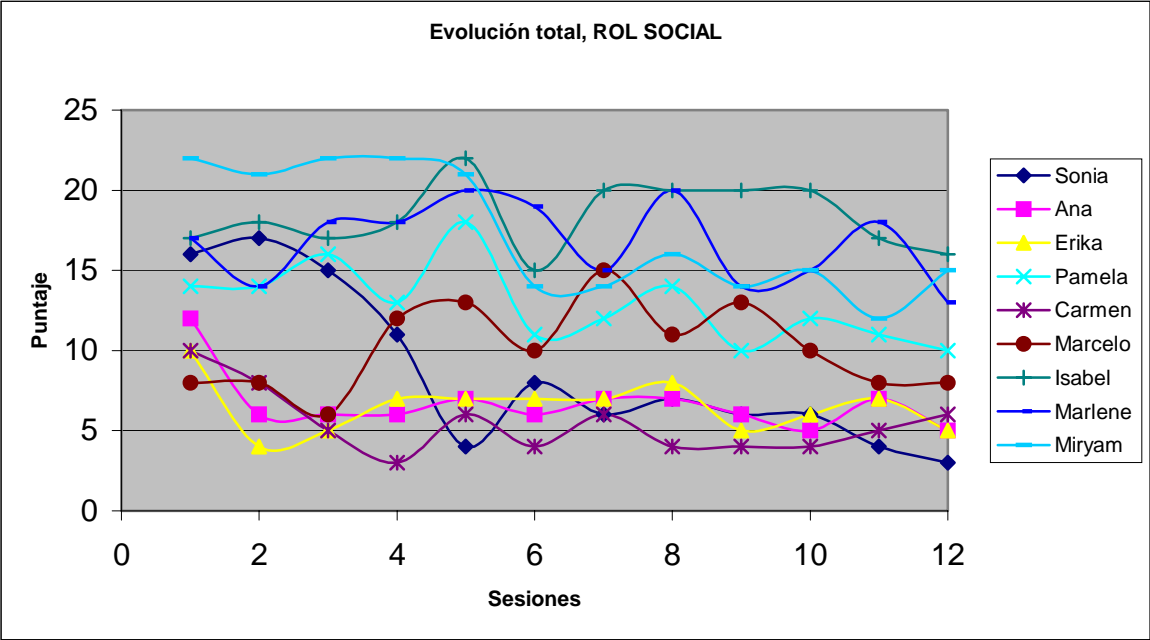
<b>Nombre.</b>	Erika.
<b>Edad.</b>	42 años
<b>Estado Civil.</b>	Separada.
<b>Hijos.</b>	Dos.
<b>Escolaridad.</b>	Educación Técnica.
<b>Actividad Actual.</b>	Contadora.

<b>Nombre.</b>	Ana.
<b>Edad.</b>	43 años
<b>Estado Civil.</b>	Soltera.
<b>Hijos.</b>	Sin hijos.
<b>Escolaridad.</b>	Educación Técnica.
<b>Actividad Actual.</b>	Cuida a sus sobrinos.

<b>Nombre.</b>	Sonia.
<b>Edad.</b>	27 años
<b>Estado Civil.</b>	Soltera.
<b>Hijos.</b>	Sin hijos.
<b>Escolaridad.</b>	Enseñanza media completa.
<b>Actividad Actual.</b>	Asesora del hogar.

Los siguientes gráficos, expresan el proceso completo (doce sesiones), de los nueve pacientes de la muestra en cada subescala y en el OQ total.



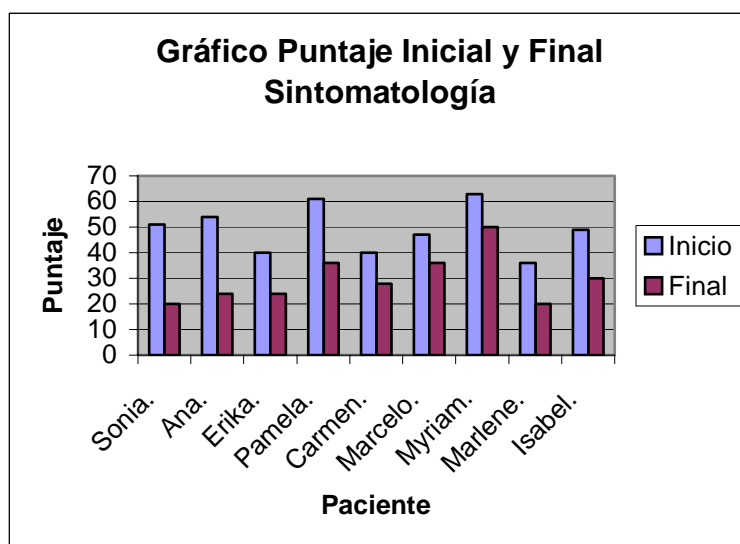


A continuación presentamos un cuadro resumen (Tabla N°1) que contiene los puntajes obtenidos por cada uno de los pacientes tanto al inicio como al final del proceso terapéutico en las tres subescalas que mide el cuestionario OQ-45.2. Los mismos datos se presentan luego en forma de gráficos.

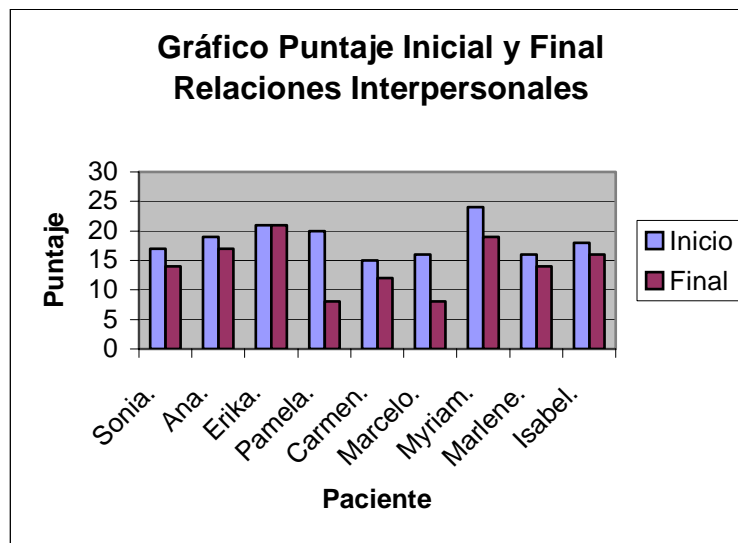
**Tabla N° 1: Puntajes Iniciales y Finales de los Pacientes.**

Pacientes	Síntomatología		Relaciones Interpersonales		Rol Social		Totales	
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final
Sonia.	51	20	17	14	16	3	84	37
Ana.	54	24	19	17	12	5	85	46
Erika.	40	24	21	21	10	5	71	50
Pamela.	61	36	20	8	14	10	95	54
Carmen.	40	28	15	12	10	6	65	46
Marcelo.	47	36	16	8	8	8	71	52
Myriam.	63	50	24	19	22	15	109	84
Marlene.	36	20	16	14	17	13	69	47
Isabel.	49	30	18	16	17	16	84	62

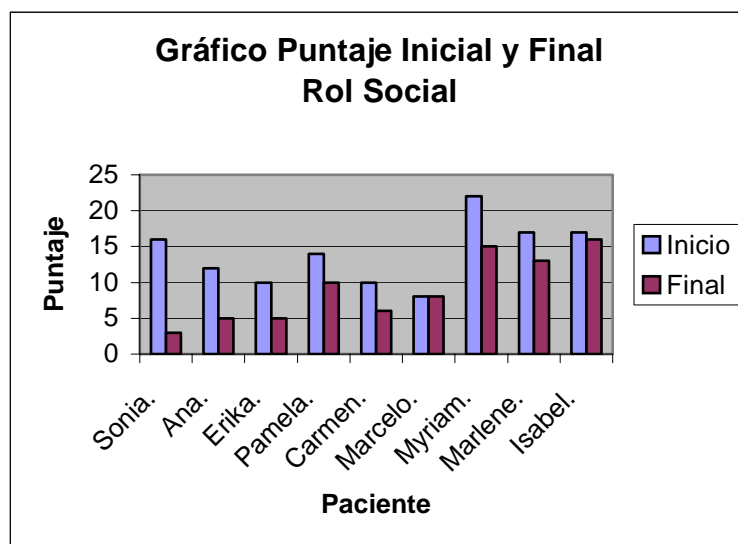
**Gráfico N°1: Puntaje Inicial y Final en la subescala de Síntomatología.**



**Gráfico N°2: Puntaje Inicial y Final en la subescala de Relaciones Interpersonales.**

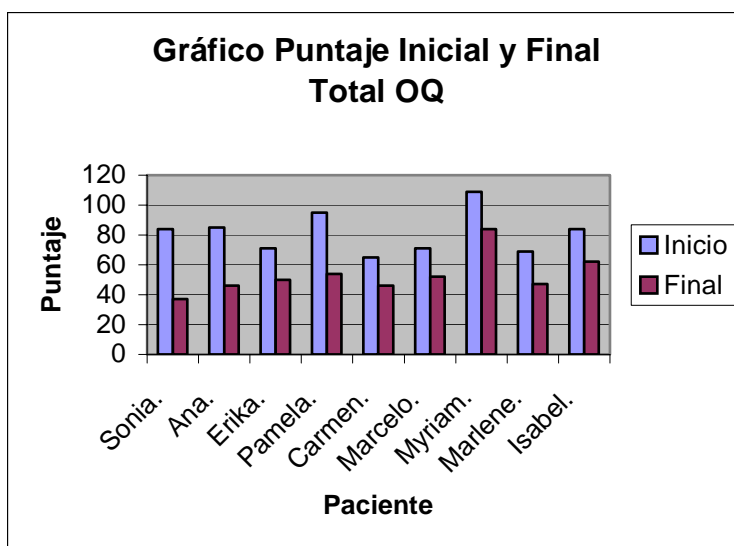


**Gráfico N°39: Puntaje Inicial y Final en la subescala de Rol Social.**





**Gráfico N°40: Puntaje Inicial y Final Total OQ**



**Tabla N° 2. Normas: Puntajes de Corte e Índice de Cambio Confiable.**

Área	Puntaje de Corte (PC)	Índice de Cambio Confiable (ICC)
OQ Total	73	17
Sintomatología.	43	12
Relaciones Interpersonales.	16	9
Rol Social.	14	8

## Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Nº Ficha: \_\_\_\_\_ Sesión Nº \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, b́ase en los ÚLTIMOS SIETE DIAS, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre			
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0			*
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4			
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4			
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4			
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4			
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4			
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0			*
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4			
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4			
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4			
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4			
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0			*
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0			*
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4			
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4			
16. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4			
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0			*
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4			
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4			
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0			*
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0			*
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4			

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4

SD	IR	SR
<input type="checkbox"/>		
*		
<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		
		*
<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	
*		
		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
		*
		*
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
		*
		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
+		+
<b>Total=</b>		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D.  
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.  
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.  
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información contact Guillermo de la Parra C.

E-MAIL: gdelap@net.vtr  
 Alejandra von Bergen R.  
 E-MAIL: avonbergen@terra.cl