

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario

AUTORES:

SILVESTRI, Eliana
Lic. en Nutrición

eliana_sivestri@hotmail.com
Consultorios médicos Va. Allende

STAVILE, Alberto Eduardo
Médico Generalista

albstav@hotmail.com
Instituto Medicina Integral
Juan J. Hirschmann

Córdoba Capital – Abril / 2005

INTRODUCCIÓN:

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física; basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios. Este desbalance entre la energía que ingresa y lo que se gasta genera un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo. Aún hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios.

Pero esta es una mirada estrecha y reduccionista, La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables.

Abunda bibliografía sobre investigaciones en donde la dieta hipocalórica y el ejercicio producen una disminución inicial en el peso de personas obesas (casi todas bajan al comienzo de los estudios), pero a lo largo de uno, tres o cinco años el casi 90 % recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan.

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan.

Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona, y en concreto en que un determinado ser humano padezca de obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Es decir, que la explicación, y el abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro. De ello se desprende, la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática.

Algunas alteraciones son específicas y pueden encontrarse con relativa frecuencia en individuos obesos, aunque sin ser patognomónicas de la enfermedad. Pero también existen otras que pueden estar presentes y dificultar el tratamiento para quienes intentan adelgazar y mantener un peso adecuado.

Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Lo cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento.

En la actualidad se están realizando investigaciones para determinar si en realidad existe una personalidad del obeso.

Es conocido que la obesidad se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado la herencia genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales.

No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluida. Por tanto el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática.

La presente, si bien analiza y enfatiza el rol de los aspectos psicológicos en la obesidad y su tratamiento, no minimiza ni deja de considerar como determinantes en el desarrollo de la misma los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
LISTA DE CUADROS.....	5
DESARROLLO.....	6
1. Personalidad del obeso.....	6
Personalidad adictiva.....	7
2. Alteraciones psicológicas en la obesidad.....	8
2.1. Alteraciones psicológicas frecuentes.....	8
a) Imagen corporal distorsionada.....	8
b) Atracón alimentario.....	10
c) Ansiedad.....	12
d) Depresión.....	13
e) Trastornos de la sexualidad.....	16
2.2. Otros problemas o conflictos psicológicos en obesos.....	18
a) El valor simbólico de los alimentos.....	19
b) Miedo a estar delgado.....	20
c) La obesidad como forma de evitar situaciones deseables.....	21
d) Desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones.....	21
e) La obesidad como forma de castigo.....	22
f) Comer como mecanismo evasivo.....	23
g) Necesidad de identificarse con un obeso.....	24
h) La obesidad como forma de destrucción de la figura femenina...	25
i) Papel de la pareja y de los padres en la obesidad.....	26
3. Factores psicológicos: ¿Causa o consecuencia de obesidad?.....	30
3.1 Como génesis de la obesidad.....	30
3.2 Como consecuencia de la obesidad.....	31
CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1

Criterios diagnósticos en el síndrome de descontrol alimentario..... 11

CUADRO 2

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor..... 15

DESARROLLO

1. PERSONALIDADES DEL OBESO

Como búsqueda de una respuesta al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, es que se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad.

Ha sido una de las cuestiones discutidas con fervor en el campo psicológico. Hoy no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso. (1)

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una personalidad tipo del obeso. Acorde con esta visión, el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado (2), aunque algunas personas muestran esas características sin ser obesos (3). Además, los esfuerzos por identificar un tipo de personalidad del obeso han llevado precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos. Diversos estudios (4) identificaron de entre tres a diez subtipos de personalidades, y un tercio de los sujetos no correspondieron a ningún subtipo.

Stunkard y Wadden no hallaron en su experiencia clínica una personalidad única en el obeso. Gran número de pacientes incluidos en grupos de tratamiento eran extrovertidos, sociables y productivos, participaban constructivamente en las sesiones y confort y sugerencias útiles para el resto de los pacientes. Unos pocos eran tímidos y reservados, pero su contribución era apropiada cuando se los invitaba a hacerlo.

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos (5).

En aquellos individuos donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría un **trastorno en la personalidad**, no determinando esto una “personalidad del obeso”, sino fallas parciales yocicas en distintas personalidades. (6)

El de la obesidad es un fenómeno que puede darse en distintas personalidades y esto es atribuible a fallas yocicas, diversas en cada caso. Los factores que intervienen no dependen de una determinada personalidad en sentido estricto, sino de fallas parciales de cada una de esas estructuras psíquicas. (7).

Hilde Bruch en su obra “Eating disorders”, enfatiza la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo –tal vez como penosa

herencia de la incapacidad empática materna, reiteradamente sufrida- distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, ahora activa, repite su trauma específico temprano: haber sido alimentados cuando manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de cuál fuese la que los embargaba.

Si se buscan factores comunes en las distintas personalidades se encuentran construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y sufrientes de enfermedades crónicas por lo que algunos autores hablan de una personalidad adictiva.

Máximo Ravenna (8) describe **la personalidad adictiva** como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

1. **objeto droga:** si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
2. **la persona:** una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.
3. **la familia:** ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
4. **factores socioculturales:** la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.
Esa dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto engañándose; es en esta etapa cuando se involucra el entorno.

Ya en una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. "La comida no es adictiva. Sí lo es la conexión del individuo con ella"

2. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN LA OBESIDAD

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas.

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas. (9)

Lo obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios. (10)

Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) (11), de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo. (12)

3.1 Alteraciones psicológicas frecuentes:

a) Imagen corporal distorsionada

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real (Cash & Pruzinsky, 1990). La imagen corporal clásicamente (Slade 1994) se la define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas.

Según Zukerfeld la imagen corporal definida como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado.

El registro de la **forma o figura**, clásicamente conocido por esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso) ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos.

El registro del **contenido** corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconcientes y a las necesidades; como son los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc.

El registro del **significado** se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares (intersubjetivas). (social).

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad.(13)

Estas tres esferas están íntimamente relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos obesos.

Con respecto al registro de la **forma**, las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.

Los trastornos a nivel de la percepción interoceptiva- **contenido**-se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones endosomáticas o psicobiológicas como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominancia de un modo de funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas.

Según Hilde Bruch, de producirse una exclusión de las necesidades corporales del niño en la relación precoz madre-hijo prevaleciendo arbitrariamente las emociones corporales de la madre sobre las del niño o al no haber una madre “suficientemente buena” (Winnicott) capaz de cualificar adecuadamente las necesidades del bebe (le da de comer según sus propios deseos y no espera los signos de inquietud del bebe), esto podría derivar en un desconocimiento de los límites del yo, de la imagen del propio cuerpo y del sentido de identidad.

Con respecto al registro del **significado**, en la sociedad actual sobrepreocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa(Rosen, 1996) cuyas características son:

- Preocupación estresante, dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción.
- Timidez y vergüenza en situaciones sociales.

- Incomodidad, angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas.
- Excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación.
- Autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece.

b) Descontrol alimentario. (ATRACÓN ALIMENTARIO-BINGE EATING)

El Binge Eating, es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa (p.ej. autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo), por lo menos dos veces por semana durante seis meses. (14).

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo/deseperación/decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminuida autoestima.(15)

Si bien el binge eating disorder o síndrome de descontrol alimentario (SDA) actualmente se considera una entidad autónoma cuyos criterios diagnósticos se especifican en el DSM IV - Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psychiatric Association – (ver cuadro 1), fue mencionado y estudiado por Stunkard en 1959 quien en su tipificación de las modalidades de conducta alimentaria de los obesos utiliza la palabra binge para describir este síndrome, que junto con el “síndrome de comida nocturna” relaciona con períodos de tensión y alarma.

- **Características clínicas:**

El SDA aparece principalmente en personas obesas en tratamiento en un porcentaje mayor a los obesos sin tratamiento.; Spitzer observó que este porcentaje ascendía hasta el 30% en personas obesas con tratamiento frente al 5% en los obesos sin tratamiento.(16)

Es más frecuente en el sexo femenino sobre el masculino.

CUADRO 1 Criterios diagnósticos en el síndrome de descontrol alimentario (DSM IV)

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo). <p>B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.4. Comer a solas para esconder su voracidad.5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón. <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>D. Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.</p>

- **Etiología:**

Restricción alimentaria:

diversos estudios han observado que la restricción alimentaria puede preceder o no al SDA (Berkowitz, Spitzer), quizás sea la “perdida de peso” el factor interviniente en la alimentación binge.

Factores psicológicos:

El SDA puede estar asociado a las siguientes situaciones psicológicas:

Depresión: su presencia es mayor en este grupo de pacientes.

Ansiedad, angustia, aburrimiento podrían desencadenar el descontrol alimentario.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): no se ha encontrado un aumento de la prevalencia entre el SDA y TOC.

Adicción: estudios psicobiológicos han formulado hipótesis sobre la relación entre SDA y conductas de gratificación alimentaria o conducta adictiva, como lo es la hipótesis dopaminérgica donde habría una relación con el núcleo accumbens y el haz mesolímbico nigroestriado y o la hipótesis del papel central del NPY (neuropéptido Y, péptido orexígeno sintetizado en núcleo arcuato) o la serotonina. (17).

- **Riesgos Para La Salud Física:**

Aparte de constituir un círculo vicioso difícil de abandonar para la psique de las personas que sufren este Trastorno de la Alimentación, éste puede originar también importantes enfermedades físicas, como diabetes mellitus, hipertensión y colesterol, ataques cardíacos, patología renal, artritis, etc., e incluso llevar a un riesgo de muerte más elevado.

Por tanto, a la hora de tratar el trastorno, deben tenerse en cuenta también estos aspectos, junto a los de una pérdida de peso a menudo necesaria y la imprescindible Psicoterapia.

- **Características de la ingesta en el SDA:**

Los obesos con SDA ingieren en estos episodios grandes cantidades de comida cuyo valor calórico es más alto al consumido por obesos sin SDA en el mismo periodo.

También ingieren más alimentos grasos que proteicos.

El peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que los obesos sin descontrol.

- **Aspectos psicopatológicos en el SDA**

Los pacientes con SDA tienen mayor preocupación por el peso y la forma corporal que quienes no tienen el síndrome.

En pacientes mujeres habría mayor nivel de ansiedad relacionada con la inserción social y una disminución de la autoestima.

Estos pacientes tendrían un mayor porcentaje de alteraciones psicológicas y prevalencia de enfermedades psiquiátricas particularmente trastornos afectivos.

También una mayor relación entre depresión y obesos con SDA y mayor desinhibición alimentaria al salirse de la dieta y menor eficiencia para mantenerla.

Es de destacar que no toda ingesta excesiva de alimentos, significa descontrol alimentario, ya que para la segunda entidad se necesitan los criterios diagnósticos antes mencionados.

- c) Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos. La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes.

Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado.

La alarma interna que supone la ansiedad, no debe alcanzar niveles excesivamente elevados, si así lo hiciera hay que reducirla. La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente.

El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Si el comer como recurso anti-ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

Las causas que más frecuente despiertan una ansiedad crónica son:

- Miedo a ser abandonado: a quedar desvalido, desatendido, olvidado por los seres más cercanos e importantes (padres, cónyuge o hijos)
- Miedo a no controlar los propios impulsos agresivos: ya sea relacionados a determinadas personas, a un pasado violento o a fantasías infantiles de agresión.
- Miedo a no controlar impulsos sexuales: como tendencias homosexuales o deseos inapropiados.
- Miedo a perder la estabilidad laboral y económica: generalmente más frecuente en el sexo masculino debido a la responsabilidad que en él recae.
- Miedo a la despersonalización: si bien se encuentra en estados graves de depresión, puede observarse en personas de estado psicológico normal, sometidas a cambios bruscos en su modo de vivir donde el comer en forma exagerada reduce la ansiedad que ello provoca.
- Miedo a que la vida se deslice por senderos imposibles de controlar: se observa cuando los acontecimientos que afectan a una persona supera su capacidad de adaptación.
- Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales.
- Miedo a la repetición de acontecimientos traumáticos.

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provoca un aumento de peso.

d) Manifestaciones depresivas:

En esta psicopatología se pueden describir las siguientes características:

- Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes. Toda su atención y todo su trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo.
- Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificante.

- Insomnio o al menos serias dificultades para conciliar el sueño y conseguir que este sea realmente reparador.
- Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento.
- Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.
- Frecuente pérdida del apetito y finalmente de peso.
- Bajo nivel de autoestima.
- Excesiva preocupación por el estado de salud.
- Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
- Llanto, miedo, angustia, sin situación alguna lo justifique.
- Autorreproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva.
- A niveles diferentes de conciencia, suele haber sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad.
- Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo.
- Ideas más o menos concretas de suicidio.

Estas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, cuya duración puede ir desde varios meses hasta varios años.

Además de las características mencionadas pueden agregarse elementos biográficos y psicológicos que facilitan la aparición de la depresión.

El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión.

Algunas personas presentan un estado de ánimo decaído, sin muchas fuerzas para realizar tareas habituales que no llega a ser una auténtica depresión, las cuales sienten (aunque sin relacionar una cosa con otra) como aumenta su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono.

Estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología.

Esos kilos de más producto del consumo de alimentos muy calóricos sería el precio que la persona paga por poner un dique de contención a la depresión.

Dado que las personas obesos no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc, se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión.

Haciendo referencia al manual DSM IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se describe, dentro del episodio de depresión mayor, al trastorno alimenticio como uno de los criterios para su diagnóstico (ver cuadro 2). Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono).

Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).

CUADRO 2 Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (DSM IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Es importante diferenciar aquellas manifestaciones depresivas con o sin componente ansioso que preceden a la obesidad de aquellas que resultan como consecuencia de la misma, ya que la depresión como cuadro psicopatológico independiente de la obesidad dificulta los cambios de actitudes y conductas y favorece las recaídas.

f) Trastornos de la sexualidad

De muy distintas maneras puede la sexualidad de una persona relacionarse con su obesidad.

Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo.

Si bien, el contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, el deseo frustrado de esta satisfacción ocasiona también mucha insatisfacción, y si esta se mantiene durante largo tiempo se tiende a buscar otra satisfacción que, aunque de manera imperfecta, la compense. Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer. Son muchas las personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional.

Miedo a relaciones sexuales que se dificultan engordando.

El miedo a entrar en una relación afectivo-sexual puede provocar que a nivel inconsciente algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para de esta manera, ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen, incluso aunque la deseen. Esto puede ocurrir:

- En mujeres que están en pareja, con miedo de ser infieles;
- Chicas jóvenes con miedo a iniciarse en el mundo de la sexualidad activa. Este miedo puede deberse a historias truculentas relacionadas con el sexo, hayan sido vividas o transmitidas por la generación anterior, o bien al deseo de permanecer en la infancia y, por lo tanto de postergar el ingreso en la vida adulta. (este último aparece por miedo a perder la protección y el contacto afectivo con los padres, injustificado generalmente, justificado otras, y hasta estimulado por los padres en algunas ocasiones, y se instala en adolescentes que van cumpliendo años pero no cumplen con las etapas evolutivas que les corresponde. A su vez, la insatisfacción por no alcanzar las experiencias propias de su edad y la ansiedad aparecida ante el peligro de quedar sin el apoyo familiar, se pueden apagar comiendo.);
- Mujeres asustadas de su gran capacidad erótica y que temen quedar atrapadas por la adicción al sexo;
- Personas acostumbradas en la infancia a ser llamativamente obedientes, incapaces de contradecir norma alguna, que gracias a ello se aseguraron el cariño de sus mayores, y que al llegar a la etapa adulta son incapaces de desprenderse de prohibiciones, tabúes, miedos y aprensiones que aprendieron a tener respecto de la vida sexual;
- Miedo a la intimidad con otra persona. Este es un miedo que seguramente afecta más a hombres que a mujeres. Se trata del miedo de depender de alguien, a que ese alguien se convierta en fundamental para la vida, a que

conozca lo más íntimo de uno mismo, a que esté tan cerca que lo haga vulnerable. Evitando las relaciones sexuales se pone un tope a la intimidad y en estos casos la obesidad resulta muy útil;

- Personas que no desean tener relaciones íntimas, afectivas o sexuales con su pareja. Son personas que siguen viviendo con su pareja, pero más en su calidad de compañeros de vivienda que como dos personas unidas a nivel emocional. (es el caso de algunas mujeres que consideran que no pueden negarse al encuentro sexual con su esposo, pero que no les apetece en absoluto, de manera que procuran dar las menores facilidades posibles para el encuentro erótico, como estando poco atractivas.).
- En algunos obesos de estructura neurótica, especialmente mujeres, muy susceptibles de ofensa fácil y con baja autoestima, se pueden observar rasgos de seducción, humor lábil, cambiante, con historia de dificultades sexuales de orden genital tales como frigidez, vaginismo, rechazo sexual, aunque ninguno es patognomónico de la obesidad nos refieren una disfunción psíquica. En estos pacientes la obesidad constituye un "refugio seguro" y la alternativa de mostrar una figura atractiva despierta en ellas una cesación de peligro referido al temor de perder el control de sus impulsos, temor proyectado a sus objetos y ante el cual la obesidad tranquiliza, al esconder las formas femeninas atractivas. De esta manera prevalece este beneficio por encima del desagrado que la obesidad les produce. El ocultamiento es más frecuente en la mujer. En el hombre la obesidad repercute menos, y es muy difícil que este pierda su actitud sexual o disminuya su sexualidad. Pero cuando el sobrepeso es tal que dificulta los movimientos y la respiración y es peligroso para la salud el hombre cambia de actitud y se torna pasivo.

Aparición de la obesidad como respuesta a la pérdida de un ser querido.

Suele observarse en algunos obesos que bajan de peso cuando se enamoran y lo recuperan cuando pierden al ser querido- representante invariablemente de la madre.

Estos fenómenos son sufridos pasivamente, es decir quienes lo padecen no buscan ni acentuar ni atenuar su peso corporal en relación con sus experiencias amorosas. Pero poco a poco, toma fuerza en su conciencia la constelación de angustia relacionada con temores y/o situaciones de abandono. Este es un ejemplo paradigmático que nos remite a la observación primordial de que, en muchos casos, la pérdida de objetos maternizados puede desencadenar el proceso psicobiológico que conduce a la obesidad. En estos casos el sujeto elige la comida como objeto, en vez de otros objetos, para su compromiso afectivo porque "ella", la comida, no abandona. Pero como el comer, en la proporción que la voracidad de objeto exige, produce obesidad, esto acarrea rechazo social, con el consiguiente deterioro de la autoestima y el natural dolor que eso produce, busca ser calmado con comida. Se inaugura así un ciclo que gira, dramáticamente, en torno de sí mismo.

Así el vacío psíquico, juega un papel crucial en la cuestión del no saciarse del obeso, entendida desde la orilla de su psicogénesis.

Si el normal saciarse representa la separación del objeto anhelado, el comer de más y sentirse nunca llenos estaría relacionado con un vano intento de llenar un vacío interior sin límites, vacío que tiene su origen en dañinas e indelebles experiencias infantiles de soledad y abandono.

El no comprometerse afectivamente equivale en el mundo de muchos obesos, a no sentir hambre.

Estar obeso como forma de agredir al compañero.

En algunas parejas, que se ven envueltas en una lucha en la que cada uno se esfuerza por reducir, empequeñecer, limitar, infravalorar al compañero en un intento por sentirse un poco más seguro, a lo que el otro contesta con iguales formas, la obesidad puede ser una forma más de desagradar al otro, sobre todo si el compañero es de esas personas que dan una especial importancia a la estética y aprecian mucho la apariencia ante los demás. Está claro que es un comportamiento absurdo, que lleva al deterioro personal y de la relación, pero ocurre en algunas parejas.

3.1 Otros problemas o conflictos psicológicos en obesos.

Si bien, muchos autores han encontrado alteraciones psicológicas específicas en individuos obesos, existen otras menos específicas y frecuentes, pero de importancia a la hora de planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado.

Existen razones que llevan a una persona a ingerir más alimento de los que necesita, aún sabiendo sobradamente que este comportamiento acabará, antes o después, en unos kilos que perjudicarán su salud y su estética personal. Muchas personas, en pleno régimen o tras haberlo terminado, experimentan ansiedad o depresión, a las que ponen fin volviendo a su antigua forma de alimentarse, con lo que vuelven a aumentar de peso.

Además es de consideración la participación que tienen las personas que conviven con el obeso para que se produzca y mantenga el exceso de peso.

Si bien, para el mejor entendimiento de las cuestiones psicológicas que influyen en que una persona esté obesa y/o que no pueda adelgazar eficazmente se abordan por separado, y se expongan como aspectos diferenciados, nada impide que en la realidad de muchas personas, estas causas se entremezclen.

Las causas psicológicas e interpersonales no son aspectos distantes y desconectados unos de otros, se funden y hasta confunden.

A continuación, algunos de estos factores psicológicos y familiares, que aunque con menos frecuencia, pueden estar presentes y socavar el tratamiento.

a) Valor simbólico de los alimentos

Muchos alimentos poseen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional por estar, muchos de ellos, asociados en nuestro cerebro a recuerdos buenos o malos, a situaciones, personas, etapas de la vida, etc. Existen asociaciones más o menos compartidas por la mayoría de la población, como asociar las tortas y postres a momentos de grata celebración de cumpleaños, a la experiencia de ser agasajados por sacar buenas notas, los helados a vacaciones de verano, a momentos de mayor libertad, etc. Pero hay asociaciones más individuales y de importantes consecuencias cuando de adelgazar se trata.

Este valor simbólico puede aparecer unido a diferentes circunstancias:

- Por el hecho de que ese alimento se produjera de una manera única o especial para la persona (por ejemplo cuando la persona ha notado lo especial que era para su madre o padre, u otro familiar y se le cocinaba cierto alimento o se lo hacían de determinada manera);
- Cuando el alimento va unido a la presencia de una persona importante desde el punto de vista de los afectos, o a un estado de ánimo determinado de una figura cercana e importante (pueden ser los padres o hermanos, pero también tíos y abuelos, o cualquier persona especialmente cercana);
- Cuando su consumo era recibido como premio (esta asociación puede ser de mayor importancia en aquellos momentos de la vida en que la persona tiene la sensación de no ser reconocida por el entorno);
- Cuando generalmente era reservado para la persona que tenía status familiar más alto y reconocido (en estas condiciones, un determinado alimento adquiere la impronta de una distinción social);
- Cuando haya sido consumido con ocasión del fin de un período de calamidad, desastre, miedo, angustia... (en estos casos, el alimento ha sido asociado al alivio que se produce al acabar la situación desagradable. Por tanto, se hace más necesario su consumo cuando conciente o inconscientemente se perciba como calamitosa, desastrosa, peligrosa o angustiada una situación presente o que amenaza con presentarse)
- Por consumirse regularmente con ocasión del encuentro, de la reunión, gratificante entre otras personas, generalmente familiares, pero también amigos u otras (especialmente si las personas a cuyo recuerdo va unido el alimento ya no están al alcance, por fallecimiento o por simple ruptura afectiva. Estos alimentos resultan una mayor tentación en momentos de soledad).

El simbolismo con el que están cargados algunos alimentos, o mejor sería decir, el simbolismo especial que algunos de ellos tienen, puesto que prácticamente todo lo que comemos evoca en nosotros una valoración más allá de los puramente alimenticio, se da de manera individual para cada persona, no pudiendo, pues extrapolar nunca el significado que tiene una comida para una persona a otra.

El no comer lo que apetece con intensidad, o el comer algo “por última vez”, suele ser con frecuencia preludio de atracones, por tanto, prescindir de los alimentos de

gran valor afectivo-emocional, puede socavar los esfuerzos por cumplir un plan nutricional de adelgazamiento, ya que están satisfaciendo una necesidad psicológica más que nutricional. Es necesario recordar que la viabilidad del régimen debe estar por delante de su rapidez para conseguir una adhesión a más largo plazo.

Reiterando, muchos alimentos están asociados en nuestra mente a recuerdos agradables o desagradables, a situaciones, personas, emociones... y muchas de estas asociaciones son necesarias para la estabilidad psicológica. Es imprescindible identificar si existen estas asociaciones en la persona obesa que se encuentra en tratamiento, para que no constituya un obstáculo del mismo.

b) Miedo a estar delgado

Existen personas que en forma consciente o inconsciente manifiestan miedo a estar delgados o a adelgazar.

Personas que tienen en sus recuerdos más infantiles, en aquellos que más marcan su personalidad, en los que no son capaces de rescatar pero que están en la base de sus miedos, una asociación entre perder peso, la delgadez y el sentir hambre, la enfermedad, el miedo y hasta la muerte.

Generalmente son personas de tercera edad que han sido partícipes de guerras, calamidades, catástrofes naturales o ruinas económicas.

Son personas que suelen tener cierta tendencia a acaparar alimentos, a tener una exagerada reserva de comida en su hogar, a consumir cuanto se les ponga en el plato, ya que dejar algo de comida en el plato o tirarla les significa gran remordimiento y malestar.

Hay personas lo suficientemente jóvenes como para no haber vivido los años de hambre y calamidades que sí pasaron sus padres, y en los que sí puede detectarse, aunque con menos fuerza, este miedo a la desnutrición. Se trata de personas poco diferenciadas de sus progenitores, incapaces de tener puntos de vista, esquema e intereses propios, y que por lo tanto viven como suyos los miedos más o menos comprensibles de sus padres. Y que tiene la creencia errónea de que deben perder el contacto afectivo y emocional con sus padres si quieren crecer y manejarse en la vida con sus propios esquemas mentales.

Otro miedo a la delgadez, ocurre en algunos hombres, generalmente en la segunda mitad de la vida, y más aún en ambientes social y culturalmente no muy desarrollados. En ellos se da una curiosa asociación que dificulta adelgazar cuando el médico así lo recomienda.

Para ellos, y de forma no muy consciente, se da la siguiente igualdad:

Estar más delgado = a estar menos fuerte = a ser menos viril = menos potencia eréctil.

El miedo a la impotencia se instala en estos hombres cuando por consejo médico se disponen a adelgazar.

El miedo a la pérdida de "potencia sexual", hace que prefieran correr riesgos para su salud antes que perder ese volumen y esa anchura que, sin darse cuenta, tanta seguridad les da.

En otro sentido se puede encontrar miedo a adelgazar:

En personas, sobre todo mujeres, llegan a convertirse en auténticas profesionales de los intentos de adelgazamiento. Mujeres cuya actividad principal es “ir de médico en médico”, iniciar un nuevo régimen, pesarse en la farmacia y exponer lo que han subido o lo que han bajado de peso con la farmacéutica, comentar con una vecina, amiga o familiar el último régimen que les han recomendado, etc. mujeres carentes de auténticas relaciones humanas satisfactorias, de proyectos estimulantes a nivel laboral, académico, deportivo, etc. mujeres solas, de ánimo depresivo, que hace ya tiempo que no son imprescindibles para los hijos, pues ya son mayores, o para los padres, que ya fallecieron. Mujeres que se convierten en el objeto de sus propios cuidados y que, a falta de otros achaques, se centran en su exceso de peso para poder satisfacer su necesidad de seguir siendo útiles, cuidadoras, y para poder tener un tema del que charlar con este o aquel. La necesidad de adelgazar, el exceso de peso, el resultado mayor o menor del régimen, se convierten así en el centro de sus vidas y en la única disculpa para tener un motivo de conversación. Por ello, a estas personas les resulta peligroso alcanzar el peso apropiado y mantenerse en él. El vacío, la depresión y la sinrazón de la vida se hacen un poco más evidentes e insoportables cuando ya no es novedad lo de haber alcanzado el peso apropiado, y encuentran como solución volver a empezar.

Naturalmente que todo este proceso no es buscado conscientemente por la persona que lo padece, simplemente, es dirigida por emociones que en parte desconoce e intenta satisfacer de la manera que puede, sus necesidades vitales.

c) La obesidad como forma de evitar situaciones deseables

Las personas, igual que el resto de los seres vivos, tenemos una fuerte tendencia a perseguir, y si nos resulta posible, conseguir aquellas cosas o situaciones que por alguna razón nos resultan gratificantes. Pero es frecuente que ocurra que determinada situación que deseamos vaya unida a otra que tememos, o simplemente que nuestra conciencia nos reproche la consecución o hasta el deseo de esa situación deseada.

La obesidad, muchas veces sirve como excusa ó justificativo, para no lograr aquello que se desea.

Miedo a la vida social, a mantener relaciones sexuales, a entrar en una nueva etapa de desarrollo, a la intimidad psicológica y afectiva de la vida en pareja, a perder la preferencia de la madre o el padre conseguida gracias a limitarse la vida y estar pendientes de ellos, a la infidelidad.

Todas estas cosas tienen algo de deseable, pero también provocan miedo por alguna razón. Su obesidad no es la causa de sus limitaciones, sino una excusa para continuar con las mismas. Esos kilos sobrantes son una excusa (disculpa) para no hacer aquello que, supuestamente, se haría de no tenerlos.

d) Desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones

La estabilidad psíquica requiere mantener un cierto equilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones. Cuando de manera más o menos permanente, la balanza se

inclina del lado de las insatisfacciones, las personas necesitan reponer el equilibrio perdido para mantener la salud psicológica.

Algunas personas con conciencia o sin ella, de manera regular, exageran el placer de comer como forma de compensar insatisfacciones permanentes en algún área de su vida: trabajo, vida sexual, vida afectiva a nivel de familia de origen, relación de pareja, relaciones de amistad, diversiones, entretenimientos y otras fuentes de bienestar.

Este mecanismo de compensación puede ser un obstáculo a la hora de realizar un plan alimentario y disminuir de peso, ya que estas personas sustituyen placeres que compensen la insatisfacción sufrida por el placer que genera el comer.

(en este caso se exagera el placer del comer, con tal de suplir las carencias que generan insatisfacción en otras áreas.)

e) La obesidad como forma de castigo

En nuestra cultura judeocristiana, el concepto de culpa y el de castigo van unidos. El castigo nos permite “pagar” aquello que hemos hecho mal, ya sea de pensamiento, de palabra o de obra. Este pago nos deja libres del sentimiento de culpa, de remordimientos e intranquilidad interna, y al estar en paz con uno mismo nos deja en disposición mental de concentrarnos en otros asuntos distintos al que generó la culpa.

Además, salda nuestras deudas con la sociedad, con lo que la relación con nuestros semejantes queda libre de interferencias. Este esquema es el que impera en nuestra sociedad.

El castigo puede ser impuesto por alguien externo, pero también puede ser la propia persona la que se imponga el castigo por una determinada falta que haya cometido, y es este el ejemplo de la persona obesa.

La obesidad, o la incapacidad para adelgazar eficazmente y mantener el peso correcto, al ser para la sociedad actual y para muchas personas algo negativo, desagradable, una especie de “cruz que llevan encima”, se constituye en una buena penitencia para quienes se autocastigan.

Al estar obeso, las miradas burlonas de los allegados, o simplemente de algunos viandantes, la ausencia de miradas de deseo por parte del sexo opuesto, la incomodidad de la ropa que aprieta, el cansancio y la torpeza de movimientos que genera, y sobre todo el mirarse en el espejo y no gustarse, es un *castigo apropiado* para la mente de algunas personas que se sienten culpables o “pecadoras”.

Lo que causa el sentimiento de culpa es inherente a cada persona, de acuerdo al código de valores y a la versión subjetiva que cada una tiene. Lo que para algunos puede no tener importancia, para otro puede ser una gravísima falta. Es decir, que los motivos por los que alguien puede sentirse culpable son profundamente subjetivos, por un excesivo escrúpulo de conciencia. (esto ocurre a veces tras años de ser censurados y castigados en la infancia y aprender a autoimponerse autocastigos)

Algunas situaciones que pueden generar culpa:

Deseos, tentaciones o simples fantasías de infidelidad; sensación de no dar en el ámbito afectivo todo lo que debería darse a los seres queridos, padres, hijos,

amigos; el haber perjudicado a una persona cercana ya sea real o imaginariamente; personas que al realizar determinada conducta, aunque solo le repercute a él mismo, siente que es impropia en su escala de valores; y como estos son muchos lo ejemplos.

Lo fundamental es entender que, cuando transgrede el código de conducta propio o social, la persona se siente culpable, y es frecuente que busque una penitencia para que los sentimientos de culpa dejen de hacerle daño, siendo la obesidad el castigo que muchas personas se imponen.

Este uso de la obesidad como forma de auto castigo afecta más al sexo femenino, y es, en la inmensa mayoría de los casos, inconsciente.

Debe considerarse que la insatisfacción debida a las circunstancias externas puede ocasionar un aumento del placer de comer, a modo de compensación, pero que, en este caso, la insatisfacción es de la persona consigo misma, y lo que intenta no es reponer el equilibrio entre placer y displacer, sino imponerse una sanción por un comportamiento que percibe como incorrecto.

f) Comer como mecanismo evasivo

Para algunas personas, la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas que tienen. La utilizan como una estrategia de evasión, dejando los problemas “en espera” en lugar de enfrentarse a ellos y resolverlos. De esta manera no experimentan la incomodidad o perturbación que produce afrontar la situación.

Algunos comen para escapar de las grandes decisiones que hay que tomar en la vida, como las que se relacionan con la profesión o con el matrimonio, otros lo hacen para no tener que afrontar (y potencialmente rectificar) las malas elecciones que ya han hecho (un matrimonio que ha fracasado, un trabajo sin futuro). Y, en algunas ocasiones, el problema lo constituye una vieja herida o un trauma al que no pueden hacer frente.

De modo que “comer” para estas personas, les quita de en medio una situación incómoda y permite que se sientan *temporalmente* mejor. Lo malo de esta “temporalidad”, es que no resuelve ni hace desaparecer el problema, y seguirán comiendo para evitarlos.

Utilizar la comida como una estrategia de evasión es una conducta aprendida: Por influencia de los padres: a) al consolar con comida a sus hijos cuando están disgustados, cuando se enfrentan a contratiempos o problemas... al ser repetitiva esta manera de actuar, se aprende al hábito de dirigirse a la comida cada vez que uno se ve ante un problema o a sentimientos que le trastornen; b) a través de sus propias conductas: cuando son los padres quienes evitan los conflictos comiendo. Además de la influencia que tiene el entorno familiar, también la educación y los medios de comunicación (cine, televisión, publicidades) pueden influir transmitiendo este mensaje.

En general, estas personas tienen dificultades para identificar sus sentimientos, para autoafirmarse, para anteponer las necesidades de los demás a las propias, ignoran los problemas con la esperanza de que desaparezcan. La mayoría son mujeres.

g) Necesidad de identificarse con un obeso.

Desde el nacimiento, el ser humano necesita adquirir una inmensidad de información, multitud de costumbres y hábitos útiles para la supervivencia y para la vida en sociedad. La manera de relacionarse con el resto de las personas, las particularidades del rol femenino y las del masculino, de qué manera y medida ha de expresarse el enojo, qué es conveniente y qué no para la salud, la manera de andar o de sentarse, la estética aceptable, la forma de cocinar, los alimentos más deseables, qué se considera permisible y de qué hay que sentirse culpable, son algunas de las miles de cosas que se debe aprender desde la niñez, ya que no van inscriptas en el código genético. Este aprendizaje se lleva a cabo a través de la identificación con un modelo dentro del entorno más inmediato. Madre, padre, abuelo/a, hermano/a mayor o alguna persona cercana, cualquiera puede ser elegida como modelo de identificación. La razón por la cual ocurre este proceso hacia una determinada persona y no a otra no está clara, pero es inconsciente y muy temprana.

Es lógico pensar que esta identificación ocurra hacia un adulto con quien trate habitualmente más que a otro con el que mantiene menor contacto; hacia alguien de su mismo sexo más que a otra del sexo contrario; o hacia alguien que satisface adecuadamente sus necesidades más que hacia quien no lo hace. Además, seguramente el grupo al que pertenece le propone como modelo a tal o cual persona y no a otra, según el papel que se le pretenda dar. Es difícil predecir a quién, y por qué finalmente una persona elegirá a una determinada persona como modelo a seguir.

En este caso el problema surge cuando, la identificación se da en una persona que es obesa, sedentaria, que calma su ansiedad comiendo, o tiene fácil tendencia a sentirse culpable y por ello a autocastigarse, etc.

Cuando, las personas no consiguen llegar a un nivel de maduración, de individualización, en el que son capaces de seguir en contacto afectivo con las personas que les han sido vitales en la vida y a la vez modificar su estilo de vida para hacerlo más adecuados a sus necesidades y a su tiempo, quedan atrapadas copiando un modelo con el que se habían identificado. Es decir, que si se identificó con un obeso, o con sus actitudes ante la vida y ante la comida que favorecen la obesidad, será muy fácil terminar padeciendo también esta afección. Esto puede ocurrir:

- como consecuencia de una grave pérdida por fallecimiento de una persona importante (como cuando una niña o adolescente pierde a su madre). En estos casos para soportar mejor la pérdida, no es infrecuente que la persona reproduzca actitudes, costumbres y formas de estar y ser típicas de la persona ausente. Esto confiere la sensación de cercanía y presencia. La necesidad de cercanía a esta persona es muy superior a su deseo de adelgazar, o a la presión desde la medicina para mejorar su salud.
- por una fuerte carencia de atención, seguridad, cuidados, cariño y cercanía de una persona fundamental para el niño o adolescente, para tener la sensación de ser un poco la madre deseada, y de que al adoptar su forma

de ser y estar, es como si estuviera presente, brindándole lo que necesita. Esto hace más soportable su relativa ausencia y amortigua la rabia de que no brinde todo lo necesario a nivel afectivo.

- En personas que sufren malos tratos, psíquicos o físicos, y necesitan sentirse más cerca del agresor, ser más como él o ella, más de su grupo, para obtener así cierta sensación de seguridad.
- En aquellos que han recibido de la persona de la que se han identificado, cantidades importantes de cariño, guía consuelo, protección, y siguen ese modelo.
- En aquellas personas que no lograron, en lo más íntimo de su persona, percibirse a sí misma como un ser con existencia propia, independiente de su ser allegado por excelencia. Estas personas que no tienen una profunda conciencia de su identidad individual, difícilmente adelgazarán si ello les da la más mínima sensación de perder “la otra mitad de su persona”.

Identificación negativa.

Hay personas que necesitan estar obesas o descuidar su físico, “**para no ser**”, para diferenciarse lo más posible o para llevar la contraria a alguna persona que ha sido sumamente importante en su vida, pero a la que no pueden admitir plenamente, ni mucho menos parecerse a ella, debido al daño que de la persona en cuestión han recibido.

Cuando la persona de cuyo modelo intenta apartarse es delgada, porque cuida mucho su alimentación y está muy pendiente de su físico, lo que hacen estas personas es lo inverso, no cuidar su físico, su alimentación y ser obesas. En realidad, en estos casos lo que se observa es una gran necesidad y un tremendo anhelo de esa persona, hacia la que, no obstante, se han acumulado grandes cantidades de rabia y de reproches.

En resumen, cuando una persona se identifica con otra de vital importancia en su vida por una fuerte vinculación afectiva, y esta última es obesa o tiene hábitos y actitudes que conducen al descuido y a la obesidad, la necesidad profunda de parecerse o diferenciarse, hace que repitan o se alejen de estas formas de vida, lo que termina conduciéndolos a una acumulación de peso.

h) La obesidad como forma de destrucción de la figura femenina

Es uno de los conflictos menos frecuentes entre obesos. Aparece generalmente en mujeres con obesidad extrema (mórbida). Son personas que no están satisfechas con su esencia femenina, no tienen una adecuada identidad sexual (a nivel muy inconsciente) y se resisten a adoptar el papel de mujer que las sociedad les otorga (ser menos activas que los hombres, darle prioridad al desarrollo de la maternidad en lugar de al laboral, etc). Son poco femeninas y mantienen una gran rivalidad con el sexo masculino.

La obesidad, es decir, esa acumulación excesiva de tejido adiposo, es utilizada para disimular su esencia femenina, ya que no solo se pierde la figura (desaparecen caderas, pechos, cintura) sino también algunas de las funciones típicas del organismo de la mujer (ciclo menstrual).

Se relaciona, aunque en forma contraria a la anorexia nerviosa, donde existe un fuerte deseo de no pasar de ser una niña a mujer (no ser adulta).

i) *Papel del cónyuge y de los padres en la obesidad.*

Es importante el rol que juegan las personas más allegadas en la aparición y mantenimiento de la obesidad. Estas son habitualmente el cónyuge y los padres, pero también puede tratarse de hermanos y amigos. Estos, pueden tener interés consciente o inconsciente en que continúe con sus kilos sobrantes.

Entre cónyuges, no es infrecuente encontrar que se potencia la obesidad del otro por:

- Necesidad de justificar, ante la pareja, y/o ante uno mismo, la inapetencia sexual.
- Deseo de no dar la posibilidad de que haya un nuevo episodio de impotencia eréctil.
- Miedo al abandono por otra persona más joven, o simplemente más atractiva, o por ambas cosas.
- Deseo de castigar a la pareja por supuestas o reales ofensas recibidas.
- Deseo de “compensar” defectos físicos que se posean, de manera que la obesidad de uno equilibra los defectos físicos del otro (su fealdad, minusvalía...)
- Deseo de compensar la superioridad intelectual o académica del obeso.
- Dependencia, buscando la seguridad de no ser abandonado, fomentando aquello que es una limitación en su pareja.
- Etc.

Este deseo de potenciar la obesidad del esposo o de la esposa puede llevarse a cabo de varias maneras:

- Cocinando, o proponiendo, las más apetitosas comidas justo cuando inicia un régimen.
- Creando, una fuerte expectativa en torno a la bajada de peso, de manera que la persona sucumba en un mar de ansiedad y tensión. Esta forma tiene la ventaja de que no es fácilmente demostrable, ya que siempre se puede argumentar que lo único que hace es demostrar interés porque la persona adelgace.
- Creando o exagerando problemas que hagan sentir al cónyuge que no es momento oportuno de concentrarse en la lucha por perder peso, pues de otro modo tendría la molesta sensación de ser una persona egoísta, que desatiende otros asuntos, como los hijos, el negocio, etc.

- Provocando recuerdos o sensaciones que lleven al cónyuge a sentirse fuertemente ansioso o desanimado, con lo que su necesidad de comer, aumenta.
- Minusvalorando la importancia de los kilos perdidos al inicio del régimen, por ejemplo usando frases del tipo “no se te nota nada que hayas bajado de peso”, “tanto esfuerzo y nada, no sé si vale la pena”, etc.
- Exagerando las dificultades que tiene la pérdida de peso, tal vez usando frases como “tu hermana lo intentó, y a pesar de la gran fuerza de voluntad que tiene no lo consiguió”, “al principio se empieza con muchas ganas, pero luego...”, etc. O simplemente señalando los inconvenientes, tal como la molestia de cocinar cosas al margen de los demás, el costo económico del tratamiento, etc.
- Planteando en ese momento cuestiones pendientes que causen ansiedad o depresión, tal como la imperiosa necesidad de cambiar el piso de la cocina, o la ortodoncia de la hija, etc.
- Etc.

Este comportamiento no se da en todas las parejas, solo en algunas, y es muy difícil darse cuenta ya que es sutil y suele pasar desapercibido.

Además, al margen del boicot que puede existir por parte de la pareja en el proceso de adelgazamiento, cuando el obeso consigue suprimir, de manera estable, un problema de obesidad, sobre todo si esta obesidad ya existía en el momento de formarse la pareja, la estabilidad de la relación puede estar en peligro.

Esto puede ocurrir en muchas ocasiones por varias razones posibles:

1. Porque la persona que ha adelgazado puede, lógicamente, sentir una fuerte subida de autoestima, y con ello hacerse más exigente respecto de su vida en pareja (tener una vida social más intensa, relaciones sexuales más frecuentes o variadas, un comportamiento más atento y considerado, destinar más gastos a ropa, viajes, etc son cambios que pueden abocar a la pareja a una etapa de crisis).
2. Porque la obesidad, ahora superada, estuviera “compensando” alguna carencia por parte de la pareja, tal como sus modales menos refinados, su menor grado de iniciativa, un nivel intelectual menor, etc, que ahora ya no se tolera. (Es decir, ambos cónyuges pueden sentir que “valen lo mismo”, ya que los defectos de uno de ellos sean equiparables a los defectos del otro. Así, mientras el esposo nota que no está muy dotado intelectualmente, puede sentir que esto no lo deja en inferioridad de condiciones, ya que ella, debido a su obesidad no tiene demasiado atractivo físico. Al adelgazar eficazmente y mantenerse en el peso correcto, de alguna forma rompe el “equilibrio de valor” entre uno y otro. Y restablecerlo no es fácil.)

3. Por el hecho de que, una vez superada la obesidad, la persona que ha obtenido tan importante logro se lance a la consecución de nuevas metas largamente soñadas, tal como estudiar, actividades sindicales, artísticas, etc. Se produce en estos casos, un despegue personal que puede desequilibrar la pareja si el cónyuge no tiene una evolución equivalente y/o si no existen fuertes puntos de anclaje entre ambos.

Muchas parejas logran adaptarse a estos cambios y encuentran un nuevo y satisfactorio equilibrio. Otras se enfrentan a la ruptura o mantienen un matrimonio devaluado. **En algunas otras, la incapacidad para superar estos “efectos secundarios” del adelgazamiento lleva a la recuperación del peso perdido, con lo que se restablece el equilibrio**, eso si, pagando el precio de una fuerte insatisfacción personal de quien logró adelgazar y ahora vuelve a engordar.

Pero, además de la pareja, otro familiar de gran importancia en la vida también puede boicotear, lo sepa o no, los intentos de adelgazar de una persona. Es el caso de algunas madres. La inmensa importancia emocional que para cualquier persona tiene su madre, coloca a este familiar en una situación inmejorable para poder boicotear los intentos de hacer régimen eficazmente, y hasta trabajar para que aumente más kilos.

Algunas razones, concientes o no, que ciertas madres tienen para este comportamiento pueden ser:

- Evitar que la hija/o, al encontrarse más satisfecha con su físico, se relacione más, salga con los amigos y pueda formar una pareja, con lo cual la madre se quedaría más sola que si esto no se produce. (Este miedo a la soledad de la madre, se encuentra en aquellas que no tienen una vida social y afectiva al margen de los hijos, que les de seguridad, comunicación y compañía.)
- Deseos de venganza hacia la hija, e impulsos agresivos en general, normalmente ocultos a la propia conciencia, por ofensas reales o fantaseadas. (Por ejemplo, celos hacia la hija porque esta mantenga con el padre una cercanía afectiva, o envidia por sus éxitos académicos y profesionales que ella no pudo conseguir, etc)
- Etc.

Las formas en que una madre puede fomentar la obesidad de un hijo o hija, o de boicotear un tratamiento, pueden ser varias:

- ❖ Cocinar de manera más tentadora.
- ❖ Hacer coincidir de manera sistemática las bajadas de peso de su hija con un estado anímico por su parte de tristeza y desconsuelo, aunque como algo casual y no relacionado.
- ❖ Creando en el hijo/a sentimientos de culpa, muy especialmente si sabe que este paga sus culpas haciendo algo que lo perjudique, y en concreto engordar.

- ❖ Criticando contundentemente su obesidad, expresándole rechazo por sus kilos, de manera que genere en la hija o hijo, el deseo más profundo de que la quiera a pesar de estar obesa.
- ❖ Estimulando los miedos de la hija, y que esta combata equivocadamente estando obesa (como el miedo a la intimidad con el sexo opuesto).

Por tanto es importante pesquisar, a quién pueden beneficiar los kilos sobrantes, o lo que es muy similar, a quién puede perjudicar la recuperación del peso correcto.

A veces no es una persona determinada y aislada la que tiene interés en que el obeso no consiga adelgazar, sino más bien un grupo en su conjunto, y en especial la familia como un todo.

Este puede ser el caso cuando la obsesión por la obesidad de uno de sus miembros, que ocasiona innumerables visitas a médicos y preocupados diálogos sobre lo que el obeso consigue o no bajar de peso, sirve a oscuros intereses, como por ejemplo:

- Evitar la desintegración del grupo familiar. (cuando en el fondo todos tienen la sensación de que nada los une y que tan solo la sensación de emergencia familiar, en este caso por un grave problema de obesidad, como en otros una enfermedad física, o psicológica, sirve a modo de pegamento que evite la inminente desintegración familiar. En estas familias, todos o la inmensa mayoría de los diálogos giran en torno a la obesidad, el riesgo médico que padece, el último especialista visitado...)
- Eludir la toma de conciencia de un problema mayor. (como el alcoholismo de la madre, la actitud o el abierto comportamiento seductor del padre para alguna o todas las hijas, son algunos ejemplos de temas que quedan pertinentemente olvidados o aplazados “gracias” a lo mucho que preocupa la grave obesidad de uno de sus miembros.)
- Permitir que la persona dominante de la familia se “entretenga” con la obesidad de uno de sus miembros para que los demás puedan quedar fuera de su nefasto interés. (es lo que pasa cuando una madre o un padre, fuertemente posesivos y dominantes, se obsesiona con uno de los hijos, habida cuenta de su obesidad, y el resto de los hermanos ven la oportunidad de escapar del control materno o paterno, por lo que finalmente todos, padres y hermanos, están secretamente interesados en que esta obesidad, aunque oscile, se mantenga.
- Etc.

Es importante recordar que estos problemas psicológicos, pueden o no estar presentes en el individuo obeso y que no son características patognomónicas de la enfermedad.

No suelen funcionar de forma aislada, sino en combinación con otras y con mil matices distintos en cada persona concreta. Lo fundamental es identificarlas y darles la terapéutica correspondiente para que no se conviertan en un obstáculo en el tratamiento.

3. FACTORES PSICOLÓGICOS: ¿CAUSA O CONSECUENCIA DE OBESIDAD?

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben.

3.1 Como génesis de la obesidad:

durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. (18). Pero es interesante saber que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias. Sin embargo, 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. (19)

Hilde Bruch (20) señala que el hambre es un fenómeno constitucionalmente “impreso” en el ser humano, quien aprende a diferenciarla de otras necesidades y tensiones. También carga ella el acento en la importancia que tiene el hecho de que la madre responda adecuadamente, es decir, con la suficiente capacidad empática, a los indicadores con los que el bebé demuestra esa necesidad o tensión específica que clama por una adecuada descarga o satisfacción (la cual depende casi exclusivamente de esa respuesta materna). Tanto Bruch como todos los autores contemporáneos señalan la trascendencia que tiene la respuesta materna adecuada ante la demanda del niño durante las primeras etapas del desarrollo, en las cuales la madre debe ser capaz de decodificar el lenguaje sin palabras del bebé. Si esta respuesta no es adecuada, se pueden generar trastornos –potencialmente patógenos- en el desarrollo armónico de la personalidad, los que se mostrarán en la adolescencia cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier reclamo interior con una ingesta. Esta búsqueda –vana por cierto- lleva al aumento de peso, el que no será revertido en la medida en que el comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión.

Si bien la combinación de ciertas características psicológicas (antes descritas) pueden encontrarse en la génesis de la obesidad, no se presentan como únicos factores sino interactuando con otros ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc).

3.2 Como consecuencia de la obesidad:

En la actualidad, la psicopatología del obeso, tiende a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza.

Los individuos obesos en los países occidentales sufren del prejuicio y la discriminación. Los medios de comunicación (televisión, revistas) recuerdan constantemente que para estar a la moda hay que estar delgado y las personas con sobrepeso son blanco de bromas.

En los últimos 25 años se han estudiado numerosos grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso. El prejuicio se ha observado aun en niños de 6 años de edad, quienes describieron a un niño con sobrepeso como perezoso, sucio, estúpido, feo, tramposo y mentiroso. Estudios similares en adultos muestran que estos prefieren a estafadores, consumidores de cocaína, ciegos y rateros antes que a personas obesas como pareja.

Esto puede observarse también en algunos profesionales de la salud quienes ven a sus pacientes obesos como faltos de voluntad, feos y torpes y son tratados irrespetuosamente por el profesional médico tratante.

Los prejuicios relativos al peso se acompañan frecuentemente de discriminación, en el ámbito estudiantil hay menor aceptación hacia los estudiantes obesos, comparados con los no obesos, a pesar de que el rendimiento sea semejante en ambos. En el ámbito laboral, algunos empleadores no contratan personas obesas bajo ninguna condición, y otros solo los contratan bajo circunstancias especiales. Prácticamente en todos los aspectos de la vida se le recuerda al obeso que se halla en una sociedad que odia la gordura.

Evidentemente, esta estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, etc.

Si bien el prejuicio y la discriminación son reales, pensar que la psicopatología del obeso es el resultado de estas sería un concepto simplista.

Se estarían ignorando el peso que tienen las características psicológicas individuales tanto en la génesis de la obesidad como en la dificultad para adelgazar o mantener el peso logrado.

Es posible que prejuicio y discriminación exacerben los conflictos ya existentes de la persona obesa y compliquen aun más el tratamiento de la obesidad.

Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos.

Conclusiones

- ✓ Hasta el momento ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso. Existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso.
En aquellos individuos donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales, biológicos, existiría un trastorno en la personalidad, no determinando esto una “personalidad del obeso”, sino fallas parciales yoicas en distintas personalidades.
- ✓ Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas mas frecuentes que otras.
Las mismas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona.
Estas características pueden o no estar presentes en el individuo obeso y no son patognomónicas de la obesidad.
Sin embargo son de fundamental importancia a la hora de planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado además de no permitir un compromiso adecuado.
- ✓ Al no existir claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc). esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.
- ✓ No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc).
Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos.
En el tratamiento de la obesidad, la identificación y tratamiento de las características psicológicas es tan fundamental como los demás factores etiopatogénicos, ya sea que éstas se encuentren en la génesis de la obesidad, sean consecuencia de ésta o simplemente estén presentes simultáneamente, haciendo más difícil el abordaje de la misma.

- ✓ La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que los profesionales tratantes deben proveer de apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente.
El tratamiento debe ser integral para facilitar no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico.

- ✓ Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.

REFERENCIAS.

1. **Zukerfeld, Rubén.** (15 de Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (médico psicoanalista, miembro de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP) y profesor del Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA).
2. **Webb, WW; Phares, R; Abraham, HS; Meixel, SA; Scott, HW; Grdes, JT.** (1976) Jejunoileal bypass procedures in morbid obesity: preoperative psychological findings. J. Clin. Psychol. 32: 82 – 5. (Citado por Braguinsky, Jorge. (1999) Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo.)
3. **Wadden, TA; Stunkard, AJ; Brownell, KD; Day, SC;.** (1984) Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. J. Sult. Clin. Psicol.. 52: 692 – 4. (Citado por Braguinsky, Jorge. (1999) Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo.)
4. **McReynolds, WT;** Toward a psychology of obesity: review of research on the role of personality and level of adjustment. (1982) Int. Eating Disorders 2: 37 – 57. Barrash,J; Rodríguez, EM; Scott, DH; Mason, EE. The utility of MMPI subtypes for the prediction of weight loss after bariatric surgery. (1987) Int. J. Obes. 11: 115 – 28. (Citado por Braguinsky, Jorge. (1999) Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo.)
5. **Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J.:** Sinopsis de Psiquiatría, 7° Edición. Editorial Panamericana. Buenos aires, 1996. (Citado por Chandler, Eduardo, Rovira, Bernardo: Actualidad psicológica 2002)
6. **Bruch, H.:** “Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within”. Basic Books, New York, 1973.
7. **Chandler, Eduardo, Rovira, Bernardo:** Actualidad psicológica 2002.
8. **Ravenna, Máximo** (2004) Una delgada línea. entre el exceso y la medida. pp 105 – 111.
9. **Orlando, Horacio.** (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (médico cardiólogo y psicoterapeuta especializado en obesidad, miembro de SAOTA).
10. **Panzita, Ma. Teresa.** (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (Lic. En psicología especializada en trastornos alimentarios de obesidad del Hospital Durand y la Fundación Favalaro)

11. **Halmi, K; Stunkard, A; Masson, E.** (1980). Emotional responses to weight reduction by three methods: gastrics bypass, jejunileal bypass, diet. Am J Clin Nutr; 33: 446 – 451 (Citado por Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos. (Abril – junio 2001) “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) vol. 9 N° 2. pp 91 – 96
12. **Saldaña, C.** (2000). Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. Nutrición y obesidad. 3 (2): 81 – 88. (Citado por Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos. (Abril – junio 2001) “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) vol. 9 N° 2. pp 91 – 96.
13. **Faccini Monica** (2002). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002. pag28.
14. **Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psychiatric Association** (1994). Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa- versión electrónica- Masson SA-1995ver pag.
15. **Zúñiga, Alfredo** (2004). Entrevista sobre comedores compulsivos. Eating Disorders México.
URL: http://www.eatingdisorders.com.mx/la_entrevista.htm
16. **Spitzer R, Devlin M Walsh B.** Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. Int j Disorders 11:191-204, 1992.
17. **Curso de posgrado a distancia en obesidad.**(2004)Modulo 4-conducta alimetaria. Universidad Favaloro.
18. **Kaplan, HI; Kaplan HS.**: the psychochosomatic concept of obesity. J nervous and Mental Diseases 1957; 125: 181 – 201
19. **Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos;** “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición vol. 9 N° 2. abril – junio 2001 pp 91 – 96)
20. **Bruch, H.:** “transformation of oral impulses in eating disorders”. Psychiat. Quart, 35, 368, 81.1961

BIBLIOGRAFÍA

1. **Amigo Vázquez, Isaac.** (2003). La delgadez imposible. Editorial Paidós. Barcelona.
2. **Braguinsky, Jorge y col.** (1999). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento - 2° edición - Editorial El Ateneo. Buenos Aires.
3. **Cañamares, Esteban.** (2002). ¿ Por qué no puedo adelgazar? Causas psicológicas de la obesidad. Editorial ALGABA. España.
4. **Cormillot, Alberto; Fuchs Analía.** (2002). Obesidad y dismorfofilia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002.
5. **Chandler, Eduardo; Rovira Bernardo.** (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002.
6. **Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psyquiatric Association** (1994). Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa- versión electrónica- Masson SA-1995
7. **Facchini, Mónica.** (2002). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002.
8. **Griessner, Verónica.** (2003). Binge Eating: Trastorno por “Atracón”. Publicado en Psicocentro.com
URL: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31002
9. **Last, Cynthia G.** (2000). 5 Razones por las que comemos en exceso. Editorial Urano. España.
10. **Moral de la Rubia, José.** (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. RESPYN, Revista Salud Pública y Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, universidad autónoma de Nueva León.México. Vol 3 No.3 Julio-Septiembre 2002.
URL: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/3/ensayos/trastornos.html>
11. **Orlando, Horacio.** (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (médico cardiólogo y psicoterapeuta especializado en obesidad, miembro de SAOTA).

12. **Panzita, Ma. Teresa.** (Marzo 2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires. (Lic. En psicología especializada en trastornos alimentarios de obesidad del Hospital Durand y la Fundación Favaloro)

13. **Quiles Marcos.** (2002). Taller de imagen corporal y alimentación.
URL:
<http://www.umh.es/cpa/Libro/Capitulos/capitulo%204%20Taller%20de%20imagen%20corporal%20y%20alimentaci%C3%B3n.doc>

14. **Ravenna, Máximo.** (2004). Una delgada línea....entre el exceso y la medida. – 1° edición- Galerna. Buenos Aires.

15. **Seijas Buschiazzo, Daniel; Feuchtmann Sáez, Christian.** (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997; 26:38-41
URL:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/obesidad/obesidad10.html>

16. **Suverza, Araceli; Mirella, Márquez.** (2004). Obesidad, Trastorno Psicológico y Deterioro de la Calidad de Vida de la Mujer. México DF; 28 de Septiembre de 2004.
URL: http://www.clubmantenteenlinea.com/sp_artpub_tres.asp?idt=&status=

17. **Vazquez Velásquez, Verónica; López Alvarenga, Juan Carlos.** (Abril – junio 2001) “Psicología y obesidad” revista de endocrinología y nutrición (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) vol. 9 N° 2. pp 91 – 96.

18. **Zuckerfeld, Rubén.** (2002). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. Revista Actualidad Psicológica, N° 300 .Agosto 2002.

19. **Zúñiga, Alfredo.** (2004). Entrevista sobre comedores compulsivos. Eating Disorders México.
URL: http://www.eatingdisorders.com.mx/la_entrevista.htm

20. **Zurschmitten, Susana.** (2001). Sanarnos mediante la alimentación. Nutrición del cuerpo, nutrición del alma. Editorial Longseller. Buenos Aires.