



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Licenciatura en Nutrición**

**«Aspectos psicológicos en Obesidad». Un intento
de interpretación**

Nº 172

Roxana Parysow

Tutora: Valeria Levín

Departamento de Investigación
Mayo 2005

A mi familia, por su amoroso apoyo y tolerancia permanente.

A la Dra. Susana Melamed, mi madre, quién me transmitió el respeto por el estudio.

A mi compañera y amiga Mariana Ortiz, por estar siempre.

Al Sr. Decano Dr. Marcelo Vernengo, Dra. Cecilia Di Risio, Vanina Di Silvestro y Gabriela Dell'Olio, por todo.

Al Dr. Juan Carlos Volnovich.

A todos mis Docentes por su aporte.

A la Lic. Monica Coqueignout por su paciente corrección de mis borradores.

A la Lic. Valeria Levín.

Muchas, muchas gracias !!!!

Indice

Resumen y Palabras claves	6
Introducción	6
Capítulo 1	
1.1. Consideraciones generales	6
1.2. Etiología	7
1.2.1. Desde el punto de vista psicológico	7
1.2.2. Desde el punto de vista fisiológico:	8
1.2.2.1. Aspectos genéticos	8
1.2.2.2. Aspectos endocrinos	8
1.2.2.3. Respecto del metabolismo energético	9
1.2.2.4. Respecto del consumo energético	9
1.2.2.5. Respecto de la alimentación	9
1.2.3. Desde lo ambiental	9
1.3. Valoración de riesgo	10
1.3.1. Clasificación en función del IMC	10
1.3.2. Riesgo relativo de padecer otras enfermedades	10
1.4. Epidemiología	10
1.5. Curso y pronóstico	11
Capítulo 2	
2.1. Consideraciones generales	11
2.2. Características psicológicas en pacientes obesos	12
2.2.1. Conducta y personalidad	12
2.2.2. Adicción	14
2.2.3. Compulsión, Negación y Repetición	14
2.2.4. Esquema corporal	17
2.2.5. Medida	18
Capítulo 3	
3.1. Tratamientos	18
3.2. Aspectos psicológicos en los tratamientos	22
3.2.1. La postura del conductismo	22
3.2.2. La postura del psicoanálisis	25
Conclusión	27
Glosario	28
Bibliografía	29

Resumen:

Es objeto del presente revisar la bibliografía existente con relación a los distintos aspectos psicológicos en pacientes obesos. Se describe: consideraciones generales acerca de la obesidad, definición, clasificación, pronóstico, métodos diagnósticos, características psicológicas del obeso revisando las consecuencias que la patología provoca en el individuo que la padece. Por último, se describen algunos de los tratamientos que se emplean en la actualidad.

Resulta relevante estudiar los aspectos psicológicos de la obesidad, ya que éstos son descriptos en muchos casos como parte su etiología. La obesidad no es en sí un trastorno de la alimentación, sino un síntoma de sobrealimentación crónica, que suele tener una causa emocional subyacente.

Palabras claves:

Obesidad. Conducta y personalidad en obesos. Compulsión. Negación. Repetición. Abordaje terapéutico en obesidad.

Introducción

«Hay una cuestión que me interesa muy especialmente y de la que depende la salvación de la humanidad más que ninguna sutileza teórica: es la cuestión del régimen alimentario». NIETZSCHE

En los últimos años la obesidad pasó de ser considerada mundialmente como una enfermedad a ser una epidemia y como tal, a modo de ejemplo, el año pasado fue nombrada como primera causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica como patología susceptible de prevención. Se emplean millones de dólares en su tratamiento y sin embargo los índices de prevalencia siguen aumentando. Por lo tanto, resulta muy importante realizar investigaciones exhaustivas sobre el tema, para que a través de la adquisición de un mayor conocimiento se puedan desarrollar planes de tratamientos más eficaces y estrategias de prevención que posibiliten la disminución o al menos el freno de la prevalencia de la obesidad.

Son muchos los interrogantes respecto de la multitud de causas que la determinan así como lo concierne al errático camino hacia la cura que hasta el momento no ha podido más que alejarse cada día del rumbo predeterminado. ¿Se trata de una patología psicósomática cuyo abordaje terapéutico es orientado a respuestas de tipo fisiológico? ¿Existe una personalidad en particular para ser víctima de esta afección o acaso es el propio sistema instaurado en lo social y cultural el que empuja a los individuos a una búsqueda casi infantil de goce inmediato sin posibilidad alguna de medir las consecuencias?

Si bien la obesidad es generalmente considerada un trastorno médico, resulta relevante estudiar los aspectos psicológicos de la misma ya que son descriptos en muchos casos como parte su etiología. La obesidad no es en sí un trastorno de la alimentación, sino un síntoma de sobrealimentación crónica, que suele tener una causa emocional subyacente.

El capítulo número uno describe algunas consideraciones generales acerca de la obesidad: definición, clasificación, pronóstico y métodos diagnósticos, para de esta manera poder realizar una primera aproximación al tema.

Luego de este primer acercamiento, en el capítulo dos se profundiza en las características psicológicas del obeso revisando las consecuencias que la patología provoca en el individuo que la padece.

Para finalizar, el capítulo tres describe los distintos tratamientos que se emplean en la actualidad intentando analizar los alcances de los mismos.

Es objeto del presente trabajo revisar la bibliografía existente con relación a los distintos aspectos psicológicos en pacientes obesos intentando considerar la mayor cantidad de ópticas como sea posible.

Capítulo I

1.1. Algunas consideraciones generales sobre obesidad:

La obesidad consiste en un exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo (6).

Aunque desde hace décadas se han utilizado diversos métodos para calcular la grasa corporal, no

existe una definición aceptada de modo uniforme que determine cuál es su cantidad normal y, por tanto, hay diversas definiciones de obesidad basadas en el aumento excesivo de la grasa corporal. Esta confusión viene provocada por el hecho de que la presencia de una cantidad anómala de grasa corporal asociada a complicaciones médicas tiene un origen multifactorial, en el que se pueden incluir el sexo, la edad, la distribución de la grasa, el aumento de peso (grasa) desde el inicio de la edad adulta, la actividad física, los factores genéticos y otros factores de riesgo. (5)

Esta afección es padecida por personas de todas las edades y clases sociales tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo aunque los factores determinantes en cada uno de los casos son muy diferentes.

Es un grave problema para la salud pública ya que la obesidad está relacionada con un aumento en la morbilidad y mortalidad de los individuos afectados, produciendo así un gran impacto en el ámbito económico.

Desde el punto de vista de la Salud Mental, la obesidad no se encuentra clasificada como un trastorno psíquico en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV), a diferencia de lo que sucede en la décima edición de Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. En esta obra se halló en el capítulo que trata sobre «Enfermedades Mentales y del Comportamiento», la descripción del cuadro de «Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas» donde es incluida la Ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la Obesidad» (9)

En este sentido, el Dr. Alberto Cormillot asegura (31) que: «Es una enfermedad biológica que tiende a la cronicidad y a las recaídas, que su manejo debe pasar especialmente por lo psicológico ya que lo que se procura es un cambio de la conducta y que como ocurre con la mayoría de las adicciones, es recuperable únicamente a través del contacto con la gente»

1.2. Etiología:

En la patogenia de la obesidad están implicados factores genéticos, endocrinos, neurológicos, psicológicos y socio-ambientales en mayor o menor grado. Puede resultar difícil definir los que contribuyen a la obesidad en cada individuo, pero es evidente que este proceso no tiene una etiología única, sino que más bien constituye un grupo heterogéneo de trastornos.

1.2.1. Desde el punto de vista psicológico:

En el caso de los pacientes «psicogenéticamente» obesos, donde la psicogénesis predomina por encima de los necesarios factores de constitución biológica, las observaciones clásicas señalan perturbaciones de la personalidad en las cuales, al decir de Hilde Bruch (8): «el tamaño corporal excesivo se convierte en el órgano de expresión de un conflicto».

Esta misma autora 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 buscará 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 (9).

En este sentido el Dr. Jorge Alperovich sugiere una idea respecto de que en la génesis y perpetuación de la obesidad intervienen habitualmente dos factores fundamentales:

- † el énfasis oral precoz y habitual con otorgamiento de comidas engordantes, con que los padres van marcando la vida del hijo, lo que puede devenir en voracidad y búsqueda de comidas obesígenas. Se produce trastorno en cantidad y calidad de alimentación.
- † el comportamiento parental inmovilizante del hijo. Lo ejerce, por lo general, la madre dominante y muchas veces obesa, con la complicidad del padre, débil, pasivo, ausente y también muchas veces obeso. Un aprisionamiento filial observable en diversos grados y modalidades, que puede devenir en sedentarismo obesígeno.

Así, concluye Alperovich, el hijo obeso tiene también su parte en la interacción familiar, sometiéndose, obedeciendo, dejándose inducir, como si hubiera un beneficio incestuoso de ser «el nene gordo de mamá»

y/o por no tener energía ni modelos para recurrir a otras alternativas vitales.

Los signos y síntomas clínicos, así como los factores patogénicos de la obesidad, pueden comprenderse como símbolos de relaciones de objeto precoces, habituales y características con sus padres que se reeditan y perpetúan en vínculos actuales. Como si los factores biográficos se expresaran en comportamientos obesígenos y adiposidad o como si éstos fueran símbolos de aquéllos. (4)

La Lic. Moscona cuestiona:» ¿El adicto a la comida, busca la destrucción y la muerte a través de la ingesta o son los mandatos parentales los que lo llevan a ella? La obesidad estaría constituida por una serie de factores que la integran y la determinan. Podríamos decir que esta enfermedad, al igual que un síntoma, está sobre y multideterminada y uno de los ejes de multideterminación es el que corresponde a los modelos o familiares. Se trata de familias con satisfacciones predominantemente orales, para cuyos integrantes la sobreingesta adquiere características especiales que no poseen otras drogas y es lo único que calma la angustia y la ansiedad». (21)

En relación a esto último se plantea la duda acerca de la capacidad del alimento de calmar la angustia tal como se ha difundido particularmente en relación a los Hidratos de Carbono y su efecto sobre el incremento de secreción de serotonina, o acaso se trata de un círculo vicioso en que queda atrapado el obeso, quien lejos de sentir alivio a través de la ingesta se sumerge una y otra vez en el dolor que le provoca no ser consecuente con su deseo de delgadez.

1.2.2 Desde lo fisiológico algunos factores a considerar son:

1.2.2.1. Aspectos genéticos: los genes influyen claramente en la evolución del tamaño corporal y la herencia desempeña una función definida en la obesidad humana. Tal como describen Bouchard y Perusse¹ si ninguno de los progenitores es obeso, la probabilidad de que la descendencia lo sea es del 10%. Cuando uno de los padres es obeso, el riesgo de padecer obesidad aumenta al 40%, y si ambos padres son obesos, dicho riesgo alcanza el 80%. La importancia de la herencia y el ambiente durante la infancia se ha analizado de forma individualizada en estudios de niños adoptados con padres biológicos obesos. La incidencia de obesidad es mayor en los niños con padres biológicos obesos que en adoptivos con un peso normal. Además, diversos estudios realizados en gemelos criados juntos o por separado han aportado indicios de la importancia de los factores genéticos en la obesidad, demostrando que la variabilidad del IMC es independiente, en gran medida, del medio ambiente en que se desarrollan. Los resultados de estos y otros estudios señalan que los genes justifican hasta el 60% 80% de las variaciones del IMC y la masa corporal grasa. Sin embargo, los estudios realizados en familias sin gemelos sugieren que la genética tiene una contribución algo menor (40%) en la variabilidad del peso corporal². No obstante lo cual se desconocen los genes y las interacciones poligénicas que subyacen en las formas habituales de obesidad humana.

Además, resulta esencial recalcar que la prevalencia de obesidad en EE.UU. se ha duplicado aproximadamente durante las dos últimas décadas, un período sin trascendencia en el contexto de los cambios genéticos. Los genotipos de cada individuo no han sido la causa principal del incremento importante de la obesidad.(5)

Efectivamente no ha habido cambios genéticos, pero sí y muchos en términos de hábitos alimentarios y sedentarismo.

1.2.2.2 Aspectos endocrinos: los estudios sobre el control del consumo alimentario por parte del sistema nervioso central han aportado los avances más importantes en la investigación de la obesidad en los últimos 5 años. La leptina, que se libera por las células del tejido adiposo y circula por el plasma en proporción a la masa corporal grasa, interacciona en el interior del hipotálamo con dos tipos neuronales principales, en uno de los cuales se localizan el neuropéptido (NPY) y las proteínas relacionadas con un género de roedores (Agutí o Dysaprocta) (AGRP), mientras que el otro contiene la proopiomelanocortina (POMC).

La leptina inhibe en las primeras neuronas la expresión genética del NPY y las AGRP, lo que provoca una disminución de la liberación de NPY y AGRP. Debido a que en condiciones normales estos péptidos ocasionan un aumento del consumo alimentario, la inhibición de su secreción por parte de la leptina reduce la ingestión de alimentos. En la segunda familia de neuronas, la leptina provoca un aumento de la expresión genética de POMC y, en consecuencia, incrementa la producción del péptido α MSH, que inhibe el consumo de alimentos.(5) Si bien este tema continúa en estudio, es llamativo considerar que la leptina se encuentra disminuida en obesos.

1. Genetics of Obesity, Annual review of Nutrition, 1993

2. Allison, D.; Neale, M. et al., «A genetic análisis of relative weight among 4020 twins pairs, with an emphasis on sex effects» Health Psychology, 1994

1.2.2.3. Respecto del metabolismo energético: varía considerablemente de una persona a otra. De hecho, el metabolismo basal varía más entre las familias que dentro de las mismas, posiblemente en función de determinantes genéticos que regulan el gasto energético. Se han hallado indicios que demuestran que un gasto energético basal (GEB) bajo puede predisponer a los niños y adultos a la aparición de obesidad³.

Sin embargo, estas observaciones no describen necesariamente el mecanismo primario por el que se desarrolla la obesidad; si el apetito, la saciedad y los otros mecanismos que mantienen el equilibrio energético al influir sobre el consumo de alimentos actúan con normalidad, la persona que presenta un gasto energético bajo debería comer menos. No obstante lo cual Alpers, Stenson y Bier aseguran que todos los estudios han demostrado de modo inequívoco que los adultos obesos presentan un gasto energético diario total superior al de adultos delgados. Por tanto, el consumo energético de los adultos obesos debe ser superior (es decir, tienen que comer más) al de los adultos delgados para poder mantener su peso corporal (5).

1.2.2.4. Respecto del consumo energético: Por otro lado, no existe un método que mida con exactitud el consumo energético en condiciones normales. Los métodos más fiables generan muchas más dudas que la precisión necesaria para responder a las cuestiones elementales sobre equilibrio energético en el ser humano. Uno de los métodos que mejor resultado da es la calorimetría directa.

En todas las personas, independientemente de cómo sea su metabolismo, existe un nivel de consumo calórico por debajo del cual se adelgaza. A pesar de que la obesidad puede estar ocasionada por muchos mecanismos diferentes, la restricción calórica y el aumento del gasto energético mediante ejercicio físico siempre son eficaces para conseguir adelgazar.

El grado de restricción calórica o de aumento del gasto energético necesario para adelgazar varía de una persona a otra. La eficiencia energética no sólo presenta diferencias interindividuales, sino que también varía en un mismo individuo a lo largo del tiempo. El metabolismo basal disminuye cuando un individuo obeso baja de peso. Ésta adaptación contribuye a la dificultad para mantener el peso perdido. En los programas de adelgazamiento habituales, el obeso pierde peso con rapidez y de forma uniforme durante las primeras semanas, a partir de las cuales disminuye notablemente o incluso se detiene el ritmo de adelgazamiento aunque la persona cumpla dicho programa. Es en esa instancia cuando sobreviene el desaliento y la disminución del cumplimiento.(5)

La principal consecuencia que atormenta a todas las personas que siguen un régimen dietético es que recuperan el peso perdido. Una posible explicación de esta respuesta es que la disminución del gasto energético asociado a un tratamiento dietético satisfactorio predispone a recuperar el peso perdido.(5) Especialmente si el descenso es muy rápido.

1.2.2.5 Respecto de la alimentación: La composición en macronutrientes de los alimentos puede desempeñar una función importante en la aparición de obesidad. Las interacciones genes dieta y la evidencia epidemiológica respaldan la importancia de un consumo abundante de grasa a la hora de favorecer la obesidad⁴. Aunque existen autores que discrepan de esta afirmación, los datos sobre el gasto energético obtenidos durante experimentos con alimentación controlada apoyan la teoría de que es más difícil restablecer el equilibrio energético durante los períodos en que aumenta el consumo de grasa. Por consiguiente, la grasa se almacena en el tejido adiposo, así como todo exceso calórico proveniente de los macronutrientes.

1.2.3. Factores ambientales:

El tipo de alimentación, la cantidad de calorías y el origen de las mismas sin duda poseen una gran influencia. El hecho de comer fuera de casa, comida rápida, sin horario predeterminado y en soledad, son hábitos que favorecen la pérdida del control de los impulsos y llevan, en consecuencia, a comer en exceso.

El estilo de vida actual favorece sin ninguna duda el desarrollo de la obesidad. El sedentarismo, propio de la época; la disminución de la actividad física espontánea, favorecida por: los ascensores, las computadoras, las extensiones de teléfono, los aparatos de control remoto, los medios de transporte, hacen que el gasto energético sea menor y que, por lo tanto se vea favorecido el aumento de peso.

En la antigüedad el hombre para conseguir alimento debía hacer un gran gasto de energía y no siempre podía conseguirlo, por lo tanto se hizo eficiente para conservar energía. Este mecanismo de almacenamiento de energía era una gran ventaja genética en un ambiente con baja oferta de comida y donde se desarrollaba una gran actividad física, sin embargo en la actualidad lleva a la obesidad.

Otro factor a considerar es la tendencia a dejar de fumar en los últimos años que se acompaña frecuentemente de un aumento del ingreso calórico que se ve reflejado por el aumento del peso.(27)

3. Ravussin,E, Metabolic differences and the development of Obesity, 1995, American Journal of Clinical Nutrition

4. Bray,G y Popkin,B., Dietary fat intake does affect obesity!, American Journal of Clinical Nutrition, 1998

También se encuentran casos de obesidad secundaria a la acción de fármacos o a patologías metabólicas.

Generalmente no es posible identificar la etiología precisa de la obesidad dada su multiplicidad.

1.3. Obesidad y valoración de riesgo:

Durante los últimos años se han propuesto diferentes directrices para valorar el riesgo, a modo de introducción, se describen a continuación algunas de ellas:

1.3.1. Clasificando el peso corporal en función del cálculo del índice de masa corporal (IMC):

Es un método muy útil y muy práctico para calcular la masa corporal relativa y designar el riesgo relativo de padecer una enfermedad concomitante. Por consiguiente, se ha convertido en el método estándar de hecho para caracterizar el sobrepeso y la delgadez en función del tamaño del individuo. El IMC se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) por la altura (en metros) al cuadrado. A partir de los intervalos de IMC recomendados (entre 18,5 y 24,9) es posible «recalcular» combinaciones de altura y peso que aporten valores de IMC más saludables:

- La Organización Mundial de la Salud determinó que el valor del IMC para la preobesidad se encuentra entre 25 y 29,9, para la obesidad grado 1 entre 30,0 y 34,9, para la de grado 2 entre 35,0 y 39,9, y para la de grado 3 tiene que ser superior a 40,0⁵.
- El U.S. National Center for Health Statistics considera que el intervalo de IMC para el sobrepeso oscila entre 25,0 y 29,9, mientras que la obesidad se define como un valor mayor a 30⁶.

1.3.2. Estableciendo el riesgo relativo de padecer enfermedades en la obesidad:

Los valores límite de IMC se basan en estudios epidemiológicos extensos que han correlacionado los IMC con la mortalidad⁷. Los varones y las mujeres con un IMC de 30 kg./m² se consideran obesos y refieren al peso de personas entre 25 y 59 años asociado a una mortalidad mínima en los años posteriores y que no tienen por qué estar relacionados con el estado nutricional medio. Por otra parte, las personas incluidas en este estudio fueron seleccionadas entre las que cumplían los requisitos para ser aseguradas; en su mayor parte pertenecían a la clase media o alta y eran de raza blanca (podían permitirse pagar el seguro), tenían tendencia a estar más sanos y delgados que la población general y se pesaron con la ropa y los zapatos. Por último, no existe un estándar aceptado ampliamente que sirva para determinar el tamaño del esqueleto. Por estas razones, no se puede confiar por completo en estas estadísticas a la hora de determinar el peso ideal de todos los adultos. (5)

1.4. Epidemiología

La obesidad ha aumentado en los últimos años hasta alcanzar niveles epidémicos. Ha aumentado su prevalencia no sólo en los países desarrollados o industrializados sino también en los subdesarrollados sobre todo en los que se vive un proceso de modernización. Los países con mayor renta per capita siguen siendo los que presentan las tasas más altas y los casos de obesidad más extrema. Aún en los países como Japón y China en que los índices de obesidad eran bajos, ha habido un aumento progresivo de la misma.

Cabe destacar que con este aumento han crecido en consecuencia los índices de otras enfermedades incrementando así el gasto en la salud pública y las tasas de morbilidad y mortalidad. Es importante considerar estas repercusiones médicas ocasionadas por el incremento de la prevalencia de obesidad a escala mundial. Esto influye sin lugar a dudas en la toma de decisiones en las políticas de salud.(27)

También en niños y adolescentes han aumentado las tasas de obesidad. En el inicio temprano de este trastorno puede esperarse un peor pronóstico que se observa a través del elevado porcentaje de casos en que esta afección tiende a perdurar a lo largo de toda la vida.

Hay mayor prevalencia de obesidad en las poblaciones de menores ingresos y de menor nivel educacional, las mujeres con más cantidad de hijos y las personas casadas también presentan mayores índices. Otros factores que influyen en el aumento de la obesidad son: el consumo de alcohol, el dejar de fumar, el sedentarismo, el consumo de alimentos hipergrosos y la edad.(27)

Los estudios epidemiológicos son de vital importancia, ya que nos permiten conocer los factores que influyen sobre la obesidad, su distribución y frecuencia. También dan la posibilidad de utilizar estos datos para desarrollar planes de prevención más eficaces.

5. Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation on Obesity, 1998

6. NCHS, Prevalence of overweight and obesity among adults:United States, 1999).

7. Manson,J., Willett, W; Stamfer,M., Body weight and mortality among woman, New England Journal of Medicine, 1995

Actualmente la prevención es considerada la opción terapéutica de elección ya que los tratamientos actuales y toda la industria del adelgazamiento atrás de estos, no han tenido a la luz de los hechos, óptimos resultados. No sólo no disminuyeron la prevalencia de la obesidad sino que en los últimos años, ésta se ha incrementado.

1.5. Curso y pronóstico

La obesidad como trastorno crónico, es uno de los más refractarios al tratamiento. La gran mayoría de las personas obesas poseen la tendencia a continuar ganando peso si no se tratan y a recuperar el peso perdido luego de un período de tratamiento. Los tratamientos no han mostrado ser muy eficaces y las recaídas son frecuentes. Controlar la obesidad parece ser un asunto difícil.

El comienzo precoz de la obesidad durante la infancia y la adolescencia y los antecedentes familiares son indicativos de un peor pronóstico. Otro factor pronóstico es la distribución de la grasa corporal. La obesidad ginoide, propia de las mujeres presenta un pronóstico más favorable, en cambio la obesidad androide presenta un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y supone un mayor riesgo de mortalidad. Además en este tipo de obesidad es más perjudicial el aumento del tejido adiposo visceral que incrementa las anomalías metabólicas que el aumento del tejido adiposo subcutáneo. También se tendrá en cuenta desde el punto de vista pronóstico, la edad y el peso de la persona que presenta este trastorno.

La obesidad se asocia con un alto riesgo de padecer numerosas enfermedades correspondientes a la mayoría de los órganos y sistemas, causadas o exacerbadas por la misma. Algunas de estas enfermedades son; cardiopatía coronaria, angina de pecho, arritmias ventriculares, diabetes, hiperuricemia, hiperlipidemias como hipercolesterolemia, hipertensión, accidente cerebrovascular, enfermedad vesicular, apnea del sueño, osteoartritis, osteoartrosis, agravamiento de defectos posturales y algunos tipos de cáncer (de endometrio, mama, cuello uterino, ovario, vesícula, conductos biliares, colon, recto y próstata). Además representa una mayor vulnerabilidad a padecer otros trastornos de la alimentación concomitantes como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón.

En el curso clínico de la obesidad son muy frecuentes las complicaciones psicológicas. Las personas obesas frecuentemente son objeto de prejuicios y discriminaciones, poseen una baja autoestima, ánimo deprimido, menosprecian su imagen corporal, pueden presentar ansiedad, labilidad emocional, frustración, sentimientos de culpa y una disminución en su calidad de vida.

Capítulo 2

Aspectos psicológicos

2.1. Consideraciones generales:

A los efectos de este trabajo, resulta importante centrar el interés en el sujeto obeso y no en la obesidad solamente, ya que ésta impacta fuertemente en el sujeto. Ya sean cuantificables o no, en el plano subjetivo, en cada individuo sus manifestaciones, son múltiples y producen importantes consecuencias en él.

Culturalmente, en alguna época, la persona delgada era sospechada de portar alguna enfermedad contagiosa por lo cual se la discriminaba o en su defecto, el peso bajo refería la inaccesibilidad al alimento. El obeso, en cambio, ha sido símbolo de salud y como tal encarnaba el ideal estético, por lo que era considerado una persona apetecible y lo suficientemente sano como para vivir lo necesario y concebir muchos hijos. También la gordura fue símbolo de opulencia económica.

En la actualidad, los cánones estéticos imponen la delgadez. Y las recomendaciones con fuerte fundamento científico aseguran que existe una estrecha relación entre la salud (considerando la calidad de vida) y un peso deseable, para lo cual se establecen rangos en los que debiera encontrarse el individuo.(6)

Podría entenderse esta ambigüedad de mensajes por parte de la cultura como base de la confusión que sufren los sujetos en relación al peso que desean y así dar una idea del papel de las sociedades en la evolución de la obesidad. Sin embargo, si ahondamos en los aspectos psicológicos, ya que generalmente son descriptos como causas subyacentes, podremos abordar probablemente más de cerca al sujeto obeso y considerando la mayor cantidad de aspectos posibles.

Los medios de comunicación poseen gran influencia sobre las personas y los enormes presupuestos destinados a generar consumidores de toda clase de sustancias comestibles son cada día mayores. Así la televisión, las revistas y las publicidades venden una imagen que poco tiene que ver con aquella compatible con la promoción de la salud.

Considerando que la historia cultural de la humanidad ha sido contradictoria como se ha mencionado y la presión social es intensa, el sujeto puede encontrarse ante una doble lectura, por un lado la sociedad ofrece una gran accesibilidad a productos hipercalóricos e hipergrasos, en cantidades suficientemente grandes como para desalentar la posibilidad de entender porque la industria ofrece por ejemplo, talles tan pequeños en la indumentaria textil. Son muchas las contradicciones que la realidad propone y son también numerosos los factores que se ponen en juego a la hora de enfrentarla.

La historia contemporánea del abordaje psicológico de la obesidad, puede tal vez, comenzar con los enfoques holísticos quizás ingenuos, pero eficaces, de los grandes médicos clínicos y endocrinólogos de principio de siglo. El auge de las concepciones y técnicas psicoanalíticas generó fuertes cambios en las ideas etiopatogénicas de las enfermedades y en su tratamiento. En EE.UU. se inician con: Richardson, Hamburger y Bruch y en la Argentina en la década del 50 publican Rascovsky, Garma, Grinberg, Abadi, Liberman, Cesio y otros. Estos autores plantearon hipótesis acerca de la estructura psíquica del obeso, el problema de la oralidad, los mecanismos de defensa, las relaciones entre manía, depresión y obesidad, las dificultades transferenciales y los significados diversos del comer y del estar gordo. Existen diferentes conceptualizaciones realizadas a partir de lo que se consideraban los principios de la teoría psicoanalítica en aquella época. (31)

2.2. Características Psicológicas en pacientes obesos

A continuación se desarrollarán algunos aspectos que se consideran fundamentales para pensar en los aspectos psicológicos en Obesidad:

- Conducta y personalidad
- Adicción
- Compulsión, Negación y Repetición
- Esquema corporal
- Medida

2.2.1. Conducta y personalidad

El filósofo francés Onfray citando la experiencia de Nietzsche (1869) dice que éste nunca puso en práctica lo que preconizaba y según sus propias palabras: «Yo soy una cosa y lo que escribo es otra cosa». (22)

Esta afirmación podría pensarse a la hora de estudiar las conductas del obeso quien come ya sea con voracidad o simplemente en exceso, cuando su deseo es perder peso, así parecería que él no está presente en el acto de comer.

«Lo que sucede realmente dentro del sujeto es inaprensible y sólo podemos hablar de lo que se objetiva: su conducta»

De esta manera invita el Dr. Zukerfeld al abordaje de esta patología y propone que «el enfoque de la obesidad como adicción a la comida hace pensar en estudiar las conductas particulares e independientemente de la personalidad previa o experiencia interna del obeso»:

Conductas adictivas en obesidad:

Son una serie de conductas características que expresan la existencia de un grado de conflicto y dependencia frente a la comida y a determinados tipos de alimentos, especialmente los hidrocarbonados.

Se las denomina adictivas y se las clasifica en:

- a. Impulsivas: caracterizadas por la avidez y el descontrol
- b. Compulsivas: cuando se agrava la culpa persecutoria y las racionalizaciones y persecuciones.

Conductas reparatorias:

- c. Abstinentes: en cuanto se busca control y ayuda externa. La relación con la comida adquiere características fóbicas, el paciente tiene miedo y se establece un espacio intermedio entre él y la comida
- d. Sobrias: es cuando se puede hablar de recuperación. Aparece el autocontrol y conductas supletorias o sublimadas. Es por convicción y no por imposición como en el caso c).

«La real incorporación de nuevos hábitos da cierto placer y orgullo que actúa como reaseguro frente a los impulsos que en la conceptualización de incurabilidad de la obesidad siguen estando.»...»Si admitimos la existencia de un único fenómeno estrictamente psicosomático en términos estructurales que a la vez puede ser defensivo, nos encontramos con la ventaja de la mayor totalización pero con limitaciones terapéuticas» (31)

En el año 2002 el mismo autor vuelve a referirse a las características del sujeto obeso describiéndolo con distintos rasgos de personalidad y algunos con trastornos de la personalidad variables.» Si tuvieran que describirse condiciones comunes en pacientes obesos correspondería aludir a construcciones subjetivas

semejantes a las de los adictos y también a las de los sufrientes de enfermedades crónicas. Casi todos los abordajes terapéuticos suelen pasar por una primera fase («luna de miel») con fuertes componentes de idealización, que luego pueden desaparecer dramáticamente («fuga»). Son muy conocidos estos ciclos repetitivos donde se pueden describir tanto temores al cambio como beneficios no asumidos en el mantenimiento de la condición existente. Este es uno de los grandes problemas en el abordaje terapéutico ya que el observador externo puede intrigarse cuando percibe la importante inacción del paciente en relación con su conducta alimentaria y de movimiento. En este sentido se propone distinguir en el obeso tres posiciones subjetivas distintas que caracterizamos como ignorancia, impotencia e indecisión». (33)

- a) **Ignorancia:** su formulación discursiva se traduce en última instancia en un «no sé» no necesariamente reconocido. Se trata de un paciente que tiende a desconocer la enfermedad, sus consecuencias y lo que significa la misma para su vida es decir un sujeto que alterna entre la desmentida, las creencias erróneas y el pseudoconocimiento racionalizado.
- b) **Impotencia:** en esta presentación en forma de «no puedo» el sujeto impresiona como con cierta conciencia de su obstáculo interior, a partir de un funcionamiento psicológico donde predomina el escepticismo y desesperanza. Es habitual aquí la existencia de la sintomatología psicológica que describimos en el apartado anterior.
- c) **Indecisión:** se trata estrictamente de la dificultad yoica de tomar una decisión que se manifiesta directa o indirectamente como un «no quiero» y que hace dudar de la real motivación para tratarse y fortalece la hipótesis acerca de los «beneficios» que otorga el mantenimiento de la patología. Puede presentarse en la forma (b) hasta que se devela su característica más volitiva, es decir el «no puedo» que es en realidad «no quiero»:

Estas tres posiciones que suelen alternar en el mismo sujeto implican que en algunos casos no puedan cambiar por definidos obstáculos psicopatológicos, en muchos casos no quieren cambiar independientemente de las declaraciones conscientes que se hagan al respecto y en muchos otros casos no sepan cómo cambiar. Es por ello que dentro de los abordajes terapéuticos actuales se puede decir que en términos generales los procedimientos psicoeducacionales operan sobre las creencias erróneas («no sé»), los psicoterapéuticos sobre los conflictos («no puedo») y ambos sobre la oposición, la inacción o la repetición de intenciones para agradar al interlocutor («no quiero») que es en definitiva el obstáculo mayor.(33)

Más allá de abundar en la discusión acerca de si existe o no una perturbación específica de la personalidad en el obeso 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 ésto, observada constantemente en pacientes, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta, ahora activa, repite lo que se considera 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. (9)

Por otra parte, es fácil comprender el que en los obesos su condición genere una respuesta emocional ambivalente de rechazo por un lado y de seguridad por otro frente a temores claramente sentidos, pero que el paciente no logra identificar adecuadamente. En algunos obesos de estructura psíquica francamente neurótica, especialmente mujeres, muy susceptibles, de ofensa fácil y a la vez muy necesitadas de la estima de los demás, podemos observar rasgos de seducción (de un cierto tinte ingenuo), humor lábil y cambiante y una historia de dificultades sexuales. (9)

Resta considerar, dentro de la psicopatología del obeso, el problema que representa para ellos la relativa dificultad de manejar adecuadamente sus impulsos, especialmente los impulsos agresivos. Es, ciertamente, patrimonio de los obesos con trastornos de personalidad como trasfondo psicopatológico, el mal manejo de sus impulsos hostiles lo cual, sumado a la desvalorización de sí mismos que sufren, se traduce en frecuentes autoagresiones algunas más o menos sutiles tales como descontento y enojo consigo mismo, incapacidad para cuidar de sí (aún siendo muy generosos con los demás) etc. Todo esto lleva a que presenten frecuentes desbordes en distintas áreas de su conducta, tales como las de la comida y la bebida.

Es también típico de los trastornos de personalidad el ya mencionado sentimiento de vacío interior que suelen trasladar al ámbito corporal, intentando llenarlo con diversas conductas algunas de ellas aparentemente útiles por un tiempo, pero inútiles finalmente de lo cual da clara cuenta el recurso permanente que deben hacer de las mismas. Paradigma de esto es el comer compulsivo. (9)

Ya en 1943, Bruch señalaba que el niño con una inadecuada conformación psicológica se torna obeso por necesidades orales insatisfechas que se perpetúan y acentúan progresivamente. Estos niños obesos son muy demandantes y no suelen encontrar la «cantidad» de cariño y atención que solicitan. Podríamos entender que ya en sus tempranas relaciones de objeto presentan el rasgo constante de la insaciabilidad y la intolerancia a todo aquello que sienten como abandono. Estos niños son criados por madres que tienen

al igual que ellos una tendencia oral marcada y que han fundado familias centradas en torno a la comida y al comer. (9)

2.2.2. Adicción

La obesidad, se vincula en general con una gran soledad. Sentimientos de fracaso, discriminación y rechazo de por medio, el sujeto permanece tan cerrado como le sea posible y sin poder, en ocasiones, hablar de lo que le pasa tal como le pasa. Estas ideas pueden presentar el concepto de adicto, sin palabras, solo, aislado.

Zukerfeld plantea a la obesidad como una adicción a la comida que implica:

Conductas adictivas a las que se puede distinguir en:

- † *conductas impulsivas* caracterizadas por el descontrol, comer irrefrenablemente, y por la urgencia, irresistibilidad e insaciabilidad.
- † *conductas compulsivas*, en una segunda etapa donde el individuo intenta dejar de comer y no puede. Aparece allí la culpa que lo obliga a realizar diferentes racionalizaciones. No deben faltar defensas como la omnipotencia donde el individuo cree ser más fuerte que la comida pero sin embargo no puede vencerla. (31)

Otto Kernberg⁸ al referirse a la personalidad borderline toma en cuenta las neurosis impulsivas y las adicciones, de las cuales dice: «Me refiero aquí a esta forma de patología severa del carácter en el cual hay una crónica erupción repetitiva de un impulso que gratifica las necesidades instintivas en una forma que es egodistónica fuera de los episodios de impulsividad, pero que es egosintónica y realmente placentera durante el episodio mismo. El alcoholismo, la adicción a las drogas, ciertas formas de obesidad psicogénica, la cleptomanía son ejemplos clínicos».

Así, asegura la Lic. Moscona «la adicción a la comida, estaría al servicio de impulsos tanáticos y de autodestrucción y no de vida; placer, goce y autoconservación. Si bien a través de la sobreingesta se logra un estado de bienestar placer y completitud, este estado constituye sólo un primer momento, una primera etapa del proceso que se desencadena, en el segundo momento sobrevienen la autodestrucción y el daño, y el sujeto siente como si hubiera incorporado heces y sustancias muy peligrosas que lo ataran desde el interior del cuerpo, lo cual también tiene resonancia y respuesta en su exterior.

De hecho, la persona se siente y lo está más pesada física y psíquicamente, con una tremenda necesidad de expulsar lo incorporado.» (21)

Sigmund Freud⁹ postula que el «doble» se transforma de protector en persecutorio, por lo que la comida es vivida como materia fecal que se ha incorporado al organismo.

De esta manera Moscona continúa «La estructura interna de la adicción consiste en la esclavitud a formas cínicas que profanan los objetos buenos y los expelen.

El obeso recurre a mecanismos maníacos frente a la intolerancia al dolor y a la frustración y utiliza la ingesta a fin de controlar ansiedades paranoides. Ejemplo de esto son los estados de buen humor característicos en estos pacientes.

El adicto a la comida puede llegar a experimentar que se enloquece si no obtiene los suministros que necesita y, por otra parte, para quedar satisfecho requiere progresivamente mayor cantidad de alimento, lo cual lo lleva a poner en peligro su vida, cada vez más intensamente.» (21)

«De alguna manera podemos jugar con las ideas y pensar «quién se come a quién», si el obeso a su objeto ó el objeto al obeso. De cualquier manera, se nos representa claramente aquí la ecuación intercambiable de la polaridad del «todo ó nada» que rige el funcionamiento de la mente narcisista: «o nada quiero, nada necesito y de nada dependo»; ó «lo quiero todo»; con el consiguiente temor de devorar/ ser devorado por el objeto. Aquí se abre el vacío de la desaparición del sujeto respecto de su subjetividad en sí misma, disolviéndose su identidad en la voracidad del objeto.»(9)

2.2.3 Compulsión, Negación y Repetición

La diferencia entre compulsión e impulsión:

- † *Compulsión*: es una conducta o un mandato interno acerca de algo sentido como displacentero, en la que el sujeto se siente dominado por órdenes que lo llevan a realizar acciones que le disgustan, que son egodistónicas y cuya motivación es inconsciente, estas conductas suelen ser frecuentes en pacientes con características obsesivas.
- † *Impulsión*: es preferentemente patrimonio de las psicopatías y perversiones, aunque también se da en cierto tipo de fobias, llamadas, por ese motivo, 'fobias de impulsión'; en el plano consciente aparece una

8. Organización de la personalidad borderline», American Journal Psychoanalytic Association, vol. 15,3, pág. 641)

9. «Lo siniestro» Obras Completas, Biblioteca Nueva, Madrid

tendencia a realizar una acción deliberada, respecto de la cual el paciente tiene una convicción delirante motivadora que no expresa.

La compulsión en el obeso está más ligada a la pulsión de muerte, a la repetición es decir, está «más allá del principio del placer» ¿Por qué describir a dicha conducta con el término compulsión? Recibe esta denominación por el carácter de imposición coercitiva de la vivencia. El sujeto no puede detenerse ni dejar de comer, tal como le sucede al neurótico obsesivo frente a ciertas ideas en las que no puede evitar pensar, o frente a actos que no puede dejar de realizar. (21)

En un trabajo presentado en la Revista Actualidad Psicológica los Dr. Cormillot y Zuckerfeld abordan el particular afirmando que «independientemente de la personalidad o conflictiva previa lo que hay que tener en cuenta es la existencia en el obeso de miedos que siempre están presentes y que condicionan actitudes defensivas y huidas fóbicas. Finalmente estas huidas culminan en reengorde que incrementa aún más la persecución constituyendo un verdadero círculo vicioso crónico que hace que el paciente obeso busque otro profesional u otro tratamiento, iniciando largas cadenas.»

Estos ciclos repetitivos pueden verse desde una triple perspectiva:

- **Biológica:** A partir de la teoría del set-point, especie de regulador del peso corporal que determinaría una suerte de destino biológico.
- **Psicológica:** A partir de lo que está más allá del principio del placer, la obsesión a la repetición, y todo el mundo imaginario donde aún no se ha instaurado el corte simbólico, donde una y otra vez el deseo de otra cosa subvierte la necesidad natural. Es decir un «destino» psicológico.
- **Social:** A partir de la adquisición de una identidad, la identidad que da la enfermedad, el Ser-un-obeso, identidad que debe mantenerse a toda costa, marcando al fin un «destino» social.

Como se observa en este planteo, lo que aquí está en juego es también una concepción de la medicina psicosomática.¹⁰

La estigmatización (probablemente producto de una sucesión de ciclos de engorde y adelgazamiento relacionados con el concepto de repetición), en que es puesto el sujeto obeso es una experiencia habitual para él, por lo tanto se ven en la necesidad de implementar estrategias para poder hacer frente a estos prejuicios. Cuánto más frecuentemente el obeso es expuesto a estas situaciones, más esfuerzos debe hacer para enfrentarlos, más angustia va a presentar y más severa va a ser la vivencia de presión.

El Dr. León Grinberg aporta sobre los mecanismos que intervienen en la obesidad, con referencia especial al proceso del comer neurótico que «una de las funciones especiales contenidas en la compulsión a comer consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto (comida) mediante el acto de incorporar repetida y continuamente el alimento que lo representa. De este modo, el obeso niega que perdió o destruyó al objeto, y procura mantener un contacto directo y continuo con sus sustitutos los alimentos para poder creer en su existencia. Consigue así, entre otras cosas, calmar la angustia determinada por la culpa y el temor al objeto destruido.» (17)

Cabe preguntarse a instancias de esta afirmación si realmente esa angustia se ve calmada o simplemente reemplazada por otra de distinta índole, ya que el sujeto se confronta con la imposibilidad de actuar en consecuencia a su deseo de perder peso. En relación a este planteo la Lic. Moscona asegura que «después del atracón suele expresar que se siente muy mal y que tiene como taponado el cerebro». (21)

¿Puede entonces pensarse que se aplaca la angustia? Probablemente, todo lo contrario.

Así, Grimberg continúa «La formulación de dicha negación sería la siguiente: «No es verdad que el objeto ha desaparecido; yo no lo destruí. Prueba de ello es que lo encuentro materializado; puedo recurrir a él e ingerirlo; entonces está aquí. Se trataría de un tipo de negación al que se le agregan elementos afirmativos para darle más fuerza y apoyo. Eso, explica, no sólo el deseo reiterado, de comer en abundancia, sino, también que exista, hecha luz respecto de una afición similar por algunas personas que llegan a depender de tal forma que se hacen «adictos» a ellas. Tanto los alimentos como las personas a las que se adhieren, reúnen cualidades que representan las características del objeto primitivo.

Lo precario de dicho mecanismo de negación exige que sea permanentemente renovado en cada acto alimenticio. Así se explica entre otros motivos, la insaciabilidad tan común en el obeso». Esta característica se relaciona con los conceptos de exceso y medida que en adelante se desarrollarán.

La negación se utiliza no sólo en aquellas vivencias de pérdida ocurridas en el pasado, sino también en las situaciones en que teme perder el objeto debido al contenido y significado de actuación determinada. Ejemplos de lo dicho lo constituyen aquellas personas que se sienten compelidas a comer ante la ansiedad de un examen, o en experiencias tales que involucren la fantasía inconsciente de haber destruido al objeto.

Finalmente explica Grimberg que en la medida en que el proceso de negación se extiende a otros aspectos de la vida del obeso, configurando así, una de las actitudes esenciales del cuadro maniaco que frecuentemente lo caracteriza.

10. Dr. Alberto Cormillot y el Dr. Rubén Zuckerfeld en la Revista Actualidad Psicológica, N° 11 del año 1975

En su trabajo Grimberg asegura que «por otra parte, se demostró también que el comer estaba vinculado a la necesidad de reforzar la debilidad del Yo recurriendo a la ingestión de los alimentos para recibir poderío y fuerza no sólo en el plano material sino, y muy especialmente, en el psíquico por el monto de energías emocionalmente activas asignadas a los mismos. Se señaló además el valor defensivo del alimento frente a las ansiedades paranoides. En estos casos, tendría el significado de un objeto bueno e idealizado que resultaría eficaz para contrarrestar no sólo la vivencia de vacío en un nivel paranoide, sino también las amenazas de aquellos peligros que se ciernen sobre el Yo.»

En Argentina a mediados del siglo XX hubo una serie de investigaciones sólidamente fundadas¹¹ que demostraron la influencia del factor ambiental, con una constelación familiar típica constituida por un padre débil y por una figura materna sobreprotectora y dominante que limita las posibilidades de presión y evolución en el plano sádico anal y genital, obligando a manifestarlos casi exclusivamente en el oral.

En relación a la destrucción del objeto mediante el acto de incorporar repetida y continuamente el alimento que lo representa. Anna Freud¹² propone que se utiliza el mecanismo de la negación en toda situación en que resulta imposible rehuir una impresión penosa procedente del exterior, diferenciándolo del de la represión que es esgrimido para evitar el displacer de origen interno. El primero es un procedimiento primitivo y natural que se halla indisolublemente unido al desarrollo normal del Yo, pero limita y restringe sus funciones cuando es usado en forma exagerada pudiendo llegar a determinar una seria restricción del Yo en los casos extremos.

Melanie Klein¹³ calificó a la negación como elemento importante de la posición maníaca, afirmando que «sin una negación parcial y temporaria de la realidad psíquica el Yo no podría soportar el desastre por el que él mismo se siente amenazado cuando la posición depresiva llega a sus cúspides. Pero la negación no sólo se refleja en fantasías inconscientes o en pensamientos y sentimientos que llegan, a la conciencia. Muy frecuentemente se traduce en palabras, en actos y en determinados impulsos corporales como por ejemplo, el del comer compulsivo».

Para estudiar el mecanismo de negación en la compulsión se pueden contemplar dos aspectos:

- † Que en el proceso del comer compulsivamente, su aparición podría estar condicionada por la ausencia, pérdida o vivencia de destrucción del objeto.
- † También la negación en el comer tendría por objeto contrarrestar una vivencia de pérdida futura como resultado de una actuación determinada.

Siguiendo con Gringerg «La compulsión a comer con el contenido de negación se mani-fiesta muchas veces en relación a determinados alimentos y no en forma indiscriminada. En tales casos el alimento para que cumpla satisfactoriamente su función sustitutiva debe reunir las cualidades que se atribuyen consciente o inconscientemente a los objetos primitivos. Esto explica la afición específica por ciertas sustancias alimenticias que, a veces, se hacen insustituibles por presentar lo más aproximadamente posible al objeto cuya pérdida se desea negar.»

Resulta evidente entonces que en la base de la «adicción» a ciertas comidas, como en la adicción a algunas drogas exista una dependencia forzada a las cualidades inherentes a una estructura psíquica determinada.

Desde el punto de vista de la economía de los procesos psíquicos con respecto al mecanismo de negación, el comer compulsivo resulta especialmente precario por lo que exige ser renovado en cada acto alimentario, ya que queda naturalmente la impresión sensorial, digestiva y afectiva de que se lo ha incorporado, pero es entonces que surge la vivencia penosa que dicho proceso incorporativo tuvo también un contenido destructivo para el objeto y es en esta forma que recomienza el ciclo angustiante exigiendo una nueva tentativa defensiva. Esta formulación hipotética, podría ser concebida en estos términos, como uno de los motivos profundos, entre otros, de la insaciabilidad tan común en el obeso.

Dicho mecanismo de negación llega a erigirse en uno de los escollos que más firmemente se oponen en el obeso a la elaboración de un proceso depresivo normal tendiente a resolver su conflicto básico. (17)

Sigmund Freud¹⁴ agrega: «...la afirmación como sustituto de la fusión pertenece al instinto de destrucción». Y es en este concepto de su relación con el instinto de muerte que debe ser interpretada fundamentalmente no sólo la negación implícita en el comer neurótico sino también la misma obesidad que es su consecuencia, señala Grimbreg. (17)

Con relación al círculo vicioso que se genera en el que «la repetición» es protagónica, Chandler y Rovira afirman que con relativa frecuencia se observa que algunos obesos bajan de peso cuando se enamoran y lo recuperan cuando pierden al ser querido representante invariablemente de la madre. Estos fenómenos son

11. Arnaldo Rascovsky y colaboradores Estructura psíquica básica del obeso, Intenational Journal Psicoanálisis, 1950

12. «El yo y los mecanismos de defensa», Buenos Aires, Editorial Paidós, 1949, pag.116

13. «Notas sobre algunos mecanismos esquizoides «Revista de Psicoanálisis,1948, pag.6

14. «La negación», Obras Completas, Madrid, Editorial B.Nueva, 1948, pag.1092

sufridos pasivamente, es decir que quienes lo padecen no buscan ni acentuar ni atenuar su peso corporal en relación con sus experiencias amorosas. Pero, poco a poco, cobra 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 y de sí mismo 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. (9)

2.2.4 La Imagen corporal

Refiere a la imagen mental que tenemos de nuestro propio cuerpo, es un fenómeno perceptual, de comportamiento afectivo y cognitivo. Es una construcción multidimensional que abarca cómo el sujeto ve, piensa, experimenta y siente acerca del tamaño de su cuerpo y peso.

Los disturbios en la imagen corporal son una de las alteraciones psicológicas más frecuentes en los obesos y están relacionados con una baja autoestima, depresión y un poco efectivo funcionamiento psico-social.

El disturbio en la imagen es uno de los factores psicológicos más angustiantes para el sujeto. Es importante diferenciarlo de la autoestima física que sería el grado en que el sujeto gusta o no de su cuerpo.

En el año 1956 el Dr. Mauricio Abadi ya abordaba el tema aportando el concepto de doble esquema corporal del obeso. «Es evidente que el obeso tiene dos esquemas de su cuerpo: uno que incluye su envoltorio adiposo (diríamos el esquema corporal de la madre embarazada) y otro que es su propio esquema corporal, independientemente del espacio grasoso que lo rodea. Ahora bien, quisiera sugerir, por lo que pude ver en el análisis de varios pacientes obesos, que ese otro esquema corporal es de un ser ponderadamente flaco y sumamente grácil y vulnerable. Dentro del gordo está el flaco, y un flaco de una delgadez extrema. De ahí que las famosas parejas del gordo y el flaco (Sancho Panza v Don Quijote, por ejemplo), sean la disociación y redistribución espacial del gordo y el flaco, simbióticamente unidos, en la fantasía inconsciente del obeso, al igual que la madre y el feto.» (1)

El trastorno de la imagen corporal está caracterizado por una diferencia entre lo que expresa el sujeto y la realidad de su propio cuerpo:

- † una distorsión de tipo perceptual sería la incapacidad para estimar la superficie, las medidas y el tamaño de su cuerpo ya que generalmente las subestiman;
- † otra de orden cognitivo sería la sensación exagerada de fealdad y la dificultad en calificar las sensaciones interoceptivas, verbalizar los sentimientos y discriminarlos.

Estas personas presentan mayor preocupación e insatisfacción por su cuerpo, sienten vergüenza por su figura lo que influye adversamente sobre la calidad de vida del sujeto. Poseen también sentimientos de culpa por no poder controlar su peso. Describen a sus cuerpos como feos, grotescos y despreciables y creen que los otros los observan con hostilidad y desprecio.

La imagen corporal es una experiencia subjetiva y el sentimiento de ser, por ejemplo, grotesco no se corresponde con la apariencia real.

Békei señala la incapacidad de los obesos de percibir correctamente los impulsos y señales corporales, y la pasividad, falta de voluntad, escasa tolerancia a la frustración, retraimiento y la sensación de impotencia y desvalimiento que poseen los mismos¹⁵.

La insatisfacción con la apariencia estética es diferente de la autovaloración negativa debido a la apariencia. En este caso el disgusto o la insatisfacción por la apariencia interfieren con los sentimientos de adecuación (autovaloración) del individuo como persona en general o lo inhiben de embarcarse en actividades que le gustarían. El individuo piensa y se comporta avergonzado por su apariencia, en otras palabras: la autoestima relacionada con la apariencia domina o tiñe la autoestima global, el individuo apuesta la autoestima y el sentimiento de sí al cumplimiento del ideal que por otra parte la cultura ofrece.

En «El malestar en la Cultura», Freud (1930), hace referencia al propio cuerpo, al mundo externo natural y a las relaciones con otros seres humanos (campo intersubjetivo), como las tres fuentes del sufrimiento humano. Las actitudes frente a la imagen corporal se encuentran fuertemente influenciadas por el aprendizaje y el medio sociocultural donde el límite entre las costumbres, las modas y la psicopatología es difuso. El ideal corporal social a su vez está influenciado por los mitos valores sociales de la juventud eterna y el cuerpo como infinitamente maleable y modificable a voluntad, donde el peso está sujeto a la fuerza de

15. Bekei, M., «Trastornos psicósomáticos en la niñez y adolescencia», Editorial Nueva Visión, Bs. As., 1996

voluntad y el fracasar en el intento es un síntoma de debilidad y falla personal y, en contrapartida, el adquirir el cuerpo ideal es sinónimo de éxito; superyó de la postmodernidad donde todo se puede (11).

El trabajar la problemática vinculada a la imagen corporal a pesar de ser un tema muchas veces olvidado en los tratamientos para la obesidad se constituye en un aspecto de importancia relevante cuando se lo incorpora a los mismos (11).

Facchini afirma que uno de los obstáculos con los que se topa es que para muchos pacientes el mantener el lenguaje corporal negativo y la insatisfacción corporal es su principal motor para intentar cuidarse, la fantasía es que de no odiarse se dejarían estar y engordarían. La paradoja sería que: «El individuo tiene que no gustarse para tener una apariencia aceptable»

Por una parte podría suponerse que el «aceptar» la obesidad por parte del individuo que la padece podría conducir a un abandono de los esfuerzos para controlar el peso, pero también el mejorar la imagen corporal podría conducir a un hacerse cargo del propio cuerpo (propio cuidado responsable) y a implementar cambios que facilitarían la reducción del peso (11).

En la práctica constituye todo un desafío que el paciente se sienta satisfecho con un descenso de peso menor que el idealizado. El fracaso en alcanzar el peso buscado es causado más por el fijar una meta de peso ideal e irreal que por una falta de fuerza de voluntad, por esto trabajar con la dialéctica de aceptación y cambio se vuelve básico y fundamental en toda acción terapéutica que involucre la problemática relacionada al peso y/o la forma.

Bajar de peso no debería ser visto como la única o la mejor manera de mejorar la imagen corporal en las personas con obesidad ya que la mejoría lograda exclusivamente con el descenso de peso se pierde al recuperarse el peso perdido. (11)

2.2.5 Medida

Para aproximar el concepto de exceso Onfray, cita a Sartre: «La tendencia a llenar/.../ es seguramente una de las más fundamentales entre las que sirven de basamento al acto de comer: la comida es la masilla que obturará la boca; comer es entre otras cosas taponarse». (22)

Michael Foucault aporta en este sentido «En los diferentes dominios en los que se requiere, el régimen ha de establecer una medida: «un cerdo se daría cuenta», como dice uno de los interlocutores del diálogo platónico de los Rivales: «por lo que respecta al cuerpo lo que es útil es lo que está dentro de la justa medida» y no lo que sobrepasa o lo que adolece. Ahora bien, esta medida comprende tanto el orden corporal como el orden moral. Los pitagóricos, que sin duda desempeñaron un papel importante en el desarrollo de la dietética, señalaron fuertemente la correlación entre los cuidados necesarios al cuerpo y la preocupación de guardar al alma su pureza y armonía.» (12)

Retomando la idea de Onfray «En la muy seria Metafísica de las costumbres /.../ Kant titula un capítulo «Del embrutecimiento de uno mismo por el uso inmoderado de los placeres o de la comida»./.../ « La intemperancia animal en el placer que obstaculiza o agota la facultad de hacer de él un uso intelectual. Embriaguez y glotonería son vicios que pertenecen a ese ámbito. En estado de ebriedad, el hombre será tratado solamente como un animal, no como un hombre; al ponerse en ese estado y atiborrarse de comida, queda paralizado por un tiempo para las acciones que exigen habilidad y reflexión en el uso de sus fuerzas»./.../» Ese envilecimiento es seductor porque aporta un instante de anhelada felicidad, una liberación de las preocupaciones e inclusive fuerzas imaginarias, pero es perjudicial porque ocasiona poco después un estado de abatimiento, debilidad y lo que es peor, una necesidad de volver a recurrir a ese medio de embrutecimiento y hasta aumentar la dosis.» (22) Así se expresaba Kant en 1760.

Hoy se articulan estas ideas con todos los conceptos tratados con anterioridad dando paso a la idea de que la medida o el exceso, según sea la posición, están fuertemente enlazados al concepto de aquello que es patológico.

Capítulo 3

3.1. Tratamientos

En los últimos años el tratamiento de la obesidad ha sido considerado uno de los desafíos médicos más importantes debido a que históricamente no fue una empresa exitosa.

Tal como lo presentan en su publicación Medicina Psicosomática, los Dres. Weiss y English, ya en el año 1949, «este problema tan frecuente sólo suele ser abordado desde un punto de vista puramente somático, es decir, en términos de calorías y de secreciones internas. Sin embargo, se trata de un problema mucho más amplio que, como permite advertirlo el estudio de la situación vital de esta enfermedad, debe comprenderse interpretando los anhelos y las satisfacciones instintivas; en otras palabras, debemos com-

prender la personalidad de los pacientes en los cuales se plantea la cuestión de reducir el peso, pues es evidente que al negarles la satisfacción de la comida deberemos poder ofrecerles algo más que la mera satisfacción de reducir su peso. Para ofrecerles un incentivo que los aliente en la reducción, debemos tratar de comprender». (29)

El tratamiento de la obesidad es complicado y su porcentaje de éxito, definido como una pérdida de peso suficiente seguida de un período prolongado en que no se recupera el peso perdido, es bajo.(5)

La obesidad puede tratarse mediante dietas, ejercicio físico, cirugía, fármacos, modificación de la conducta o combinaciones de estas modalidades. A continuación se profundizará principalmente en la dietoterapia, admitiendo que los resultados a largo plazo del tratamiento de la obesidad sólo con dieta han sido completamente decepcionantes¹⁶. El adelgazamiento disminuye el riesgo de padecer algunas de las enfermedades relacionadas con la obesidad, como la diabetes y la hipertensión arterial, independientemente del efecto sobre la propia obesidad. En consecuencia, resulta razonable ofrecer un tratamiento a las personas con sobrepeso.(5)

Tratamiento dietético :

Un objetivo realista en el tratamiento dietético de la obesidad es que el paciente pierda el 5% a 10% del peso corporal y que luego mantenga esta reducción. Idealmente, se debería adelgazar hasta el peso ideal, pero este objetivo es poco realista para la mayoría de los pacientes. El número de personas sometidas a dieta que logra una pérdida de peso inicial importante es mayor que el de las que mantienen dicha reducción. De hecho, el 80% a 90% recupera parte o todo el peso perdido. A la hora de prescribir una dieta es importante elegir una que el paciente pueda cumplir durante el tiempo suficiente para disminuir el peso necesario. Cuanto mayor sea el peso que se debe perder, mayor será la duración del plan alimentario y más cuidadosamente debe diseñarse el mismo. En los pacientes con un IMC superior a 35 que hayan demostrado capacidad para adelgazar y mantenerse en un peso más bajo, así como en los que sea conveniente una pérdida de peso adicional por razones médicas o sociales, debe considerarse el tratamiento farmacológico.¹⁷

El paciente debe comprender que el proceso es largo. Para lograr una pérdida de peso moderada en un período de tiempo corto, los pacientes deben acatar casi cualquier dieta. Sin embargo, cuando debe perderse una cantidad de peso importante durante un período prolongado, se mejora el cumplimiento si la dieta es equilibrada y sabrosa. Cuanto más se mantiene una dieta desequilibrada, mayor es el riesgo de aparición de carencias nutritivas. De este modo, es importante que a los pacientes muy obesos se les prescriban dietas que satisfagan las necesidades de vitaminas y minerales. Las dietas debidamente elaboradas alrededor de las 1.200 Kcal. son adecuadas desde el punto de vista nutritivo, ya que no necesitan suplementos. La misma importancia tiene que los pacientes incorporen hábitos dietéticos nuevos que les permitan mantener un peso más bajo después de adelgazar la cantidad deseada. Éste es un objetivo de la modificación de la conducta que se comenta con posterioridad. Un problema importante de muchos programas de adelgazamiento es que están diseñados para ayudar a los pacientes a perder peso, pero no para lograr cambios permanentes en sus hábitos dietéticos. De hecho, muchas de las dietas de adelgazamiento son tan monótonas o poco sabrosas que es imposible mantenerlas durante muchos meses. Como consecuencia, después de adelgazar, los pacientes interrumpen la dieta hipocalórica y vuelven a la dieta que les provocó la obesidad. Ésta es una de las razones del bajo índice de éxito a la hora de mantener el peso perdido. (5)

† Dietas hipocalóricas y equilibradas:

El método consiste en una dieta equilibrada desde el punto de vista nutricional que sea lo bastante hipocalórica como para provocar una pérdida de peso, elaborada siguiendo las normas descritas en Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans, 2000¹⁸ y en la American Heart Association Dietary Guidelines Revision 2000. La recomendación más conservadora para los adultos es un consumo calórico aproximado de 1.200 a 1.400 Kcal/día. En aquellos pacientes en que se presenta un IMC mayor a 35, la recomendación es restringir aproximadamente un 20% de su ingesta actual.

No siempre resulta especialmente útil intentar calcular un déficit calórico específico a partir de la anamnesis dietética, ya que las personas obesas (y muchas otras) pocas veces describen su verdadero consumo energético.

Una dieta equilibrada hipocalórica debería aportar las cantidades necesarias de proteínas, vitaminas y minerales (5).

16. Ayyad,C. and Andersen,T.»Long-term efficacy of dietary treatment of obesity:a systematic review of studies. Publisher between 1931 and 1999" Obesity Review, 2000;1;113

17. Bray,G. «A concise review of the therapeutics of obesity;Nutrition,2000;16:953

18. www.usda.gov/cnpp/DietGd.pdf

En los grupos terapéuticos se facilitan, por lo general, dietas equilibradas desde el punto de vista nutricional y estimulan hábitos dietéticos que pueden mantenerse después de adelgazar el peso deseado. Uno de los principales atractivos de una dieta equilibrada con un déficit calórico moderado es que puede integrarse en los hábitos alimenticios, de modo que puede continuarse de forma indefinida y ayuda a mantener el peso deseado. La dieta equilibrada con un déficit calórico moderado es razonable aunque su porcentaje de éxito es escaso. Muchas personas no logran adelgazar con un ritmo conservador debido a que no cumplen la dieta durante el período de tiempo suficiente. Con este programa, si se siguiera en forma consecuente, se adelgaza de forma lenta, un promedio de 450 g por semana. Si las expectativas del individuo son realistas, la probabilidad de desaliento es menor. (5)

† Otros planteamientos dietéticos «novedosos»:

Debido al escaso éxito de la dieta equilibrada con un déficit calórico moderado han surgido otros planteamientos para adelgazar. Casi todas las modificaciones dietéticas concebibles se han empleado en los programas de adelgazamiento. Muchas de ellas están basadas en conceptos erróneos sobre la nutrición e incluso algunas son peligrosas. Algunas dietas modifican las fuentes de calorías principales (muchos hidratos de carbono, poca grasa; muchas proteínas, pocos hidratos de carbono; mucha grasa, pocos hidratos de carbono). La American Heart Association ha identificado las características de una dieta «novedosa»:

- a) alimentos mágicos o milagrosos que queman la grasa,
- b) cantidades anómalas de sólo un alimento o clase de alimento,
- c) menú rígido,
- d) combinaciones específicas de alimentos,
- e) promesa de una pérdida de peso rápida,
- f) ausencia de recomendación de aumento de la actividad física y
- g) ausencia de advertencias a personas con enfermedades.

Muchas dietas «novedosas» separan la dieta de la vida diaria, es decir, no promueven cambios a largo plazo en el estilo de vida. Cabe destacar que la base nutritiva de estas dietas es incorrecta y sólo se adelgaza porque disminuye el consumo calórico, por lo tanto el pronóstico no es alentador en estos casos.

El ejercicio también puede influir sobre el apetito; la realización de ejercicio físico poco antes de comer reduce el consumo alimentario. El aumento de la actividad física, siempre que sea posible con ejercicios físicos tradicionales, es un complemento importante del tratamiento dietético de la obesidad. Si se incorpora a un estilo de vida saludable y se mantiene durante un período de tiempo prolongado, la combinación de aumento del ejercicio y disminución del consumo calórico favorecerá con toda seguridad un equilibrio energético negativo de forma más eficaz que cualquier otro método de adelgazamiento y también puede contribuir al mantenimiento del peso cuando se interrumpa la dieta hipocalórica.(5)

Modificación de la conducta:

En las personas con un peso normal, el hambre estimula el apetito. Sin embargo, en muchos obesos, son otros los factores que provocan esta situación, como el ambiente y el estado de ánimo. Algunos comen porque están enfadados o deprimidos y otros porque «es la hora de comer», independientemente de su propio apetito o saciedad. Muchas personas comen cuando se hallan ante alimentos especialmente atractivos, incluso aunque no tengan hambre. Estos hábitos dietéticos han llevado a algunos terapeutas a incluir modificaciones conductuales como la piedra angular del tratamiento de la obesidad. El objetivo es conseguir cambiar los hábitos de alimentación diarios y mantener un estilo de vida que perdure más allá del período de adelgazamiento. Mediante las técnicas conductuales las personas obesas comprenden mejor por qué empiezan a comer, cómo eligen lo que comen y por qué dejan de comer. Los pacientes aprenden un método para controlar su propia conducta alimentaria. En la mayoría de las personas se puede aplicar alguna técnica para modificar el medio ambiente con objeto de reducir los estímulos asociados a la alimentación:

- † Comer siempre en el mismo sitio.
- † Comer sólo cuando uno se siente a la mesa.
- † No comer mientras se está viendo la televisión.
- † Comer con lentitud y detenerse brevemente entre cada bocado.
- † Guardar los alimentos cuando no se come.

Muchos obesos se benefician de un período inicial de automonitorización: es decir, tomar nota de la conducta alimentaria: dónde y cuándo come, qué estado de ánimo tiene en ese momento, qué elige para comer y qué cantidad, y las actividades durante la comida. El análisis de este material permite conocer los acontecimientos que estimulan el apetito y el modo en que pueden modificarse. Este período se sigue de otro cuyo objetivo es determinar el consumo calórico y la actividad física, así como introducir estrategias que

modifiquen el comportamiento, entre las que figuran el control de estímulos, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y la prevención de las recaídas.¹⁹

Aunque muchos de los principios que subyacen al tratamiento conductual han sido acogidos con crítica, en la práctica ha demostrado que es más eficaz o que aumenta los efectos de otros métodos de adelgazamiento.¹⁹

Programas de adelgazamiento internacionales más importantes como Weight Watchers, creado en 1963, es un programa de autoayuda bien conocido en el que se utiliza la dieta, el ejercicio, la modificación conductual y los grupos de apoyo para estimular la pérdida de peso. El programa alimentario cubre las recomendaciones nutritivas nacionales. Cada individuo es asignado a un grupo que se reúne cada semana. En estas reuniones, con el control de peso, la presión externa y la solidaridad del grupo, se ayuda al individuo a mantenerse en el programa. El éxito del programa está ligado en cierto modo al líder del grupo, quien apoya al resto de los integrantes. El programa Weight Watchers está correctamente diseñado y respaldado por profesionales. Las dietas están equilibradas y estimulan unos hábitos alimentarios que son útiles cuando se ha alcanzado el peso deseado. Take Off Pounds Sensibly (TOPS), fundado en 1948, es otro programa bien conocido que se basa en un método de grupo de apoyo para controlar el peso. No se aporta una dieta específica, como en el Weight Watchers, pero se mantiene que sea un médico quien facilite un programa dietético a los participantes. El grupo de apoyo mantiene reuniones semanales. Al igual que el Weight Watchers, el TOPS es un programa de adelgazamiento sensato que ha sido probado con éxito por un gran número de personas. Overeaters Anonymous, creado en 1960, es un programa sin costes que cuenta con una organización grupal mínima en sentido estructurado. Su programa de recuperación en 12 etapas surgió tras el éxito conseguido por el programa Alcohólicos Anónimos.(5)

En nuestro país el primer programa de estas características ha sido ALCO, al que se le han sumado muchos otros a lo largo de las últimas décadas.

1. Tratamiento farmacológico. La utilización del tratamiento farmacológico depende de muchos factores, como la buena voluntad del paciente para intentar cambiar su estilo de vida y la posibilidad de mantener una reducción moderada de peso sin fármacos. Aunque la mayoría de los obesos no es candidato a seguir un tratamiento farmacológico (la mayor parte de ellos por la falta de disposición a integrarse en un programa terapéutico integral), sí pueden serlo los que presenten un IMC superior a 35. Los pacientes con un IMC mayor de 30 y con otros factores de riesgo también pueden considerarse candidatos potenciales²⁰
2. Tratamiento quirúrgico. Se han popularizado tres técnicas quirúrgicas para adelgazar, que sólo deberían utilizarse en pacientes con fracaso demostrado de los programas médicos de adelgazamiento. En la práctica, estas técnicas se aplican de forma habitual en pacientes con un IMC mayor de 40 kg./m², con enfermedades coexistentes graves asociadas a la obesidad y un IMC mayor de 35 kg./m² o con un sobrepeso de 37 kg. con respecto al peso ideal y antecedentes de fracaso en programas de adelgazamiento²¹.

‡ Derivación gástrica y gastroplastia. Hasta la fecha son tres las técnicas que han conseguido los mejores resultados: la implantación gástrica de anillos de silicona ajustables y la derivación gástrica. Estas intervenciones quirúrgicas fueron concebidas para provocar saciedad mediante la creación de un pequeño reservorio gástrico de modo que el estómago se llena con rapidez. En la gastroplastia o el grapado gástrico se aísla un pequeño reservorio unido al esófago del resto del estómago. En la derivación gástrica, se conecta un pequeño reservorio con un asa de intestino delgado; esta técnica también produce un cierto grado de malabsorción. Las técnicas mecánicas mejoran el cumplimiento dietético al producir una sensación de saciedad después de ingerir una cantidad escasa de alimentos, pero también disminuye el apetito por razones desconocidas. Con ellas se logra perder cerca del 50% del sobrepeso, pero los pacientes que no pueden mantener una dieta recuperan el peso. El adelgazamiento con estas técnicas depende de lo estricto que sea el paciente a la hora de cumplir la dieta hipocalórica equilibrada. Los pacientes sometidos a estas intervenciones pueden mantener e incluso aumentar su peso si consumen cantidades significativas de calorías concentradas, sobre todo en forma de bebidas.(5)

‡ Derivación gástrica con malabsorción parcial/selectiva. Ya se han descrito numerosas variantes de esta técnica quirúrgica, en que se producía malabsorción de nutrientes debido a la longitud de la anastomosis con el intestino delgado (derivación yeyunoileal). Aunque se consigue adelgazar, esta técnica ocasiona un mayor número de complicaciones, como alteraciones electrolíticas y carencias vitamínicas, por lo que se ha abandonado su práctica. En la actualidad, las variantes utilizadas

19. Wing,RR. «Behavioral approaches to the treatment of obesity» Handbook of obesity, New York, 1998

20. Bray,GA. And Tartaglia L. «Medical strategies in the treatment of obesity,Nature, 2000;404:672

21. Albrecht,R. and Pories,W. «Surgical intervention for the severely obese» Bailliers Clinical Endocrinology Metabolism,1999;13:149

intentan conseguir una malabsorción selectiva y, al mismo tiempo, disminuir la capacidad gástrica. Entre ellas figuran la derivación biliopancreática parcial y la interrupción duodenal con derivación biliopancreática parcial. Se dispone de menos experiencia con estas intervenciones que con las técnicas de derivación gástrica o gastroplastia más convencionales.(5)

3.2. Aspectos psicológicos y distintos tipos de tratamientos

La clave para lograr el éxito en el tratamiento de la Obesidad, es que el paciente se convierta en el centro del tratamiento, que ocupe un rol protagónico, que podamos convencerlo como profesionales que es él el que tiene que hacer y no recibir solamente.(28)

A continuación se describen algunas posturas utilizadas en la actualidad a los efectos de abordar al sujeto obeso en relación a lo emocional:

- † Conductismo
- † Psicoanálisis

3.2.1. Conductismo

Los métodos conductistas para el control de peso se centran en el papel que juegan el sedentarismo y las dietas poco saludables en el desarrollo y en el mantenimiento de la obesidad. El énfasis lo sitúan en mejorar la dieta, normalizar los hábitos alimenticios, aumentar la actividad física y evitar un aumento superior, no en perder peso.

Los métodos conductistas se centran en las cuestiones sobre las que la persona puede tener intervención: plan alimentario y actividad física. Con estas conductas como objetivos, se puede producir o no una pérdida de peso, pero con seguridad la salud mejorará considerablemente, asegura la Dra. Liane Summerfield.(27)

Las estrategias conductistas presuponen cuatro etapas básicas en el proceso de tratamiento:

- 1) Precontemplación
- 2) Preparación y Contemplación
- 3) Acción
- 4) Mantenimiento

1) Precontemplación:

Las personas que se encuentran en la etapa de precontemplación no tienen intención de cambiar en los próximos meses. Puede que no tengan ningún tipo de información sobre la necesidad de cambiar o puede que hayan fracasado en el pasado y que ahora carezcan de la confianza en su capacidad para el cambio. Pueden gastar una considerable energía negando que existe el problema y hacen esfuerzos por evitar recibir información sobre su problema de salud.

Si se coacciona a una persona que se encuentra en esta etapa para que acuda a un profesional, éste probablemente se muestre desmotivado y dispuesto a no cambiar. Sin embargo, como el profesional se preocupará por su salud, puede recomendarle un programa particular o diseñar un plan de dieta para él. El paciente no asistirá al programa más que una o dos veces, y tampoco seguirá el plan de dieta porque no está preparado. Casi todas las personas que abandonan los programas de salud suelen ser encontrarse en esta etapa.(27)

Generalmente se reconoce al paciente en este período por su negación de la existencia del problema y por su falta de intención de cambiar el comportamiento. (27)

Para las personas en las primeras etapas, la gravedad percibida del problema de salud y los beneficios percibidos de la acción para mejorar la salud son los elementos claves para ayudar a las personas a iniciar un cambio.(27)

Estrategias en la etapa de precontemplación:

Una intervención completa de control de peso no ayudará a una persona que se encuentra en la etapa de precontemplación, pero hay ciertas cosas que se pueden hacer. En esta etapa, las personas están examinando sus sentimientos sobre el cambio y se están tomando conciencia sobre los pros y los contras del cambio de sus comportamientos. Para pasar a la etapa de contemplación, se deben aumentar los beneficios percibidos del cambio. Por lo tanto, en la etapa de precontemplación, las intervenciones más beneficiosas son:

- † Determinar la percepción del problema que tiene el paciente: Los profesionales del control de peso deben evaluar la susceptibilidad, las amenazas, los beneficios y las barreras percibidas, porque éstos son los factores que influyen en el comportamiento relacionado con la salud. La evaluación debería incluir:

- 1) La medición de los indicadores del problema de salud y la determinación del entendimiento del paciente en la relación que existe entre el problema y el peso («¿Cuál es su tensión arterial?» «¿Se ha incrementado desde el aumento de peso?»).
- 2) Evaluar la percepción que tiene el paciente sobre la gravedad del problema («¿Qué le ha dicho su médico sobre, la tensión?», «¿Ha leído algo sobre el tema?»).
- 3) Conocer los intentos pasados de perder peso para abordar el problema y los resultados de dichos intentos («¿Ha intentado alguna vez perder peso para reducir la tensión?» «¿Qué ocurrió?»).
- 4) Identificar la actitud del paciente ante el cambio de dieta y de los hábitos de actividad («¿Cómo se siente ante tener que comer sin sal?» «¿Le interesaría aumentar su nivel de actividad?»)
- 5) Determinar la percepción que tiene el paciente sobre las dificultades que suponen los cambios que necesita («¿Qué le va a resultar más duro»)
- 6) Saber si el paciente niega la existencia del problema «¿Cree que necesita perder peso?»).(27)

† **Concientizar:** Esto es proporcionar información y dar respuestas sobre las ventajas del cambio. Las intervenciones para concientizar mejoran las percepciones. Una forma de concientizar es proporcionar información. Algunas personas desconocen los problemas asociados a algunas dolencias o la relación que existe entre su cuerpo y su estado de salud.(27)

Algunos precontempladores son conscientes de los problemas que se asocian a su peso, pero están a la defensiva. Puede que hayan estado en contacto con un profesional de la salud que les haya hecho humillados, haciéndoles creer que su aumento de peso es un síntoma de debilidad. En el momento en que estas personas acuden al profesional, su nivel de negación y su actitud defensiva es bastante alta.(27)

Se requiere entonces lograr una sensación de aceptación. Puede resultarle útil el desarrollo de la conversación sin tocar el tema del peso y centrándose en aspectos específicos del comportamiento. Se debe evitar usar tácticas para asustar a los pacientes. Si la gravedad percibida del problema y la susceptibilidad son demasiado grandes, la mayor parte de las personas simplemente niegan que esa dolencia pueda afectarles.(27)

Estrategias conductistas para las personas dispuestas a actuar: Las personas que se están preparando para pasar a la acción están en la etapa de contemplación o en la de preparación. Aunque el paso a estas etapas desde la precontemplación implica que la acción es inminente, las personas se pueden estancar en la contemplación durante algún tiempo.

2) Contemplación y preparación:

Las personas en la etapa de contemplación se están preparando para el cambio que se producirá en los próximos seis meses. Si se les preguntase sobre su disponibilidad para el cambio, contestarían que lo están considerando seriamente. Están examinando los pros y los contras de un cambio en el comportamiento de forma más crítica que la de la etapa de precontemplación y puede que ya hayan intentado algún tipo de cambio.

Un vez que la persona llega al punto de realizar el cambio, ha entrado en la etapa de preparación. Esta etapa se caracteriza porque se hacen algunos cambios, aunque suelen ser pequeños. La persona puede cambiar de la leche entera a la semidescremada, puede pedir una ensalada en vez de papas fritas o puede pedir el pescado a la plancha en vez de frito. Las personas en la etapa de preparación son excelentes candidatas para las intervenciones de control de peso.(27)

Estrategias que llevan a las personas a actuar:

- † **Autoevaluación** es un proceso que ayuda a aclarar mejor los valores y determinar los sentimientos hacia el problema del comportamiento y la noción de cambio de comportamiento. La autoevaluación incluye:
- Aumentar la vulnerabilidad percibida hacia los problemas de salud asociados al exceso de peso, la falta de actividad física o a una mala dieta: Esto ayuda a mejorar la motivación para un cambio («¿Cómo se sintió al leer que las personas con su nivel de colesterol tienen un riesgo tres veces superior de sufrir un ataque cardíaco?»).
 - Examinar las capacidades personales para cambiar: Esto ayuda a mejorar la confianza en la capacidad que tiene la persona para cambiar («¿Qué ideas tiene para comenzar un programa de caminar?»).(27)
- † **Apoyo social:** La movilización del apoyo social para conseguir un cambio de comportamiento normalmente supone trabajar con las personas importantes para el paciente (el cónyuge, los padres, los compañeros sentimentales, los amigos íntimos) para promover ayudas para él obvias y otras que no lo son tanto: la preparación de los alimentos, un amigo de ejercicio, crear un clima de apoyo y de aceptación y comer, con satisfacción, nuevas comidas. Los profesionales de la salud pueden ayudar a los pacientes a identificar el nivel de apoyo disponible y a localizar fuentes adicionales de apoyo social. Cuando se carece de apoyo dentro de la vivienda, se puede dirigir al paciente a clases, a clubes o a organizaciones

comunitarias en las que puede encontrar a personas con objetivos similares. (27)

‡ Evaluar los pros y los contras del cambio: Para las personas que van a pasar de la preparación a la acción, los costos del cambio (los contras) deben notarse como decrecientes, razón por la que las intervenciones en esta etapa se concentran en los contras. Los contras deben disminuir sólo la mitad de lo que suben los pros, para que las personas pasen a la acción.(27)

No obstante, el costo del cambio puede ser grande, particularmente en lo que se refiere a los hábitos dietéticos. La Encuesta Nacional de Tendencias realizada por la Asociación Americana de Dietética (American Dietetic Association) en 1997 informó que los americanos percibían las siguientes barreras importantes para una alimentación saludable:

- La falta de deseo de renunciar a las comidas favoritas o preferidas.
- La información nutritiva contradictoria de los estudios publicados.
- La percepción de que la comida sana lleva mucho tiempo.

3) Acción: Durante la etapa de acción, se dan pasos para cambiar el entorno o el comportamiento de forma que facilite el cambio de la dieta y/o actividad y, a la larga el control de peso. La etapa de acción dura alrededor de 6 meses, comenzando en el día en que se establece el objetivo de comportamiento.(27)

Estrategias para pasar a la acción: Las personas que van a cambiar necesitan sentir que su patrón actual de comportamiento es dañino, creer que el cambio que van a llevar a cabo es beneficioso y tener confianza en que pueden realizarlo. Las estrategias para la acción que se basan en el establecimiento de objetivos, proporcionan refuerzos para los nuevos comportamientos e incluyen actividades que mejoran la confianza y la autoeficacia.

‡ El establecimiento de objetivos: El establecimiento de objetivos es más útil cuando se relacionan con comportamientos que controla la persona. Si el paciente insiste en establecer objetivos de pérdida de peso, entonces el profesional debe ayudarlo a establecer un objetivo de peso realista. Desafortunadamente, muchas personas establecen objetivos de peso inalcanzables. (27)

‡ Contratación de contingencia y refuerzo: Una herramienta eficaz para motivar a las personas para que cumplan el nuevo régimen dietético y de actividad es un contrato de comportamiento con recompensas pactadas para conductas específicas. El refuerzo o la recompensa se debe especificar por adelantado y debe tener sentido para la persona. (27)

‡ Autosupervisión es una actividad fundamental en la etapa del cambio denominada acción:

- Aumenta la conciencia sobre los comportamientos, como alimentarse o realizar alguna actividad, o de los parámetros fisiológicos, como el nivel de glucemia o la tensión.
- Refuerza nuevos comportamientos proporcionando un recordatorio de dichas conductas.
- Ayuda en el control de los estímulos, ilustrando las circunstancias que pueden fomentar (o inhibir) comportamientos no deseados.
- Desarrolla habilidades analíticas y de resolución de problemas mientras se examinan y eliminan o modifican los comportamientos no deseado.
- Proporciona pruebas de que se pueden controlar los contratiempos en el comportamiento. (27)

‡ Control de estímulos: El entorno social y físico en el que vivimos la mayor parte de las personas fomentan la obesidad. Los factores medioambientales son contrarios al cambio en la dieta y en la actividad. Los profesionales de la salud deben ayudar a los pacientes a identificar todos los estímulos que fomentan una alimentación inadecuada y el sedentarismo para animar a las personas a cambiar. La evaluación de la dieta y de la actividad física identificará los patrones dietéticos y deportivos del paciente y las situaciones asociadas a la falta de control. El control de los estímulos implica la reorganización del entorno físico y social para minimizar los comportamientos no deseados y maximizar los deseados:

- Evitar situaciones que promueven problemas en el comportamiento:

‡ No salir a cenar fuera durante las primeras semanas del nuevo régimen dietético.

‡ No aceptar las invitaciones a fiesta.

‡ Guardar los alimentos fuera de la vista.

‡ Hacer que otras personas les hagan las compras.

- Modificar el entorno para fomentar los comportamientos deseables:

‡ Dejar las zapatillas de deporte cerca de la puerta de salida.

‡ Colocar la bicicleta estática cerca de la televisión.

‡ Organizar la bolsa para el gimnasio por la noche y dejarla al lado de la puerta de casa.

‡ Guardar los alimentos sólo en la cocina o en la despensa.

‡ Congelar los restos de las comidas inmediatamente.

- Alterar el comportamiento en el entorno:

‡ Comer sólo en el comedor.

‡ Programar las comidas y las colaciones en vez de comer espontánea cuando sea posible.

- † Utilizar una lista de la compra cada vez que vaya al supermercado.
- † Planear las comidas en restaurantes y la asistencia a fiestas.
- † Comer postres o comidas de alto riesgo en los restaurantes, sólo donde se pide una porción y, tal vez, puede compartir con otro comensal.(27)

4) Mantenimiento:

Las personas que están en la etapa de mantenimiento continúan practicando el comportamiento que se habían establecido como objetivo durante, al menos, seis meses. Para algunos comportamientos, llega un momento dado en el que la persona considera que ha acabado con el comportamiento indeseable con éxito y ha adoptado el nuevo comportamiento. En el control de peso en el que están implicados muchos comportamientos, las personas pueden encontrarse en la etapa de acción de muchas conductas y en la de mantenimiento de otras. (27)

Estrategias para el mantenimiento:

Estas estrategias se centran en la superación de los lapsos. El término relapso se refiere a un retorno relativamente permanente a los antiguos comportamientos después de un lapso o una serie de lapsos. La diferencia entre un lapso y un relapso no se puede cuantificar. Si la persona tiene tres lapsos pero continúa autosupervisándose y practicando comportamientos saludables, entonces, no ha tenido un relapso. Por el contrario, si tiene un único lapso, pero pierde las esperanzas y vuelve a los comportamientos poco saludables, entonces, tiene un relapso. (27)

† Desarrollo de habilidades para resolver problemas

- Factores intrapersonales: Factores internos de la persona, como el estado de ánimo y la situación emocional que, con frecuencia, empujan a una alimentación excesiva y a alejarse del plan dietético.
- Factores de situación: Situaciones sociales en las que se sirve comida, comer en restaurantes y otras ocasiones en las que las personas están expuestas a la tentación de consumir alimento.

Por lo tanto, es importante desarrollar habilidades para superar estas circunstancias de la vida y los disgustos emocionales. Más que volver a métodos de superación centrados en las emociones o que son válvulas de escape como comer en exceso o quedarse en la cama mientras se espera que el problema se solucione por sí solo--las habilidades para solucionar los problemas que los confrontan son las que hay que emplear. Entre ellas se incluyen:

- Identificar los problemas existentes o potenciales.
- Considerar comportamientos alternativos a la hora de enfrentarse a los problemas.
- Determinar los costes y los beneficios de los distintos comportamientos alternativos.
- Elegir la mejor alternativa.

† Reestructuración del entorno: La inclinación de la salud pública para mantener comportamientos de dieta saludable y actividad es creer que el entorno y las políticas sociales deben cambiarse, en vez de cambiar a la persona. Para la nutrición saludable, la legislación podría limitar la publicidad de alimentos ricos en grasa y de cadenas de comida rápida, mantener los alimentos ricos en grasas fuera de las escuelas y de las máquinas expendedoras o imponer mayores impuestos a los alimentos grasos.

Aunque es poco probable que se produzcan estos cambios, los profesionales de la salud podemos intentar influir en las políticas regionales y locales. (27)

3.2.2 Psicoanálisis

Se plantean a continuación algunos conceptos relacionados con la posición psicoanalítica respecto de la cura, las posibles intervenciones, la sensación de abstinencia y las recaídas en los tratamientos.

Respecto de los tratamientos en Obesidad el Dr. Zukerfeld asegura que los mismos deben ser lo suficientemente amplios como para:

- 1) Reemplazar la avidez por la comida por otros objetos supletorios más gratificantes.
- 2) Dar condiciones y técnicas de control y autocontrol.
- 3) Confrontar con la realidad, informar, comprender e interpretar la omnipotencia, negación, idealización, racionalización e intelectualización de los pacientes.
- 4) Saber diferenciar la imposición de la convicción y el insight del pseudoinsight .
- 5) Valorar permanentemente que la comida para el obeso tiene el mismo valor que el alcohol para el alcohólico, o la morfina para el morfinómano, con los siguientes agravantes:
 - Que no es valorizada como una enfermedad: las conductas impulsivo-compulsivas pueden ser reconocidas y comentadas perfectamente pero difícilmente se las califique de patológicas.
 - Las presiones sociales son muy diferentes a las de otras situaciones parecidas.(31)

En relación al proceso de tratamiento la Lic. Moscona afirma que cuando un obeso está haciendo régimen, suele producirse el tan conocido «síndrome de abstinencia», el cual consiste en que todo el organismo parece sentir la interrupción parcial y temporaria de la ingesta como «algo que le falta» y cuya ausencia se torna intolerable para el yo, a tal punto que en ciertos casos el sujeto se siente como si estuviera amenazado de muerte. Algunos pacientes lo expresan claramente como temor a morir de inanición.(21)

Y agrega que «la capa de tejido adiposo que constituye la materialización del sobrepeso, entre otras cosas, representa un reaseguramiento respecto de aquella amenaza; la posibilidad de morir de hambre no se va a cumplir, porque su organismo dispone de cuantiosas reservas, creadas para evitar tal fin catastrófico y destinadas a ello.»(21)

Se puede agrupar las intervenciones psicoanalíticas en dos niveles no jerárquicos:

- a) Intervenciones sobre el origen: comprenden toda la gama de intervenciones que giran alrededor del contexto y/o los antecedentes del fenómeno impulsivo. El paciente de acuerdo a sus posibilidades introspectivas puede describir espontáneamente episodios desencadenantes o procesos cognitivos asociados a la conducta impulsiva. En muchos casos la actitud del analista se basa en interrogar sobre ese contexto y encontrarse desde una frustrante inefabilidad hasta complejos entramados de racionalizaciones e intelectualizaciones ubicados en el discurso del «por qué»
- b) Intervenciones sobre las consecuencias: la otra serie de intervenciones que se entrelazan con las del primer grupo giran alrededor del resultado y/o la intención del fenómeno impulsivo. Aquí es donde las intervenciones adquieren un estilo de confrontación con determinadas realidades desmentidas con un uso tácito o explícito del «para qué». La actitud del analista es ahora afirmativa y representativa de aquellas realidades interpretando el resultado del acto. Todos los tipos de intervenciones que se incluyen dentro de la llamada «puesta de límites» son también parte de las reflexiones sobre las consecuencias y la noción de «tocar fondo» corresponde a la percepción subjetiva de aquellas. Planteado de otro modo lo que aquí se trata es testear si el descontrol es controlable y el grado de ventaja secundaria del mismo.

En todos los casos las intervenciones psicoterapéuticas varían de acuerdo al material clínico que el paciente ofrece, pero es fundamental recordar que si el motivo de consulta es la obesidad siempre debe existir el soporte médico--nutricional y/o grupal. Si éste no existe es probable que el psicoterapeuta deba realizar intervenciones propias de aquel campo o explicar las limitaciones del proceso. (33)

Con respecto a la cura el Dr. Zukerfeld define que en la medicina general, de donde proviene, el término es ambiguo: ¿es la eliminación de los síntomas en un momento dado?; ¿es aquello pero para siempre?; ¿es la modificación de estructuras homeostáticas?. La cronicidad es en cambio un desafío a cualquier definición.

Dentro de la medicina general es difícil encuadrar a esta enfermedad como curable porque la experiencia, demuestra que la suspensión de tratamiento implica la reaparición de los síntomas o desaparecen totalmente las estructuras de fondo permanecen intactas, en estado potencial. (31)

Cabe mencionar que probablemente el verdadero enfoque psicosomático puede ser realizado sólo por el médico general y aun cuando a esto se lo llame psicoterapia «superficial», es ella la que puede sellar el pronóstico del paciente.

En conjunto este enfoque implica tres tiempos: Fortalecimiento, Movilización y Control.

- a) Fortalecimiento: el paciente obeso necesita suficiente clima afectivo para sentirse apoyado; por lo que el examen físico incluye cierto valor psicoterapéutico. Es importante la formulación de contratos claros, razonables, donde el rol del médico sea equivalente al de una madre protectora.
- b) Movilización: no se debe olvidar que de vez en cuando el programa terapéutico debe ser revisado, confrontando al paciente con diferentes realidades que él a veces evita o niega. Es importante recordar este concepto confrontación pues es clave en el enfoque psicológico de la obesidad. Es aquí donde el rol del médico semeja el de un padre sereno pero firme que ayuda a romper con racionalizaciones e intelectualizaciones.
- c) Control: es una actividad paralela a las anteriores. Significa supervisar, repetir, evitar que el paciente «baje la guardia», en función de las características crónicas de esta enfermedad. (31)

Además suelen ser útiles la utilización de tests con finalidad terapéutica (algunas láminas del T.A.T., Test de Lewin), es decir como objeto intermediario para mejorar el vínculo. La indicación de «tareas para el hogar» (traer por escrito pensamientos, sensaciones, proyectos, pros y contras, etc.), es de indudable valor, así como el uso de planillas para el control alimentario. (31)

Es importante recordar que a veces el paciente pide hacer psicoterapia, pero no debe ser derivado ingenuamente pues el pedido puede ser sólo un síntoma más de avidez y de búsqueda de magia. Es aconsejable tener al paciente un tiempo antes de hacer una derivación que aunque académicamente correcta, puede ser errónea por apresuramiento. (31)

La Lic. Torresani afirma que el especialista en Nutrición deberá apostar al éxito del tratamiento; el mismo deberá ser definido a través de objetivos posibles y alcanzables.

Pero cuando se enfrenta al fracaso, deberá hacer un replanteo acerca de cuánto hay de incurable en las alteraciones que se intentan corregir, o cuánto hubo de iatrogenia en no alcanzar el éxito buscado. (28)

Conclusión:

Dada la evolución de la obesidad resulta importante trabajar en la investigación en el área psicológica y social que actualmente es escasa sobre todo si se la compara con las investigaciones médicas, para poder comprender los distintos aspectos que se ponen en juego en esta patología a la hora de tratarla. Convertida en epidemia, son poco útiles los millones de dólares que se emplean en detenerla. Se podría decir que es uno de los trastornos más refractarios al tratamiento y con importantes implicancias para el sujeto que la padece.

Como se ha mencionado anteriormente el sujeto se ve afectado de manera diversa. Presenta generalmente síntomas que reducen y dificultan sus interacciones tanto sociales como afectivas, a lo que debe agregarse la gran cantidad de consecuencias de tipo fisiopatológico que se presentan.

Tal como fue proclamado en «Weighing the options» por el Institute of Medicine, National Academy Press en 1995 «El tratamiento de la obesidad debe ser refocalizado de la mera pérdida de peso, frecuentemente asociada con el aspecto, a la búsqueda del mejor peso posible en el contexto de una mejoría general de la salud. Hasta el momento los profesionales de la salud de todas las áreas han investigado y experimentado sin obtener el éxito esperado.»

Resulta relevante que los Licenciados en Nutrición, al tener que abordar pacientes obesos, tengan conocimiento de la importancia que en este caso revisten los aspectos psicológicos para lograr desempeñar su función estableciendo una relación empática con el paciente, sin la cual probablemente ninguna patología debiera ser tratada.

«La alimentación es determinante del comportamiento. ¿Existiría pues, una manera de superar la necesidad por medio de la dietética?». /.../ Elegir un alimento, es elaborar la propia esencia. /.../ La dietética es la ciencia de la aceptación del imperio de la necesidad por medio de la inteligencia: se trata de entender qué le conviene más al cuerpo y no a elegir al azar, según criterios ignorantes de la necesidad corporal». Michael Foucault.

Glosario

- † Ello: instancia de la personalidad que Freud distingue del yo y del superyo. Fuente inconsciente de toda energía psíquica que contiene la totalidad de los instintos reprimidos y que se rige solo por el principio del placer.
- † Superyo: instancia de la personalidad que Freud distingue del yo y del ello. Su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo, bajo la forma de la conciencia moral, la auto-observación y la formación de ideales.
- † Yo: instancia que Freud distingue del ello y del superyo en su teoría del aparato psíquico. El yo se encuentra en una relación de dependencia tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyo y las exigencias de la realidad.
- † Estructura neurótica: estructura diferenciada de las psicosis y las perversiones. Sus síntomas son la expresión de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y que constituyen compromisos entre el deseo y la defensa
- † Manía: Afecto o deseo desordenado. La manía es todo lo contrario del estado depresivo: se presenta como un estado de exaltación del enfermo, que aparentemente lo lleva a interesarse por todo lo que hay a su alrededor -individuos o cosas-, aunque sin poder detenerse en nada en particular.
- † Fobia: aversión obsesiva a alguien o a algo. Temor irracional compulsivo. Ataque de pánico ante un objeto, un animal, una disposición del espacio, que actúan como señales de angustia.
- † Conducta supletoria: que suple una falta.
- † Conducta sublimada: aquella que es derivada hacia un nuevo fin, no sexual, y que apunta hacia objetos socialmente valorados en especial la actividad artística y la investigación intelectual.
- † Egodistónica: ausencia de armonía en los procesos conductuales vinculados al yo.
- † Egosintónica: conducta en sintonía con el yo.
- † Volitivo: referido a los actos y fenómenos de la voluntad.
- † Empatía: identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de animo de otro. Capacidad para identificarse con las necesidades afectivas y físicas del otro.
- † Impulsos tanáticos: del griego tanatos: muerte.
Utilizada para designar a las pulsiones de muerte, en oposición al termino Eros, pulsiones de vida.

Referencias bibliográficas

1. *Abadi M.*, «Nota acerca de algunos mecanismos en la psicogénesis de la obesidad», Revista de Psicoanálisis, Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 13, Nº 3, pag.296-303, 1956.
2. *Adami G.; Meneghelli A.; Bresani A.; Scopinaro N.*: «Body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery.» Ed. Journal of Psychosomatic Research. Inglaterra, 1999.
3. *Alger S.; Malone M.; Cerulli J.; Fein S.; Howard L.*: «Beneficial effects of pharmacotherapy on weight loss, depressive symptoms, and eating patterns in obese binge eaters and non binge eaters.» Ed. Obesity Research. Estados Unidos, 1999.
4. *Alperovich B. J.*, «Génesis y perpetuación de la obesidad o ¡Comé y quedate quieto!, Revista de Psicoanálisis, Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 45, Nº5, pag.1027-1036, 1988.
5. *Alpers, Stenson & Bier*, Nutrición, Editorial Marbrán, España, 2003,
6. *Braguinsky J.*, «Obesidad patología, clínica y tratamiento», Editorial El Ateneo, 2ª edición, 1996
7. *Békei M.*: «Trastornos psicósomáticos en la niñez y adolescencia.» Ed. Nueva visión. Bs. As., 1996
8. *Brunch, H.*, «Transformation oral impulses in eating disorders», Psychiatric, 1961.
9. *Chandler, E. y Rovira, B.*, «Obesidad: Aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales», Revista Actualidad Psicológica, Nº 300, Agosto 2002.
10. *Cormillot, A. y Fuchs, A.*, «Obesidad y dismorfia», Revista Actualidad Psicológica, Nº 300, Bs.As, Agosto 2002.
11. *Facchini, M.*, «Vicisitudes de la imagen corporal», Revista Actualidad Psicológica, Nº 300, Bs.As, Agosto 2002.
12. *Foucault M.*, «Historia de la sexualidad 2: El uso de los placeres», 1ª edición en español, México, Siglo Veintiuno Editores, 1986.
13. *Foucault M.*, «Historia de la sexualidad 3, La inquietud de sí», 1ª edición en español, México, Siglo Veintiuno Editores, 1987.
14. *García Reinoso D., De la Balze F., Tallaferró A.* «Dificultades psicológicas que perturban las curas de adelgazamiento» en Psicología del obeso, Editado por Asociación Psicoanalítica Argentina, 1971.
15. *García Reinoso D.*, «Notas sobre la Obesidad a través del estudio de Falstaff», Revista de Psicoanálisis, Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 3, Nº 2, pag.170-175, 1956.
16. *Garma A.*, «El psicoanálisis de los obesos» en El Psicoanálisis: Teoría, clínica y técnica, Argentina, Paidós, 1962.
17. *Grinberg L.*, «La negación en el comer compulsivo y en la obesidad» en Psicoanálisis: Aspectos teóricos y clínicos, Argentina, Paidós, 1981.
18. *Kroger F.*, «Aspectos del comportamiento alimentario» en El enfermo psicósomático en la práctica, Editorial Herder, 1995.
19. *Liberman D.*, «Humorismo en la transferencia e instinto de muerte, en un paciente obeso» en Psicología del obeso, Editado por Asociación Psicoanalítica Argentina, 1971.
20. *Lolas Stepke F.*, «Obesidad y conducta alimentaria: Aspectos diagnósticos y psicométricos» en Revista Acta : Psiquiatría y psicología en América Latina, Vol.38, Nº 2, 1992.
21. *Moscona S.*, «Acerca de la adicción a la comida» en Revista de la Asociación Escuela Argentina de psicoterapia para Graduados, Nº 6, 1981
22. *Onfray M.*, «El vientre de los filósofos: Crítica de la razón dietética», 1ª edición, Argentina, Perfil Libros, 1999.
23. *Sansone R.; Sansone L.; Wiederman M.*: «The comorbidity, relationship and treatment implications of borderline personality and obesity.» Ed. Journal of Psychosomatic Research. Inglaterra, 1997.
24. *Sarwer D.; Wadden T.; Foster G.*: «Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance.» Ed. J Consult Clin Psychol. Estados Unidos, 1998.
25. *Rascovsky A., W. De Rascovsky M. y Schlossberg*, «Estructura psíquica básica del obeso», Revista de Psicoanálisis, Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Volumen 8, Nº 2, pag.141-149, 1956.
26. *Soria, N.*, «El refugio del cuerpo», Revista Actualidad Psicológica, Nº 300, Bs.As, Agosto 2002.
27. *Summerfield L.*, «Nutrición, Ejercicio y Comportamiento: Un enfoque integrado para el control de peso», España, Thomson, 2002.
28. *Torresani M. E. y Somoza M. .*, «Lineamientos para el cuidado nutricional», 1ª edición, Buenos aires, Eudeba, 1999.
29. *Weiss E. y English S.*, «Obesidad» en Medicina Psicósomática: Aplicaciones clínicas a la psicopatología a la medicina integral, Argentina, Ediciones Lopez y Etchegoyen, 1949.
30. *Wing R.; Vazquez J.; Ryan C.*: «Cognitive effects of Ketogenic weight reducing diets.» Ed. Int J Obes Related Metab Disord. Inglaterra, 1995.

31. *Zuckerfeld R.*, «Psicoterapia de la Obesidad», Argentina, Letra Viva, 1979
32. *Zuckerfeld R.*: «Acto bulimico, cuerpo y tercera tópica.» Ed. Paidós. Bs. As., 1992
33. *Zuckerfeld, R.* »Psicoterapia psicoanalítica y obesidad», Revista Actualidad Psicológica, N° 300, Agosto 2002

