

Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad

Dra. Rebeca María Elena GUZMÁN SALDAÑA
M en C Arturo DEL CASTILLO ARREOLA
Dra. Melissa GARCÍA MERAZ

LA OBESIDAD ha aumentado de manera alarmante en el mundo y particularmente en México, representando altos costos individuales, familiares y sociales, evidenciados en el perfil epidemiológico de morbi-mortalidad en la salud pública nacional. La obesidad es en sí misma un factor de riesgo de enfermedades crónicas, principalmente diabetes, enfermedad cardiovascular y dislipidemias, tanto en la niñez como en la edad adulta. Es por ello que la definición y profundización en el estudio de los factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con esta problemática cobran gran relevancia.

Cabe resaltar la trascendencia y determinación que tienen los aspectos psicológicos en la producción y mantenimiento de la obesidad. Estos factores precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que deben contemplarse si se pretende mantener un peso adecuado. La atención de las características psicológicas es de fundamental importancia, de lo contrario la persona difícilmente será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y por consecuencia tendrá mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Ante tales razones el presente capítulo tiene como objetivo principal profundizar en el análisis de los principales factores psicológicos relaciona-

dos con la obesidad; sin pretender “psicologizar” el problema, por lo que no minimiza ni deja de considerar como concomitantes los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.

El capítulo contextualiza el problema de la obesidad realizando un breve recorrido epidemiológico, desde la perspectiva mundial y nacional; posteriormente conceptualiza a la obesidad, para dar pauta al abordaje de los factores de riesgo, y finalmente se ahonda en los factores psicológicos relacionados con la obesidad, tales como, la discriminación, la personalidad, ansiedad, entre otros.

Contextualización del problema de la obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) califica a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en el año 2000 estimó que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen. La obesidad está relacionada con factores biológicos, pero en gran medida también con aspectos ambientales concernientes sobre todo con modificaciones en el régimen alimenticio, así mismo, con el acceso a los alimentos

y su industrialización, con la tendencia a la disminución de la actividad física; además de factores socioeconómicos, culturales y psicológicos.

La obesidad ha tenido un fuerte impacto sobre la mortalidad, planteándose una reducción de siete años en la esperanza de vida para un individuo obeso de 40 años comparado con otro de peso normal; convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad evitable después del hábito tabáquico. Además, representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra sociedad, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la patología músculo-esquelética, algunos tipos de cáncer y diversos trastornos psicosociales.

La primera característica de la epidemia de obesidad, además de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. La OMS calcula que en el año 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Estas cifras presentan variaciones importantes en el mundo, cuyos extremos están representados por el continente americano, con cifras de sobrepeso cercanos al 30%, y por África subsahariana donde la prevalencia está muy por debajo del 5%. La prevalencia es más alta entre los 5 y los 9 años en Europa, África y Oriente medio, mientras que en los continentes asiático y americano la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 17 años. Las consecuencias de la epidemia de obesidad entre la población infantil y juvenil no se han hecho esperar, los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad aparecen cada vez más pronto y con mayor frecuencia, un fenómeno que puede observarse en zonas muy distantes del planeta unas con otras y con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Por ejemplo, en Estados Unidos, entre el 8% y el 45% de los nuevos casos de diabetes en niños y adolescentes son de tipo 2.

México está en los primeros lugares, ya que el 26% de la población es obesa y el 52% tiene sobrepeso. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), se señala que en la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio (principalmente en hombres). En el caso de los adolescentes, uno de

cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad.

Conceptualización de la obesidad

En los últimos años se ha establecido la relación entre obesidad y ciertas características del estilo de vida, por lo que en los apartados subsecuentes se profundizará al respecto; se inicia con los reportes que definen a la obesidad y sus conceptos relacionados, tales como el índice de masa corporal (IMC) y el estado nutricional. Se trata en su gran mayoría de estudios de corte epidemiológico, que han establecido criterios diagnósticos, así como especificidades al respecto del estado nutricional relacionado con la obesidad. Por su frecuencia de uso la definición más utilizada de obesidad reportada en publicaciones internacionales –principalmente en estudios sobre las primeras etapas de la vida– es la de Cole, Bellizzi, Flegal, Dietz e IOTF (2000), la única basada en poblaciones procedentes de seis países; le siguen las referencias de las curvas de CDC obtenidas de las tablas de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS, 2005) en población norteamericana, y que son citadas por investigadores americanos en la mayoría de sus estudios. Así mismo, hay estudios realizados en países que poseen sus propias curvas, como es el caso del Reino Unido y de Alemania.

En México, se utilizan principalmente las gráficas del CNC 2000 del índice de masa corporal (IMC) para la edad en la valoración de niños mayores de dos años de edad, y se considera para la población en general lo siguiente: *sobrepeso*, valor superior al centil 75; *obesidad*, valor por arriba del centil 85; y *obesidad grave*, valor por arriba del centil 97.

Cabe señalar, que para el diagnóstico de obesidad el criterio más exacto consiste en la determinación del porcentaje de grasa (*masa grasa*) que contiene el organismo y la cuantificación del exceso en relación con el valor esperado según el sexo, la talla y la edad, aunque existe un inconveniente debido a la carencia de un estándar universalmente aceptado sobre el contenido de grasa “correcto” en las diferentes etapas de vida de las personas. Esto debido (en cierta forma) a

las dificultades en la práctica para medir el tejido graso, por lo que se utilizan métodos indirectos de valoración de este tejido, tales como el antropométrico (peso, talla, perímetros, pliegues), que es preferible ya que combina costos bajos y facilidad de uso, aunque su precisión es variable.

Sin embargo, el método indirecto de valoración del tejido adiposo y su factibilidad, el índice de masa corporal (peso/talla²) relacionado con la edad y el sexo es en la actualidad la medida más aceptada y utilizada en América y Europa para la estimación del sobrepeso y la obesidad.

Así mismo, por la variabilidad en la composición corporal en la etapa de crecimiento y desarrollo, la CDC (2003) recomienda para el diagnóstico en la infancia y adolescencia la utilización del IMC, además de otros indicadores de adiposidad corporal, tales como los pliegues cutáneo tricótipal y subescapular (que consisten en una medida del grosor del anillo de grasa subcutánea del brazo), en comparación con los estándares específicos por edad y sexo de referencia.

Factores de riesgo relacionados con obesidad

Diferentes estudios se han llevado a cabo para valorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil en el mundo y particularmente en México. En estos estudios se observan de manera común los siguientes aspectos asociados con una mayor prevalencia de obesidad: peso al nacer, ausencia de lactancia materna, horas de sueño, ingesta de grasa $\geq 38\%$, consumo alto de harinas, refrescos y embutidos, numerosas horas al día viendo la televisión, consumo bajo de frutas y verduras, nivel socioeconómico precario, bajo nivel educativo de la madre, actividad sedentaria (> 3 horas TV/día) y ausencia de práctica deportiva. A continuación se describe cada uno de estos factores.

El PESO AL NACER se ha relacionado con el aporte energético materno durante el embarazo que, si el ambiente favorecedor perdura más allá de la gestación, puede influir en la alimentación del neonato y del niño. Por esta misma razón la obesidad de los padres está relacionada con los

factores del ambiente que se comparten, así como el tipo de ingesta, la actividad física, entre otros.

En diversos estudios se ha visto que la LACTANCIA MATERNA es un factor protector frente a la obesidad, aunque con ciertas puntualizaciones. Según Daniels, Arnett, Eckel, Gidding, Hayman *et al.* (2005) en estudios diseñados para demostrar dicho efecto no se ha podido constatar dicha asociación; debido a factores de confusión como los factores socioeconómicos, ya que en el estatus social más desfavorecido no es posible la lactancia artificial por no tener medios económicos. Este mismo estatus también se ha relacionado con mayor prevalencia de obesidad porque esta población tiene un bajo nivel nutricional y formativo. Otra consideración que se debe tener en cuenta con la lactancia materna es el hecho de que dicho efecto protector desaparece si la madre ha fumado en el último trimestre del embarazo, probablemente porque en este periodo maduran los mecanismos internos de regulación del apetito y el tabaco afecta a la correcta maduración de dichos mecanismos.

Otro factor de riesgo es la duración de HORAS DE SUEÑO. Los niños que duermen más de 12 horas son menos obesos que aquellos que duermen menos de 10 horas, se plantea que esto se debe a que los niños que duermen más están menos tiempo expuestos a los factores ambientales que favorecen la obesidad. También se puede hipotetizar que el número de horas de sueño está relacionado con la actividad física realizada, así los niños que duermen más están más cansados por haber realizado mayor cantidad de ejercicio durante el día.

Se establece la relación entre el PESO Y LA CANTIDAD DE INGESTA DE REFRESCOS O BEBIDAS REFRESCANTES AZUCARADAS, al respecto se hipotetiza que son calorías extra que no van a sustituir las calorías que vayan a ser consumidas posteriormente al ser ingeridas en forma de líquido.

El número de HORAS QUE LOS NIÑOS VEN EL TELEVISOR está relacionado con la obesidad no sólo por la disminución de la actividad física, sino porque durante estas horas se suele "picotear" algo de alimento. Los niños consumen entre un 20% y un 25% de calorías diarias frente al televisor; este porcentaje varía si es entre semana o el fin de semana, y además tiende a aumentar el consumo

de aquellos alimentos que se anuncian mientras se ve la televisión.

Se han observado diferencias en los PATRONES DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN RELACIÓN CON LA CLASE SOCIAL. En el estudio “enKid” realizado en España, las clases socioeconómicas más populares consumían más cantidad de embutidos, pollo y bebidas alcohólicas, mientras que las más pudientes consumían más carnes rojas, frutas y verduras frescas, leche y quesos.

Cuando el NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE es inferior, se incrementa el consumo de los niños o niñas de carnes y embutidos, pero también de frutas secas, aperitivos, dulces, golosinas y refrescos.

Se presentan diferencias en el CONSUMO CALÓRICO TOTAL Y EN RELACIÓN CON LOS DISTINTOS GRUPOS ALIMENTARIOS, especialmente en correspondencia con el nivel de estudios alcanzado. A menor nivel de estudios, más calorías se ingieren y más desequilibrada es la distribución de las calorías.

Las CLASES SOCIOECONÓMICAMENTE DESFAVORECIDAS tienden a comprar en menor proporción los alimentos considerados como “más saludables” o “recomendados”. En México, Bertrán y Arroyo (2004) señalan que en los estratos socioeconómicos bajos se buscan alimentos que proporcionan saciedad y que “quitan el hambre” considerando así que se está dando una alimentación saludable.

Como factores implicados en el desarrollo de obesidad están algunas ENFERMEDADES QUE PRODUCEN OBESIDAD SECUNDARIA. Entre las enfermedades, las que cursan con obesidad pertenecen a los grupos de las endocrinológicas, hipotalámicas y de origen genético. Además, algunos fármacos utilizados para el tratamiento de otras enfermedades pueden favorecer la obesidad. Sin embargo, la prevalencia de estas enfermedades en la población infantil y juvenil es mucho más baja que en adultos. En cuanto a los factores *genéticos*, se ha comprobado que existe un nivel moderado de heredabilidad de la obesidad, así como también niveles bajos o moderados de heredabilidad de los fenotipos intermedios determinantes del contenido de grasa corporal. Sin embargo, lo más llamativo es que el aumento de sobrepeso y obesidad se ha producido en los últimos 50 años, que es un periodo de tiempo muy corto para que cambien los genes. Es posible que la expresión genética necesite de un

número mayor de años que el de la infancia y adolescencia para que el fenotipo se manifieste.

Respecto al AMBIENTE, parece ser el principal responsable, y esto abre más posibilidades de intervención preventiva en la obesidad. Estudios realizados con las comunidades de indios Pima de Arizona y Maycoba (México), que son poblaciones con semejante carga genética, pero con diferente ambiente, han comprobado que mientras la comunidad de Arizona tiene una de las prevalencias de obesidad y diabetes más altas del mundo, Maycoba tiene un IMC medio de 23.6 kg/m² en hombres y de 25.9 kg/m² en mujeres.

En una submuestra de 23 pares de gemelos finlandeses, discordantes para el IMC, en 4 kg/m², en donde la diferencia media de peso entre el gemelo obeso y el hermano delgado era de 16 kg en hombres y de 19 kg en mujeres, los resultados apoyan la tesis de que con las mismas características genéticas es posible permanecer con normopeso o estar obeso por la influencia del ambiente.

El reporte “Ten State Nutrition Study” reveló la existencia de *vinculaciones entre obesidad y familia*. Los progenitores delgados tienden a tener hijos delgados; los progenitores obesos regularmente tienen hijos obesos. Incluso cuando sólo uno de los padres es corpulento (poco importa de cuál de ellos se trate) la corpulencia del niño es afectada significativamente.

Aunque estos estudios están hechos con adultos, es indudable que la influencia del ambiente se puede manifestar en un corto periodo de tiempo, como pueden ser los años correspondientes a la infancia y la adolescencia. El ambiente, en el caso de la obesidad, se refiere a aquellos factores que crean un balance energético positivo para el organismo, en el que el número de calorías ingeridas diariamente supera al de calorías gastadas con las actividades que se realizan también diariamente, por lo que el combustible capaz de producir ese exceso de calorías no gastadas se acumula en forma de grasa en los adipocitos. Las calorías ingeridas diariamente “le llegan” al organismo a través de la cantidad y calidad de la alimentación. Las calorías gastadas diariamente lo son en actividad física. Ese ambiente, que se califica de “tóxico”, incita al exceso de ingesta energética y desanima a mantener niveles adecuados de gasto calórico.

El ambiente que incita a la ingesta excesiva de calorías se ve favorecido por la idea “universal” que tenemos en la costumbre de celebrar todo comiendo de forma exagerada: bodas, bautizos, comuniones, cumpleaños, navidad, reyes, fiestas locales, comidas de la empresa, obtención de una plaza, fin de cursos, éxitos deportivos, visitas a las casas de familiares o amigos, etc. Aunque estas conductas son propias de adultos, los padres se las transmiten directa o indirectamente a los hijos. Además, se están promocionando alimentos de sabores atractivos y con denso contenido en calorías entre los niños y adolescentes.

El ambiente que desanima a mantener niveles adecuados de gasto calórico está representado por todos los “ingenios mecánicos” que individualmente puede que nos ahorren pocas calorías, pero que en conjunto y en el transcurso de los días suponen un ahorro de consumo de energía notable, y por la proliferación y promoción de las conductas sedentarias (videojuegos, televisión, asistencia a espectáculos o actividades en las que se participa como espectador).

Factores psicosociales relacionados con la obesidad

Para comprender de manera precisa el marco teórico sobre el que se basa el enfoque psicosocial de entendimiento de la obesidad, este apartado se inicia realizando una breve revisión sobre el modelo biopsicosocial de la salud y sus implicaciones en el entendimiento de las enfermedades crónicas como la obesidad.

El modelo biopsicosocial señala que la exposición al agente patógeno, por ejemplo, un virus o bacteria no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que presente; y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará relacionada con los hábitos de salud (dieta, tabaco, alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (por ejemplo, los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo.

El surgimiento de esta “nueva forma” de conceptualizar a la salud, llevó a la psicología, también a reconceptualizar y replantearse las tareas que venía desarrollando en el campo de la salud, específicamente respecto a la “Psicología de la Salud”; que tiene como objeto de estudio al comportamiento humano, que incluye las cogniciones, respuestas fisiológicas o biológicas no observables en sí mismas y las conductas manifiestas u observables. Cabe señalar que los ecosistemas en los que el organismo está inmerso, el ambiente físico y social en el que el individuo se mueve determinan en gran parte, no solo los comportamientos adaptativos concretos, sino los sistemas generales de adaptación. Además, y ésta es la cuestión importante, determinados ecosistemas producen/inducen sistemas de adaptación específicos, inadecuados en otros ecosistemas o en un sistema más amplio.

Este abordaje ha contribuido directamente al aumento en la comprensión del papel de diversas variables comportamentales sobre la etiología y la progresión de la enfermedad, a través de la influencia de factores como el estrés sobre los sistemas nervioso, inmunitario, endocrino y del efecto de técnicas como el *biofeedback* y la relajación entre otros.

Debido a que la mayoría de los padecimientos resultan de un estilo de vida poco saludable y son no infecciosos, el interés desde una perspectiva conductual cobra gran relevancia, donde la intervención psicológica toma un papel preponderante, pues el padecer enfermedades crónicas degenerativas implica la presencia/ausencia de diversas variables psicológicas, comportamentales y actitudinales que dan lugar a valoraciones específicas en la calidad de vida de los individuos que las padecen.

Por otro lado, es importante señalar que las enfermedades crónicas-degenerativas afectan a todos los grupos socioeconómicos de la sociedad e imponen dos tipos de cargas: por una parte, afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por la otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo. Por tanto, la enfermedad crónica degenerativa puede ser definida como aquel trastorno orgánico de funciones que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (entre los que inclu-

yen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, etc.) junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades.

Las experiencias previas relacionadas con la enfermedad dan lugar a la percepción de amenaza o gravedad del padecimiento, de tal modo que los factores comportamentales y actitudinales, así como las características individuales implicadas en el estilo de vida, lograrán el manejo o control de la enfermedad.

Por otro lado, como ya se ha señalado, entre las consecuencias más negativas de la obesidad se encuentran las psicosociales. Particularmente los niños y niñas con obesidad son rechazados convirtiéndose fácilmente en objeto de discriminación. En la medida en que el niño madura, los efectos de la discriminación se van agravando; así mismo, se observa una influencia cultural muy marcada, y la sociedad establece un patrón estricto de aceptación dentro de ella. A continuación se abordan algunas de las principales problemáticas que viven las personas con obesidad, tales como discriminación, problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, trastornos de la personalidad, conductas adictivas, carencia de habilidades sociales, entre otras.

Discriminación

A partir de los años de 1960 y hasta la fecha se han publicado diversos estudios que muestran, que desde temprana edad los niños rechazan a los niños obesos prefiriendo a los delgados. Algunas investigaciones relacionadas con las preferencias han demostrado que los niños entre 10 y 11 años prefieren la amistad de los niños discapacitados a la de los niños con sobrepeso, siendo éstos los últimos en ser seleccionados como "amigos". Los niños entre seis y diez años asocian a la obesidad con características negativas, como la pereza y el desaliño o descuido. Niños de seis años atribuyen características indeseables a siluetas de figuras endomorfas (gruesas), y adjetivos positivos a las más delgadas. En un estudio realizado en Londres, que incluyó a 180 niños y niñas, entre los 4 y 11 años de edad, se encontraron actitudes negativas contra las figuras con obesidad, siendo más marcado

entre los niños mayores y con estrato socioeconómico alto. Los estudiantes de bachillerato en los Estados Unidos, prefieren como pareja a una co-cainómana o ciega, que a una obesa. Curiosamente los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios. En Chile en una muestra de 372 adolescentes se encontraron palabras como: grasa, depresión ansiedad, chatarra, sedentarismo, entre otras, relacionadas con la palabra obesidad.

En el plano de lo social, en México algunos estudios han demostrado que los niños y adolescentes mexicanos prefieren la amistad de un niño con peso normal y seleccionan al niño con sobrepeso en último lugar, entre niños con seis diferentes características físicas. En dos investigaciones realizadas también en nuestro país en escolares mexicanos, se encontró que las niñas desde muy corta edad adoptan una actitud "lipofóbica" (que han asimilado de su entorno social), y que comparten con las jóvenes de mayor edad no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal (quieren estar más delgadas).

Ahora bien, en la desesperación por alcanzar el peso más bajo posible, la persona obesa sufre constantemente la humillación y la discriminación de una sociedad que no está adaptada para ellos, que les teme y los rechaza. Las personas tienden a pensar "*que está así porque quiere*", "*no tiene voluntad*". Se conceptualiza al obeso como carente de voluntad y compromiso; habiendo empleadores que toman estos y otros argumentos para rechazarlos, creen que se trata de una enfermedad que condiciona el desempeño de las tareas laborales. También el obeso se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o concurrir a ciertos lugares públicos.

De manera general se refleja una realidad producto de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias, actitudes y sus estilos de vida consecuentes (en pro del culto a la delgadez).

Problemas emocionales y conductuales

Por otro lado, específicamente los niños y adolescentes obesos sufren cotidianamente un importante desgaste psicológico. El problema psicológico está siempre presente.

En las evaluaciones psicológicas que valoran ansiedad y emocionalidad, se reportan puntajes más altos en los individuos obesos (niños, adolescentes y adultos) que en la gente con peso normal, también muestran niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad.

Otros estudios han detectado que las personas obesas se enfrentan con una serie de dificultades en el reconocimiento, clasificación y descripción de sus emociones.

Problemas relacionados con la imagen corporal

Ahora bien, un factor que se ha estudiado por su relevancia al respecto de la obesidad es la imagen corporal, ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos.

La imagen corporal fue descrita por Schilder (1935) como *“la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”* (p. 46). En esta definición está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con nuestra apariencia física real y resalta, por el contrario, la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo.

La *imagen corporal* se define como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales. Cash (2004) señala que la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real.

Zukelfeld (2005) identifica a la imagen corporal como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo que se realiza a través de tres tipos de registros: a) de la forma o figura, clásicamente conocido como esquema corporal, que hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto al aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos; b) del contenido, corresponde a las

percepciones interoceptivas o propioceptivas, cinestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades, como son el registro de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, etc.), del significado, que 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 y sociales.

Ahora bien, Bruch (1962) fue la primera investigadora que propuso el concepto de *distorsión de la imagen corporal*, que evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Desde entonces, muchos estudios han mostrado interés por este fenómeno específicamente relacionado con los trastornos alimentarios. La bibliografía sobre la distorsión en la imagen corporal ha sido revisada por Garner y Garfinkel (1981) y por Hsu (1982). Estos autores han puesto de manifiesto la inconsistencia en los resultados derivados de tales estudios: en donde se constata la sobreestimación en mujeres anoréxicas, pero también hay estudios que comprueban incluso sub-estimación del tamaño corporal en estas pacientes.

Desde entonces el concepto de imagen corporal se ha desarrollado definiéndose como una experiencia psicológica de la corporalidad constituida por múltiples facetas, especialmente, pero no exclusivamente por la apariencia corporal propia. Engloba auto-percepciones y auto-actitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo creencias, sentimientos y conductas. La insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como “gordo” junto con otros comportamientos alimentarios (dieta) son características ampliamente prevalentes en las mujeres. Estos síntomas afectan desde mujeres normales sin trastorno alimentario hasta mujeres con trastornos alimentarios.

Cabe destacar que antes de finales de los años de 1980, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre trastornos de la alimentación e imagen corporal se refiere a las mujeres; sin embargo, estudios posteriores empezaron a mostrar que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen.

Ahora bien, otro concepto relacionado con la imagen corporal es el de *insatisfacción corporal* que corresponde a la evaluación negativa que hace una persona de su cuerpo. Rowe, McDonald, Mahar y Raedeke (2005) definen la insatisfacción corporal como la diferencia entre el tamaño corporal que una persona percibe y el que desea tener.

La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes, ya que para esta población la apariencia es más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás, y como ya se señaló, socioculturalmente la belleza ideal femenina es ser ultra delgada, la que es inalcanzable y poco saludable.

Wardle, Volz y Holding (1995) realizaron un estudio con niños (4-11 años) de seis escuelas, donde se evaluó la forma corporal real e ideal y se juzgó el estereotipo del comportamiento y personalidad de sus reacciones ante ilustraciones. Pocos niños eran gordos y otros se sentían también gordos. Más niñas que niños seleccionaron figuras delgadas como la ideal. Los niños mostraron actitudes fuertemente negativas hacia la obesidad. Los investigadores concluyeron que hay significación en la variación social en actitudes hacia la obesidad, lo cual puede tener importancia en la comprensión de las variaciones de la prevalencia y conductas dietéticas de los niños.

Específicamente al respecto de los individuos obesos se ha encontrado que muchos de ellos visualizan su cuerpo como grotesco y horrendo, de ahí que sientan desprecio por él, y eso es más común cuando la obesidad se manifiesta desde la infancia.

Las investigaciones sobre la autoimagen de obesos señalan que éstos califican bajo en las áreas que se relacionan con la identidad y autosatisfacción.

En México se ha observado que en mujeres que se encuentran en tratamiento para controlar su peso, el 5% presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, vinculado a las prácticas alimentarias, los estilos de alimentación y los sentimientos asociados con la obesidad (aunque éstos no son necesariamente anómalos o patológicos).

En México, Gómez-Peresmitré (1995) obtuvo prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas. Se señala la importancia de la distorsión de la imagen corporal, como precedente de prácticas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia. En otro estudio, la misma investigadora encuentra indicadores o tendencias de alteración de la imagen corporal, fuerte motivación y tendencia favorable hacia la delgadez, en la que sobresale la selección de la figura corporal casi anoréctica como la figura ideal en una muestra de preadolescentes con una edad promedio de 10 años, por lo que si un niño(a) se percibe como obeso, es más probable que lleve a cabo conductas para bajar de peso (aún cuando no las necesite), y más si en los padres o familiares cercanos se evidencia ese patrón.

Se tienen datos que señalan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que entre las amas de casa, ya que éstas primeras se preocupan más por su imagen, tienen menos hijos y a edades más tardías, son más activas, cuidan su atractivo físico, y regularmente construyen un sentido a su vida fuera del hogar. A su vez, suelen pertenecer a una clase social más alta. Entre las amas de casa, hay más obesidad en las clases bajas que entre las altas. Debido a que, en las clases altas, se imponen los valores estéticos de delgadez, la mujer no asume totalmente un rol materno desexualizado, al contar con un servicio doméstico para la casa y los hijos. El cambio en la relación de porcentaje de la obesidad entre hombre y mujer en las dos últimas décadas atribuye al mayor peso de los valores de delgadez en las mujeres (que son el grupo en donde más se manifiestan los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia).

Carencia de habilidades sociales

Parece ser que lo sujetos obesos se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de algunas habilidades sociales como son: asertividad, problemas para descifrar algunos mensajes no verbales, dificultades

para expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social. Todo ello se refleja en las altas tasas de soledad que exhiben esta clase de sujetos.

Las personas que tienen problemas relacionados con la alimentación viven problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social.

Características familiares

Como ya se ha señalado, la obesidad se encuentra dentro de las familias por que comparten genes y ambientes. Anderson y Butcher (2006) describen una influencia fuerte de la familia en la obesidad de los hijos. Mencionando que la probabilidad de tener un hijo obeso aumenta con la gordura de los progenitores, desde un 7% si ambos progenitores tienen un peso normal, hasta un 80% si ambos padres son obesos, pasando por un 40% si sólo un progenitor lo es.

En cuanto a la relación madre-hijo, Bruch (1973) enunció las consecuencias de largo alcance que esta relación tiene sobre la obesidad del niño. Afirmó que acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo durante su desarrollo puede equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos. Para Bruch, la conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión. Como resultado de la confusión, por tanto, la sobrealimentación enseña eslabonamientos defectuosos entre los estados internos y el acto de comer; la sobrealimentación temprana antecede a la ingesta excesiva ulterior. Los mensajes contradictorios que oyen muchos niños obesos, que se les dicen que coman, que disfruten y soporten las consecuencias, podrían añadirse también.

Existe cierta controversia en relación al papel que juega la familia en la aparición de la obesidad. Sin embargo, es trascendental el reconocimiento del papel de la familia, como factor determinante en el desarrollo del niño. No existe influencia mayor sobre los hábitos alimentarios, las actitudes

y conductas en torno a los alimentos que la que proviene del ambiente familiar. La percepción que los padres tienen de su hijo obeso y la percepción de éste con respecto a sus padres, sean obesos o no, puede aportar información relevante para la prevención de esta problemática. Además de que los padres constituyen los modelos o patrones fundamentales a seguir por los hijos, por lo que estos modelos son la base para la formación y modificación de conductas en los niños.

Así mismo, la obesidad ha sido considerada como trastorno psicossomático por diversos autores, quienes han sugerido que la dinámica familiar juega un papel trascendental en la génesis de aquélla.

De acuerdo con Onnis (1990), el sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. A su vez, Minuchin (1988) señaló que la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos. Al respecto Ganley (1986, 1992) planteó que esta clase de familias también se caracteriza por la presencia de amalgamiento, rigidez y hastío; así mismo, utilizan patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones. La comunicación en estas familias presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inefectivos.

En investigaciones realizadas con adolescentes obesos se detecta que su dinámica familiar se asemeja a la de las familias psicossomáticas descritas por Minuchin, Rosean y Baker (1968, en Harkaway, 1986). Por tanto, no es de extrañarse que la obesidad de los niños y niñas se encuentre asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento familiar. Ante estos planteamientos se hace necesario el involucramiento forzoso de la familia en la prevención y el tratamiento que se estructure para reducir de peso.

Debido a que se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática. La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados for-

mando parte de él, de tal manera que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Entonces, la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso.

El ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad. Los estilos de los padres pueden influir en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los hijos para regular su selección e ingesta, logrando establecer el ambiente emocional y físico en el que puede o no desarrollarse la obesidad.

Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan o apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio.

Las intervenciones basadas en la familia son necesarias para modificar estas variables, cuando hablamos de obesidad infantil; teniendo como consecuencia un mejor resultado a corto y largo plazo en la regulación del peso cuando se incorpora al menos a uno de los padres como participante activo en el proceso de pérdida de peso, siendo más beneficiados los hijos que los padres en cuanto a pérdida de peso se refiere.

Personalidad

Durante mucho tiempo se ha mantenido la idea de que los obesos eran sujetos que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta del comer.

Así se ha investigado la existencia de una personalidad que predispone, favorece o determina esta enfermedad. Situación que ha sido discutida de manera importante en el campo psicológico; sin embargo, hasta la actualidad no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad.

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una “personalidad tipo” del obeso. Acorde con esta visión, la persona que padece obesidad puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente, tener una profunda necesidad de ser amado; e inclusive padecer depresión.

Los esfuerzos por definir un tipo de personalidad del individuo obeso han llevado precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos. Diversos estudios identificaron de entre tres a diez subtipos de personalidades, y un tercio de los sujetos no correspondieron a ningún subtipo.

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

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.

Hilde Bruch (1973) en su obra *Eating Disorders* señala la dificultad que tienen las personas obesas para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que vive cotidianamente. La consecuencia de esto es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, repite su trauma específico temprano: haber sido alimentados cuando manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de la situación que los conflictuaba.

Algunos estudios evidencian que es más común encontrar trastornos de personalidad y problemas psiquiátricos en las personas obesas que en las de normopeso.

En 1992, Mancilla-Díaz, Durán-Díaz, Ocampo Téllez-Girón y López-Alonso encontraron que sujetos obesos que asistían a una clínica de control de peso, presentaban características de personalidad tales como: activas, dominantes, vigorosas,

y así mismo, correlacionan negativamente con las medidas de índice de grasa. Aunque hay estudios que no encuentran diferencias; es decir, que los obesos y normopeso presentan rasgos de personalidad semejantes.

Bajo este marco, se requiere de mayor cuidado en el manejo de información sobre la población que padece obesidad, ya que existe una gran gama de situaciones; por ejemplo, obesos con tratamiento y sin tratamiento; personas con obesidad moderada, ligera o mórbida, así como, obesidad desde la infancia o adolescencia, y obesidad adulta, entre otros. Además es necesario tener cuidado con los instrumentos que se emplean.

En cuanto a las alteraciones de la personalidad y los problemas psiquiátricos, se ha reportado que los trastornos más frecuentes en pacientes con obesidad mórbida son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Asimismo, se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión.

En un estudio realizado en el Distrito Federal, por Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz (2002), en donde se evaluaron conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el índice de masa corporal de adolescentes de 13 a 18 años de edad, se observó una tendencia tanto en hombres, como en mujeres a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria (la sobrestimación del peso corporal, la práctica de métodos restrictivos o purgativos para bajar de peso y la preocupación por engordar), a medida que se incrementa el índice de masa corporal y la edad de los sujetos; siendo las mujeres quienes reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Los adolescentes de ambos sexos con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Los adolescentes de peso bajo y muy bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más gordos de lo que realmente son).

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad es en sí misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no tiene que ver exclusivamente con un problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad afectando a cualquier tipo de población de cualquier edad.

Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, como son un aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, de los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo-yo), donde las personas se sienten culpables, avergonzadas, inadecuadas y criticadas por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir a la persona obesa dentro de un círculo vicioso del que resulta imposible salir, volviendo después de tantos esfuerzos de nuevo a la depresión, la ansiedad, angustia y al trastorno por atracón.

Por otro lado, al no haber claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.). Esto debe traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada persona, surgiendo, por tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema; contemplando que 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, entre otros). Aunque, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad.

Cabe señalar, que recientemente dicha controversia se está reformulando en cuanto a la conformación de elementos que se sugiere se integren en la versión próxima a publicarse del *Manual*

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V), considerando que algunas formas de obesidad tienen una “motivación” excesiva hacia la comida, por lo que deben ser incluidas como trastorno en el DSM-V, como una forma de adicción hacia los alimentos; ya que por ejemplo, se ha observado un componente de “tolerancia”, pues la persona tiene que incrementar de forma paulatina las cantidades de alimento para “lograr” la saciedad, presentando distrés y disforia ante la realización de dietas (un proceso semejante al que viven los adictos a las drogas durante el síndrome de abstinencia). La revisión en el DSM-V se observa como una oportunidad para reconocer por lo menos un componente de la obesidad como un trastorno mental: la adicción a los alimentos. Se plantea que esto facilitará el tratamiento, considerando no solo los trastornos metabólicos, sino también el trastorno mental en sí.

En la prevención y 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.

Conductas adictivas relacionadas con la ingesta de alimentos

Como ya se señaló, al intentar explicar a la gordura a partir de una personalidad específica, se han tratado de equiparar factores comunes entre los obesos y los adictos. Ravenna (2004) describe a la *personalidad adictiva* como aquella que no solo tiene necesidades fisicoquímicas, 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. 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 última etapa las conductas son automáticas y manejadas

por las emociones. La comida no es adictiva, sino la conexión del individuo con ella.

Algunos ejemplos de lo antes descrito se presentan al vincular la conducta de sobreingesta con la dependencia al alcohol, ya que ambas se ven como adicciones. El síntoma primario de la adicción a la comida es el comer destructivamente, es decir, consumir toda clase de alimentos en cantidades que resultan dañinas para el organismo y la mente. Sin embargo, no todos los sujetos con obesidad son comedores compulsivos, sólo algunos; de ahí que se debe tener cuidado con ciertas generalizaciones.

Así mismo, al respecto de la obesidad y las adicciones se ha tratado de establecer un vínculo relacionado con la adicción a ciertas sustancias, como por ejemplo los azúcares u otros carbohidratos. El azúcar es una sustancia psicoactiva y tal como afirma Virtue (1990) el trasfondo psicopatológico subyacente corresponde al de los trastornos adictivos. En una publicación Vásquez Echeverría (2007) demostró dos aspectos que apoyan este punto de vista: el primero es que la ingesta excesiva de azúcar satisface los criterios diagnósticos del DSM-IV (Asociación Psicológica Americana APA, 1994) propuestos para determinar “dependencia”, a pesar de no estar incluida, y de los problemas que presenta esta sustancia para cumplir con algunos de los criterios debido a su legalidad y costo; el segundo se refiere a que hay similitudes en el circuito adictivo generado por el consumo de azúcar y los estudiados para otras sustancias psicoactivas. En este mismo sentido Pouy y Triaca (1995) señalan que el proceso al que se enfrenta una persona cuando la consume, comienza con una frustración, seguido de una depresión dolorosa que es anulada por el consumo de una droga produciendo algún grado de euforia. Estos eventos simultáneos son llamados “farmacotimia”. Este proceso, que inevitablemente lleva a una nueva frustración que termina por hacerse cíclico. Para el caso de la adicción al chocolate (uno de los carbohidratos más adictivos) se describe el mismo proceso: a) sensación de ansiedad o angustia producida por una frustración que inicia con el consumo, por ejemplo, del chocolate; b) un “pico” de excitación, donde la persona puede alejar de su conciencia por un instante ese problema

y comienza a sentirse mejor; c) una caída de tipo ansiosa o depresiva que favorece la reiniciación del ciclo adictivo. Cabe aclarar que los efectos de los azúcares son de corta duración y la escala del efecto eufórico es menor a la de otras sustancias como, por ejemplo, la cocaína.

Ahora bien, con respecto a la obesidad particularmente De Ajuriaguerra (1977) señala que la hiperfagia (es una situación caracterizada por un aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontroladas de alimentos, sin razón aparente), ocupa el lugar de la agresividad y tiene también un valor simbólico: comer equivaldría a poder mantener la fuerza, y por tanto la obesidad responde a un trastorno de la personalidad.

Trastornos psicológicos

Como ya se señaló, se han descrito dificultades en la maduración psicológica y en la adaptación social significativamente mayor en los niños obesos, sobre todo en niñas, como consecuencia de la discriminación precoz y sistemática que sufren por parte de sus compañeros, familiares y la sociedad en general, y que afecta a muchos aspectos de su vida. Este rechazo tiene su origen en factores culturales que identifican la delgadez como perfección mientras que la obesidad se valora como imperfecta, indicativa de debilidad, abandono y falta de voluntad.

Esta estigmatización es causa de intimidación en la escuela y favorece la aparición de trastornos psicopatológicos relacionados con escasa autoestima, depresión, distorsión de la imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario.

Stunkard, Faith y Allison (2003) estudian la compleja relación entre obesidad y depresión distinguiendo *factores moderadores*: gravedad de la depresión, grado de la obesidad, género, situación socioeconómica, interacciones entre la genética y el ambiente, experiencias en la infancia, y *factores mediadores*: como la ingesta alimentaria y la actividad física, burlas, trastornos alimentarios y estrés. La depresión no sólo es consecuencia de la obesidad, sino que a veces puede antecederla.

Wardle y Cooke (2005) señalan con evidencia empírica la relación entre obesidad infantil, insatisfacción corporal, autoestima y depresión,

y concluyen que los pacientes que buscan tratamiento al ser comparados con controles obesos o de peso normal de la población general presentan un peor estado de depresión.

Zametkin, Zoon, Klein y Munson (2004) revisaron las publicaciones de los últimos años sobre aspectos psiquiátricos de la obesidad en niños y adolescentes, y concluyen que los profesionales de la salud mental deberían ayudar a los niños obesos a potenciar su autoestima para llevarles a una vida plena, independientemente de su peso.

En lo que se refiere a la obesidad como factor de riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), según la teoría de un origen multifactorial aceptada en la actualidad, son varios los factores implicados en su etiopatogenia; la obesidad desempeña un importante papel, no sólo la del paciente, sino también la de sus familiares cercanos. Así, para Gardner (1993) el patrón sintomatológico de los TCA representa un criterio de valoración común resultante de la interacción de tres tipos de *factores*: *predisponentes*, *precipitantes* y *perpetuadores*. El exceso de peso es uno de los factores predisponentes, tanto para la anorexia nervosa como para la bulimia nervosa.

Además, la obesidad está muy relacionada con la baja autoestima, conductas de ayuno, y trastornos afectivos que actuarían a su vez como factores predisponentes o de mantenimiento del trastorno. Todo ello se ha confirmado en diferentes estudios comunitarios de casos y controles. Se ha encontrado cierta especificidad en el sentido de que la obesidad en los padres sería el factor de riesgo más claro frente a la bulimia, lo que podría sensibilizar a la persona hacia su figura corporal y reforzar las conductas de ayuno. Este efecto se encuentra con mayor probabilidad en un entorno de presión social hacia la delgadez. Otros factores de riesgo son determinados rasgos del carácter, como la escasa autoestima y el perfeccionismo, frecuentes antecedentes de la anorexia nervosa.

Por otro lado, precisamente en los adolescentes con sobrepeso las prevalencias de conductas extremas para el control del peso son mayores, llegando al 18% en mujeres y el 6% hombres norteamericanos, respectivamente. En España, cerca del 24% de las adolescentes con IMC > 30 refieren la provocación de vómito para controlar el peso.

Trastorno por atracón (atracon alimentario-binge eating)

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959 como un patrón distintivo de esta población. Describió consumos episódicos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico). Previamente, Hamburger en 1951 había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos, helados y otros dulces) que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Korhaber definió el *stuffing syndrome* como una entidad en obesos caracterizada por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.

Si bien el *Binge Eating Disorder* o trastorno por atracón actualmente se considera una entidad autónoma cuyos criterios diagnósticos se especifican en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su versión IV (DSM IV) de la APA (1994). De manera general el trastorno por atracón se caracteriza por: a) episodios recurrentes de atracones (ingesta en un corto periodo de tiempo, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de las personas consumen; además de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio), b) los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas: ingesta mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingerir grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón, c) profundo malestar al recordar el atracón, d) los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses, e) el atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (*v. gr.* ayuno, purgas, ejercicio excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nervosa o bulimia nervosa. Cabe destacar que no toda ingesta excesiva de alimentos, significa descontrol alimentario, ya que para la segunda entidad se necesitan estar presentes los criterios antes descritos.

Ahora bien, la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son dos afecciones que han sido investigadas desde hace varias décadas. Un enfoque clínico superficial, identificando los TCA como sinónimo de anorexia nerviosa, parecería justificar que ambos campos de investigación, obesidad y TCA, se hayan mantenido hasta hace pocos años tanto a nivel de investigación básica como clínico asistencial, como condiciones clínicas poco relacionadas. En los últimos años, sin embargo, las investigaciones epidemiológicas, clínicas y terapéuticas han establecido nexos de unión entre ambas afecciones. Por una parte se ha demostrado que la obesidad es claramente un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, y que algunos de éstos a su vez pueden favorecer el desarrollo y el mantenimiento de la obesidad. En este sentido, la consideración del trastorno por atracón (TA) como posible entidad nosológica individualizada y la demostración de la importante prevalencia de dicho trastorno en la población obesa han producido en la última década una clara aproximación entre los investigadores de ambas afecciones. Un enfoque integrador no tiene simplemente interés teórico, sino que las repercusiones en el terreno terapéutico son evidentes, ya que uno de los efectos más negativos de haber mantenido ambas afecciones separadas se ha producido en el ámbito del tratamiento. Dado que la mayoría de los pacientes con trastorno por atracón son obesos, resulta problemático que los especialistas en TCA no estén acostumbrados a tratar obesos y a la inversa, los especialistas en obesidad tienden a derivar a los servicios de psiquiatría aquellos obesos que presentan atracones, impidiéndose así el enfoque multidisciplinario necesario.

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 antiansiedad 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 el miedo a: ser abandonado, a no controlar los propios impulsos agresivos, a no controlar impulsos sexuales, a perder la estabilidad laboral y económica, a la despersonalización, a perder el control de la propia vida, a no alcanzar metas personales o estándares sociales, 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 provocan un aumento de peso.

Al respecto, un grupo del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos ha evaluado la asociación entre obesidad, ansiedad y depresión en un grupo de 200 mil personas aproximadamente. Además de incluir a un gran número de sujetos, el estudio considera las posibles enfermedades asociadas a la obesidad (por ejemplo diabetes o dolor articular), así como factores relacionados con el estilo de vida (hábito de fumar, consumo de alcohol, actividad física) y factores psicosociales (por ejemplo, el apoyo de la familia). Los resultados del estudio demuestran que existe una relación entre ansiedad, depresión y obesidad independientemente de los factores acompañantes, ya sean enfermedades, hábitos de estilo de vida o factores psicosociales. Esta asociación no es igual en hombres y en mujeres. En los varones, es la obesidad grave (aquella con un índice de masa corporal superior a 40 kg/m²) la que se asocia a ansiedad y depresión. Sin embargo, en las mujeres este aumento se observa ya a partir del diagnóstico de sobrepeso (esto es, a partir de un índice de masa corporal superior a 25 kg/m²).

Este estudio no permite establecer una relación de causalidad entre obesidad y trastornos emocionales; sin embargo, plantea una relación bidireccional, en donde la ansiedad y la depresión pueden distorsionar la conducta alimentaria y facilitar un patrón de sedentarismo. Ambas conductas favorecen que se gane peso.

Así mismo, en diversos estudios con muestras clínicas, se ha observado un incremento de la ansiedad y la depresión en pacientes con obesidad, comparado con iguales con normo-peso.

Los síntomas de ansiedad en jóvenes con obesidad están relacionados con una disminución de la actividad física y un aumento de la ingesta como respuesta al estrés.

Conclusiones

De acuerdo con la revisión realizada, 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.).

La literatura no revela ningún estudio que identifique 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 de personalidad.

De encontrarse alteraciones psicológicas en la persona obesa, éstas no suelen encontrarse en forma aislada, sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona. Sin embargo, son de fundamental importancia para 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 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 el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, entre otras). Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980). “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”. 3rd. ed. Washington, DC. APA. Press. p. 345.
- ANSORENA, A.; COBO, J.; ROMERO, I. (1983). “El constructo de ansiedad en psicología”. *Estudios de Psicología*. 16:31-45.
- BAILE, J.; RAICH, R.; GARRIDO, E. (2003). “Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de administración de una escala”. *Anales de psicología*. 10(2):187-192.
- BASOWITZ, H.; PERSKY, H.; KORCHIN, SJ.; GRINKER, RR. (1995). “Anxiety and stress”. New York: McGraw-Hill, p. 26-29.
- BECK, AT; RUSH, AJ; SHAW, BF; EMERY, G. (1979). “Cognitive therapy of depression”. Bilbao:Desclee de Brouwer, SA. p. 128-136.
- BECKER, MH. (1974). “The health belief model and personal health behavior”. *Health Education Monograph*. 2 (número completo).
- BERNAL, H. (2009). “La discriminación que sufren las personas con obesidad”. En: <http://www.adios.obesidad.com>.
- BRAGUINSKY, J. (1999). “Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento”. Buenos Aires: El Ateneo, p. 415-416.
- CASH, T; DEAGLE, E. (1997). “The natural and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis”. *International Journal of Eating Disorders*. 22:107-125.
- DECALUW E, V.; BRAET, C. (2005). “The cognitive behavioral model for eating disorders: A direct evaluation in children and adolescent with obesity”. *Eat Behavior*. 6:211-220.
- ENGEL, GL. (1977). “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”. *Science*. 196:129.
- ENGEL, GL. (1981). “The clinical application of the Biopsicosocial Model”. *Journal Medicine Philos*. 6:101-125.
- EREMIS, S.; CETIN, N.; TAMAR, M.; BUKUSOGLU, N.; AKDENIZ, F.; GOKSEN, D. (2004). “Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?”. *Pediatr Int*. 46:296-301.
- GARDNER, DM.; FAIRBURN, CD.; DAVIS, R. (1987). “Cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa. A critical appraisal”. *Beh Mod*. 11:398-431.
- GARDNER, DM.; GARFINKEL, PE. (1981). “Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications.” *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 11:263-284.
- GROGAN, S. (1999). “Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children”. London: Routledge, p. 231-234.
- HALLIWELL, E.; DITTMAR, H. (2004). “Does size matter? The impact of model’s body size on ad-

- vertising effectiveness and women's bodyfocussed anxiety." *Journal of Social and Clinical Psychology*. 23:105-132.
- HAMBURGER, WH. (1951). "Emotional aspects of obesity". *Medical Clinics of North America*. 35:483-99.
- HERNÁNDEZ, G.; ORELLANA, V.; KIMELMAN, J.; NUÑEZ, M.; IBÁÑEZ, H. (2005). "Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna". *Revista Médica de Chile*. 133:895-902.
- HSU, LK. (1982). "Is there a body image disturbance in anorexia nervosa?". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 5:305-307.
- KOLOTKIN, RL.; REVIS, ES.; KIRKLEY, BG.; JANICK, L. (1987). "Binge eating in obesity: Associated MMPI characteristics". *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 55:872-876.
- KORNHABER, A. (1970). "The stuffing syndrome". *Psychosomatics*. 11:580-4.
- LATORRE POSTIGO, JM.; BENEIT MEDINA, P. (1994). "Psicología de la Salud". Buenos Aires, Argentina, p. 122-123.
- LEÓN HERNÁNDEZ, R.; GÓMEZ PERESMITRÉ, G.; PLATAS ACEVEDO, S. (2008). "Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas." *Salud Menta*. 31:447-452.
- MARCUS, MD.; WING RR.; EWING, L.; KEM, E.; GOODING, W.; McDERMOTT, M. (1990). "Psychiatric disorders among obese binge eaters". *International Journal of Eating Disorders*. 9:69-77.
- MORAL DE LA RUBIA, J. (2002). "Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial". *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 3(3).
- MORÁN, R. (1999). "Evaluation and treatment of childhood obesity." *American Family Physician*. 59:861-868.
- OLAIZ-FERNÁNDEZ, G.; RIVERA-DOMMARCO, J.; SHAMAH-LEVY, T.; ROJAS, R.; VILLALPANDO-HERNÁNDEZ, S.; HERNÁNDEZ-AVILA, M.; SEPÚLVEDA-AMOR, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 83-104.
- OLIVARDIA, R.; POPE, HG JR.; HUDSON, JI. (2000). "Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study". *Am J Psych*. 157:1291-1299.
- ORLANDO, H. (2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín: Buenos Aires.
- POLIVY, J.; HERMAN, C. (2002). "Causes of eating disorders". *Annual Review of Psychology*. 53:187-213.
- POPE, HG.; GRUBER, AJ.; CHOI, P.; OLIVARDIA, R.; PHILLIPS, KA. (1997). "Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder". *Psychosomatics*. 38:548-57.
- REILLY, JJ.; METHEVEN, E.; McDOWELL, ZC.; HACKING, B.; ALEXANDER, D.; STEWART, L.; ET AL. (2003). "Health consequences of obesity". *Arch Dis Child*. 88:748-752.
- ROWE, D.; McDONALD, S.; MAHAR, M.; RAEDEKE, T. (2005). "Multitrait - multimethod investigation of a novel body image measurement technique". *American Alliance for Health Physical Education, Recreation and Dance*. 76(4):407-415.
- SÁNCHEZ-PLANELL, L.; FERNÁNDEZ-VALDÉS-MARÍ, R. (2003). "Trastorno por atracón y obesidad". *Psiquiatría.com*; 5(1). En [http://: www. Psiquiatría. com/boletín/revista/108/](http://www.Psiquiatría.com/boletín/revista/108/)
- SANTACREU, J.; MÁRQUEZ, MO.; RUBIO, V. (1997). "La prevención en el marco de la psicología de la salud." *Psicología y Salud*. 10:81-92.
- SCHILDER, P. (1935). "Image and appearance of the human body". Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.p. 64-67.
- SILVESTRE, E.; STAVILE, AE. (2005). "Aspectos psicológicos de la obesidad". Córdoba: Universidad de Favaloro.
- STICE, E. (2001). "A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathaologic: mediating effects of dieting and negative effect." *Journal of abnormal psychology*. 110:124-135.
- STUNKARD, AJ. (1959). "Eating patterns and obesity." *Psychiatric*. 33:284-295.
- TELEH, CF.; AGRAS, WS.; ROSITER, EM. (1988). "Binge-eating increases with increasing adiposity". *International Journal of Eating Disorders*. 7:115-119.
- UNIKEL, C.; SAUCEDO-MOLINA, T; VILLATORO, J; FLEIZ, C. (2002). "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años". *Salud Mental*. 25(2):49-57.
- VERA, N.; FERNÁNDEZ, C. (1989). "Prevención y tratamiento de la obesidad". Barcelona, Martínez Roca p. 20-30.

VOLKOW, ND.; O'BRIEN, CHP. (2007). "Issues for DSM-V: Should obesity be included as a Brain Disorder". *American Journal of Psychiatry*. 164:708-710.

ZHAO, G.; FORD, ES.; DHINGRA, S.; LI, C.; STRINE, TW.; MOKDAD, AH. (2009). "Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index". *Int J Obes*. 33(2):257-266.