



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO**



**FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES**

**LICENCIATURA EN NUTRICIÓN**

---

# **OBESIDAD Y SU CONTEXTO PSICOLÓGICO**

## **Tesina**

Que para obtener el título de

Licenciada en Nutrición

Presenta:

**CARMEN LETICIA HERNÁNDEZ PAREDES**

Dirigido por:

**Psicólogo Clínico Juan Carlos García Ramos**

Santiago de Querétaro, Qro. Febrero del 2010.

La presente obra está bajo la licencia:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

### Usted es libre de:

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

### Bajo los siguientes términos:



**Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



**NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



**SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

### Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

# INDICE

1.RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT.....	4
3.INTRODUCCIÓN.....	5
4. HIPÓTESIS.....	7
5. JUSTIFICACIÓN.....	8
6. MARCO TEÓRICO.....	11
6.1 PERFIL DE LA PERSONA OBESA.....	11
6.1.1Cognitivo	
6.1.2Emocional	
6.1.3Conducta	
6.1.4Relaciones interpersonales	
6.1.5Somático	
6.2 TERAPIA PARA LOS PACIENTES OBESOS.....	26
7. CONCLUSIÓN.....	30
8.BIBLIOGRAFÍA.....	32

## **RESUMEN**

La obesidad es una enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo se incrementan hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un aumento de la mortalidad. Está caracterizada por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30) (WHO).

Este trabajo aborda la obesidad ocasionada por el exceso en el consumo de calorías, por lo cual eliminará causas endocrinas, uso de fármacos o herencia genética.

Se realizó una investigación para buscar similitudes entre los perfiles psicológicos que pudieran definir a las personas obesas abarcando lo cognitivo, emocional, la conducta, lo somático y relaciones interpersonales, para determinar que tipo de comportamientos y características psicológicas nos permitirán canalizar correctamente a un paciente obeso hacia un tratamiento adecuado.

## **ABSTRACT**

Obesity is defined as a disease in which natural energy reserves, stored in the adipose tissue, are increased to a point associated to certain health conditions and mortality rates. Higher body mass index (BMI) characterizes it (WHO).

This document relates to obesity as a cause of an excess in the consumption of calories, so endocrine, pharmaceutical or genetic causes are not considered.

An investigation was performed in order to seek similarities between psychological profiles that could define obese people, considering cognitive, emotional, and somatic factors, as well as the conduct and interpersonal relationships, so the behaviors and psychological characteristics are determined and patients can be addressed to the proper treatments.

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, la obesidad es un problema de salud pública que nos atañe a todos, ya que no distingue edad, raza, sexo o clase social.

Se define como una enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad. Está caracterizada por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30) (WHO).

La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros.

El presente trabajo aborda el tema de la obesidad ocasionada por el exceso en el consumo de calorías, por lo cual eliminará otras causas como pueden ser endocrinas o por el uso de fármacos o genética.

Se pretende dar a conocer las principales características psicológicas de las personas obesas, abarcando lo cognitivo, emocional, la conducta, lo somático y las relaciones interpersonales con la finalidad de analizar a los pacientes más allá de una evaluación del estado nutricional y ver la etiología del problema mediante un trabajo multidisciplinario donde se incluya al nutriólogo, psicólogo y médico, y de este modo llevar a cabo un tratamiento más adecuado y completo que cubra las necesidades del paciente y así se obtenga el efecto esperado.

Al revisar diferentes artículos se puede indicar que sí existen diferencias psicológicas entre pacientes obesos y los no obesos.

Pero al no existir una alteración única y específica en la obesidad, los factores psicológicos tienen un grado de participación variable debiendo ser evaluados en cada paciente en particular.

## **HIPÓTESIS**

¿Existe un perfil psicológico que defina a las personas obesas?

¿Qué tipo de comportamientos y características psicológicas nos permiten canalizar correctamente a un paciente obeso hacia el o los especialistas que le proporcionen el tratamiento mas adecuado?



## **JUSTIFICACIÓN**

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), poco más del 70% de los mexicanos mayores de 20 años presenta algún problema relacionado con el peso.

En la actualidad, la obesidad es un problema de salud pública que nos atañe a todos, ya que no distingue edad, raza, sexo o clase social (Olaiz y Cols., 2006).

Se define como una enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad. Está caracterizada por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30) (WHO).

La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso u obesidad como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias negativas en salud. Actualmente se acepta que la obesidad es factor causal de otras enfermedades crónicas degenerativas como las enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y algunas formas de cáncer.

Los anuncios comerciales en los medios de comunicación han difundido la idea errónea de que con bajar de peso la obesidad se resuelve, lo que da pie a la preferencia de las personas a utilizar tratamientos "rápidos y sin esfuerzo" para la disminución de peso (Vázquez y López, 2001).

Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico. Esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única, sino múltiples definiciones, que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, la neuroquímica, la genética, la celular, la endocrina y finalmente las psicológicas. Queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica (Vázquez y López, 2001).

Como profesionales de la salud, debemos tener en cuenta que es una enfermedad que no solo debe ser atendida con un tratamiento nutricional que abarque el problema biológico, sino que debe ser analizada desde el punto de vista social, cultural y psicológico.

El estudio de estos factores y su interrelación se impone al momento de evaluar el diagnóstico y planificar la estrategia terapéutica.

Esa es la razón por la que se llevará a cabo este ensayo: para conocer a los pacientes mas allá de una evaluación del estado nutricional y ver la etiología del problema mediante un trabajo multidisciplinario donde se incluya al nutriólogo, psicólogo y médico, y de este modo llevar a cabo un tratamiento mas adecuado y completo que cubra las necesidades del paciente y así se obtenga el efecto esperado.

## **MARCO TEÓRICO**

Este trabajo abordara el tema de la obesidad ocasionada por el exceso en el consumo de calorías, por lo cual eliminara otras causas como pueden ser endocrinas o por el uso de fármacos o genética.

Abunda bibliografía sobre investigaciones en donde la dieta hipocalórica y el ejercicio producen una disminución inicial en el peso de personas obesas (casi todas bajan al comienzo de los estudios), pero a lo largo de uno, tres o cinco años casi el 90 % recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan (Silvestri y Stavile, 2005).

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

Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo (Silvestri y Stavile, 2005).

La obesidad desde el punto de vista psicológico es difícil de definir, ya que se pueden considerar varias teorías psicológicas que pueden explicarla y que estipulan su posible etiología y su tratamiento. A pesar de que todavía no es clara la relación entre obesidad y algún síndrome psicológico o conductual con características propias, es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal, ya que la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, específicamente por las características estigmatizadas por la sociedad.

En las últimas décadas han proliferado una gran cantidad de “métodos” para bajar de peso, que prometen “sin esfuerzo, grandes y rápidos resultados”, lo que se torna atractivo a “probar” para la persona con sobrepeso que desea cambios instantáneos, sin tener que cambiar los hábitos alimenticios (Márquez, 2003).

Sin embargo la fantasía de la efectividad del método mágico, rápidamente se desvanece y se transforma en uno más de los intentos de bajar de peso “que no funcionaron”; o bien “la solución mágica” resulto ser una medida contraproducente, porque produjo un rebote en el peso (subió más de lo que logró bajar); o porque aparecieron efectos indeseables de medicamentos o “sustancias desconocidas” (Márquez, 2003).

Éste tipo de situaciones hacen a su vez una carga más para la persona obesa que se siente fracasada en su lucha por bajar de peso.

Si bien la idea de la existencia de un patrón específico de personalidad para el obeso, no ha podido ser demostrada, de dichas comunicaciones se desprende que existe una mayor frecuencia de alteraciones psicológicas en los obesos que en los no obesos (Rovira, 2003 y Vázquez, 2001).

Un perfil psicológico del obeso puede ser muy ambiguo pero tiene ciertas características que a continuación se describen.

Un paciente con exceso de peso asocia el acto de comer con una fuente de satisfacción, liberadora de tensión y manejo de conflicto pues el comer es un acto de placer que le es permitido, las personas obesas comen por motivos distintos de la satisfacción de sus deseos fisiológicos, pues son incapaces de sentir saciedad.

La obesidad no se encuentra clasificada como trastorno psiquiátrico en el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, a diferencia de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud en cuyo capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento, figura el cuadro de “hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” (F50.4). En él se incluye “la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad: duelos, accidentes,

intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso” (Cordella, 2008).

Aclara que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y eso desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.

Los estudios psicoanalíticos sobre ansiedad abren el debate sobre la psicogénesis de ésta enfermedad, considerando que en ella son determinantes las influencias y perturbaciones durante el desarrollo. La dependencia oral del obeso es intensa e impide el desarrollo adecuado de los aspectos activos de la etapa sádico-anal, y consecuentemente del desarrollo del instrumento esencial del sadismo. Ésta falta de desarrollo hace que las tendencias agresivas regresen e intensifiquen la estructura oral porque no encuentran un mecanismo más evolucionado para su desarrollo. La predisposición psicológica para la obesidad probablemente se sitúa en el proceso de pasaje de la etapa oral a la etapa anal, en que produciría una detención en el desarrollo, consistente en una inhibición de la motricidad y la agresión (Medeiros, 2005).

No habiendo una personalidad previa específica de la obesidad, ni ser esta considerada un cuadro psicopatológico determinado, podemos agrupar las

manifestaciones psicopatológicas presentes en los obesos, en dos grandes grupos:

- Aquellas obesidades en las que el aumento de la ingesta es secundaria a reacciones emocionales, es decir, que cuentan con un componente psicógeno manifiesto y
- Aquellas alteraciones reactivas, en general distímicas, que desarrollan algunos pacientes obesos frente al medio.

Las manifestaciones emocionales que favorecen un aumento de la ingesta, que aparecen con mayor frecuencia en la conducta por obesidad habitualmente se sitúan dentro de los cuadros neuróticos, por la ansiedad y angustia que ellos presentan, y en relación a las patologías encontradas en el amplio capítulo de Trastornos de personalidad, debido a la baja tolerancia a la frustración, el mal manejo de la agresividad y el alto grado de autodesvaloración que dichos trastornos presentan (Rovira, 2003 y Mancilla y cols., 1992).

En aquellos pacientes con rasgos neuróticos, en donde la ansiedad y la angustia buscan ser calmadas o descargadas a través de un incremento de las conductas orales condicionando un incremento, a veces muy exagerado, de la ingesta, la obesidad es la consecuencia lógica. En estos casos se nos muestra como es evidente que la comida y la forma de realizarla se encuentran notoriamente influenciadas por las variaciones anímicas.



En general, vemos que el sobrepeso, resultado del aumento de las conductas orales en el neurótico, es considerado por el paciente de manera ambivalente, por un lado es rechazado y no deseado y, por otro, le despierta una sensación de seguridad frente a temores que le resulta difícil identificar. Estos pacientes, se muestran como muy sensibles, con un alto grado de susceptibilidad que hace que se ofendan con mucha facilidad, tienen una elevada necesidad de ser estimados por los demás lo cual lleva a que muestren actitudes de ingenua seducción y teman el ser rechazados, presentan variaciones frecuentes del humor y rasgos histriónicos de personalidad y una larga historia de conflictos con su sexualidad, específicamente con su genitalidad, con síntomas de frigidez, vaginismo, rechazo sexual. Además la alternativa de presentar una figura atractiva despierta una sensación de peligro (Alvarado y cols.,2005)

El perfil psicológico puede definirse como el conjunto de características emocionales y rasgos que pueden definir e identificar una persona.

Los aspectos psicológicos de la persona y sus relaciones familiares juegan un papel decisivo en la construcción y mantenimiento de su obesidad, estos factores pueden precipitar el consumo exagerado de alimentos por lo que deben ser tomados en cuenta en el abordaje y el tratamiento nutricional, pues de lo contrario el paciente no tendrá la capacidad para comprometerse con tratamiento asignado (Domínguez y cols., 2008).

Es importante conocer ciertos rasgos cognitivos, emocionales, de conducta y somáticos del paciente obeso, además de las formas de relacionarse con los demás para saber llevar a cabo un buen tratamiento nutricional y psicológico que lo lleve a lograr las metas planteadas al principio del mismo.

## **COGNITIVO**

La visión negativa que se tiene del obeso acaba siendo interiorizada por él mismo, sintiéndose culpable y responsable de todos los defectos que se le atribuyen (Rovira, 2003).

Vemos que el aumento de la ingesta se encuentra determinado y conducido por un marcado incremento del apetito, el cual parece independizarse del hambre propiamente dicha. Es esa búsqueda de placer la que guía la conducta alimentaria en los medios en que domina la creencia de que la felicidad consiste en tenerlo todo y la libertad esta en no renunciar a nada (Rovira, 2003).

## **EMOCIONAL**

La relación entre emociones y alimentación no es simple: por un lado, los estados emocionales y de ánimo pueden influir la conducta alimentaria, por otro lado, la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo. De este modo, la influencia de la emoción sobre la alimentación incluye la desinhibición o restricción alimenticia, mientras que el alimento tiene un efecto de modulación sobre estados afectivos (Silva, 2007).

Para entender la conducta del paciente obeso hay que comprender lo que le significa comer, desde el punto de vista psicológico. En la mayoría de las encuestas el hallazgo habitual es que el paciente asocie el acto de comer con una fuente de placer, liberadora de tensión y conflicto (“después de comer me siento: tranquilo, relajado, lento para moverme, como tronco, etc.”) (Márquez, 2003).

En los obesos se observa una deficiente expresión verbal de emociones y afectos (Medeiros, 2005).

Alrededor del 98% de los sujetos obesos aceptan comer en exceso cuando tienen sentimientos o afectos negativos (tristeza, ansiedad, rabia, etc.), condición que obviamente repercute en el peso, tres cuartas partes de los obesos aumentan más de 5 kg. durante periodos de estrés (conyugal, ocupacional, etc.), situación que contrasta con los individuos no obesos, en donde usualmente manejan el conflicto de manera mas adaptativa (Márquez, 2003).

Al parecer, en ciertas situaciones emocionales, las personas obesas comen más que los de peso normal. Se dice que el comer tiene un efecto de reducción de la emoción, especialmente para las negativas como la ira, la soledad, el aburrimiento y la depresión (Ganley, 2006).

Dicho lo anterior, es importante dar un mayor énfasis a los afectos y las emociones de nuestros pacientes obesos ya que de ésta forma podremos realizar un mejor diagnóstico y tratamiento mediante el apoyo de un psicólogo.

## **CONDUCTA**

Marlatt y Gordon en 1985 describieron un patrón conductual en los obesos.

La autopercepción del sobrepeso lleva a la necesidad de abstenerse en consumir determinados tipos o cantidades de alimentos (restricción), sin embargo, ésto desencadena una sensación de pérdida de autocontrol, lo que favorece la transgresión (violación de la restricción), que a su vez provoca una actitud de desinhibición (el sujeto consume una gran cantidad de calorías, después de una dieta restrictiva), lo que favorece el “rebote en el peso” y por consecuencia mantenimiento o exacerbación del grado de obesidad (Márquez, 2003).

Esta es una de las razones por las que las dietas no surten el efecto deseado, ya que se trata de un círculo vicioso difícil de controlar.

Existen estudios que correlacionan los rasgos de personalidad del paciente obeso y la relación con su conducta en el control del peso. B.Jonsson, en una población de obesos mórbidos busca identificar los rasgos de personalidad que sirvan como factores predictores para la pérdida de peso, después de un año de seguimiento encuentra que son predictores negativos para la pérdida de peso, altos índices en ansiedad somática y física (impulsividad), mecanismos de

evitación, pobre socialización y suspicacia. En otras palabras entre más desestructurada sea una personalidad, mayor será la dificultad para lograr una pérdida de peso (Márquez, 2003).

Hilde Bruch señala que en los obesos se observa una dificultad importante en la identificación de sus propias sensaciones, no logran decir, diferenciar hambre de saciedad, al punto de recurrir a señales externas que les indiquen cuando comer y cuando dejar de hacerlo; no alcanzan a distinguir la sensación de hambre de otro tipo de emociones, lo que lleva a que cualquier incremento emocional tenga como respuesta un aumento de la ingesta. A esta sintomatología se le asocian distintas fallas en la identidad personal y sentimientos de desvalorización. Bruch atribuye estas alteraciones a dificultades maternas en la relación temprana madre-hijo; madres que, por su ansiedad, han tenido dificultades en decodificar el lenguaje sin palabras del bebé, teniendo respuestas estereotipadas ante cada requerimiento de su hijo, así es que dieron de comer ante cada pedido. Cuando tenía hambre, o sueño, o frío, o necesidad de ser higienizado. Esta incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones, denominada alexitimia, fue estudiada por Wheeler & Broad los que refieren que un significativo grupo de comedores excesivos presentan signos de alexitimia, lo cual contribuye a que ganen peso y tengan dificultades para perderlo. Estos individuos usan la comida como un regulador de tensiones internas y de sus más ocultos sentimientos.

Favaro y Santonastaso muestran que las madres con mayores disturbios de personalidad se asocian a más severa obesidad en los hijos (Rovira, 2003).

Por lo general las madres de los pacientes obesos juegan un papel muy importante en el Tratamiento a seguir ya que influyen demasiado en los hábitos y conductas de los mismos, por lo que es de suma importancia tomarlas en cuenta a la hora de realizar algún plan alimentario.

Digamos que los trastornos de personalidad, en general, tienen un muy mal manejo de su agresividad y marcadas dificultades en el control de sus impulsos lo cual, sumado a la desvalorización que presentan, se traduce en frecuentes autoagresiones, algunas mas o menos sutiles tales como descontento y enojo consigo mismo, notable dificultad para disfrutar y sentir placer (anhedonia) y una manifiesta incapacidad para ocuparse de su persona aun siendo muy generosos con los demás; el conjunto lleva a que presenten frecuentes desbordes en distintas áreas de su conducta, tales como la comida y la bebida, e intenten variados y repetidos tratamientos que, por su inconstancia y por la mala relación que tienen consigo mismo, terminan abandonando reiteradamente.

En ocasiones, en estas personalidades, predomina el sentimiento de vacío, oquedad interior desagradable, sentida a un a nivel corporal, y todas las conductas se orientan a llenar ese “hueco”. Con frecuencia el alimento es un buen elemento para llenarlo. Se producen ingestas cuyo destino es “llenar ese vacío” y calmar la ansiedad y la sensación de desagrado (Rovira, 2003).

## **RELACIONES INTERPERSONALES**

En las últimas décadas el énfasis en el atractivo físico, el deseo y el esfuerzo por lograr un cuerpo esbelto, es una condición sociocultural que afecta a todos los grupos de edad ( por ej. la proliferación de muñecas “barbies”, deportes, series de TV, comerciales, revistas de moda, en donde se resalta la figura estilizada, así como la inserción en los supermercados de secciones completas, de alimentos “Light, sin grasa, sin calorías” etc.) (Márquez, 2003).

La actitud de consumo de alimentos “Light”, se observa cada vez a más temprana edad, Sobal (1995), evalúa la actitud social del cuidado del peso en un grupo de adolescentes y encuentra que los adolescentes hombres son menos tolerantes con el sobrepeso de su pareja, mientras que las mujeres tienen un ideal de peso aun mas estricto que el esperado por sus parejas, lo que condiciona adoptar la conducta de estar siempre a dieta” (Márquez, 2003).

La mayoría de las encuestas realizadas en la población adulta revela que alrededor del 40% de los hombres y el 50% de las mujeres, están a disgusto con su cuerpo (Márquez, 2003).

Goldblatt y col señalan que en la disminución de la frecuencia de la obesidad también tienen su influencia distintos factores sociales. El más estudiado de ellos, considerado el mas importante, es la presión que ejerce la clase socio económica, destacan que la obesidad es seis veces mas frecuente entre las mujeres de baja clase social, en donde el exceso de peso es bien tolerado, que

entre las de la clase alta, clase en la cual existe un fuerte rechazo de la gordura (Rovira, 2003).

La oferta permanente de comidas es un factor de peso en las conductas de sobrealimentación en personalidades predispuestas.

Socialmente se puede observar la imagen del “buen gordo”, del obeso feliz, pero existe también el significado vergonzante de la obesidad, que aparece como sinónimo de abandono, de dejarse llevar por placeres censurables, conductas que se atribuyen a una falta de voluntad que conduce a permanentes excesos.

Estas ideas contrarias hacen que el obeso se sienta en continuo desequilibrio emocional y se sienta confundido, ya que dependiendo del círculo donde se desenvuelva puede o no ser aceptado por la sociedad por su estado fisiológico.

Estudios apoyan la hipótesis psicodinámica que la grasa tiene una función protectora y de equilibrio en la pareja, de manera que la inclusión de área es importante en la evaluación de la obesidad.

En la evaluación psicológica-sistémica de las familias obesas, la mayoría de los autores coinciden que son sistemas familiares que no favorecen la autonomía e individuación psicológica de los miembros, lo que contribuye a una gran incapacidad para expresar los afectos especialmente negativos, tales como rabia, enojo, frustración, etc., lo que redundando en una mayor inseguridad, pasividad y disminución en la autoestima.



Las reglas intrafamiliares son rígidas e inflexibles, condición que resalta aun mas en situaciones de estrés. No es raro detectar en el paciente o en algunos miembros de la familia, estrategias de sabotaje durante los intentos de control de peso, de manera que el paciente se vuelve el “chivo expiatorio” dentro del contexto familias.

Estos hallazgos subrayan la hipótesis de que el obeso desempeña una función de equilibrio en el sistema familiar y que cualquier estrategia de manejo de la obesidad, debería considerar la influencia de la familia (Márquez, 2003).

## **SOMATICO**

El indicador mas utilizado para el diagnóstico de la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), considerando su buena correlación con el exceso de adiposidad y con la morbilidad y mortalidad asociada al exceso de peso.

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$$

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en antropometría física (1995) y su primer informe en Obesidad (WHO, 2000) propusieron una clasificación de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. El IMC debe ser considerado como una variable continua, pero la clasificación categórica en puntos de corte es de utilidad para los clínicos y el manejo terapéutico. (Méndez, 2003).

PUNTOS DE CORTE DE LA OMS	
IMC kg/m <sup>2</sup>	Clasificación de la OMS
<18.5	Bajo peso
18.5-24.9	normal
25-29.9	Sobrepeso
30 a 34.9	Obesidad grado 1
35 a 39.9	Obesidad grado 2
>=40	Obesidad grado 3

En México, la Normal Oficial para el manejo integral de la obesidad, establece la existencia de obesidad en adultos, cuando existe un IMC mayor a 27 y en una población de talla baja cuando este IMC es mayor de 25. La talla baja en mujeres adultas se considera menor a 1.50 y para el varón adulto, menor de 1.60m.

El IMC estima la prevalencia de obesidad dentro de una población, sin embargo, no distingue entre el peso asociado con el músculo y el peso asociado con la grasa, es decir, no considera la distribución de grasa en el cuerpo que también influye en los riesgos para la salud.

La distribución de grasa corporal se ha clasificado en:

- Obesidad androide también se ha llamado masculina, abdominal, central, visceral, de la parte superior del cuerpo o con forma de manzana. Se asocia con

mas frecuencia a los riesgos para la salud. Si bien el grado de obesidad necesaria para producir resistencia a la insulina puede variar entre un individuo y otro, es mas frecuente encontrar resistencia a la insulina en individuos con este tipo de obesidad. Se correlaciona con las alteraciones metabólicas y cardiovasculares secundarias a la obesidad.

Obesidad glúteo-femoral o ginecoide también se le conoce con los términos femenino, periféricos, subcutáneos, de la parte baja del cuerpo o con forma de pera. Existe un aumento de la grasa corporal localizada en glúteos, cadera y muslos (Mahan, 2001).

La obesidad es una enfermedad acompañada de diversas alteraciones que predisponen a la presentación de trastornos tales como:

Alteraciones metabólicas, alteraciones respiratorias, alteraciones cardiovasculares, alteraciones tumorales, auriculares, ortopédicas, digestivas, nefrológicas, endocrinas, dermatológicas, ginecobstétricas y psicológicas.

## **TERAPIA**

El objetivo del tratamiento del paciente obeso, no es solo alcanzar el peso ideal asociado a una dieta equilibrada, sino mantenerlo, es decir lograr que el cambio forme parte de su vida habitual.

Una vez revisado lo complejo del problema, es fácil entender porque la evaluación y manejo del paciente obeso debe incluir varios factores.

La identificación de las motivaciones para buscar un cambio en la conducta de hábitos alimentarios es un área importante dentro de la evolución psicológica del paciente obeso. La evaluación incluye el interrogatorio acerca de la evolución clínica en los intentos previos de pérdida de peso, análisis de los factores involucrados, motivaciones para iniciar o mantener el intento de control de peso, “justificaciones” para abandonar el tratamiento, las expectativas alrededor del cambio sea en la pérdida de peso o en el impacto en la autoestima, atractivo físico, imagen corporal, fantasías acerca de logros a través de la pérdida de peso (pareja, matrimonio, éxito profesional, etc.)

En algunos pacientes, un tratamiento para adelgazar, significa situarse delante de una paradoja: perder peso y tener que enfrentarse con la angustia, la depresión y la ansiedad que están por debajo, o mantener la obesidad y soportar el dolor y desagrado que la misma despierta. En el balance de ambos términos se juega, la mayoría de las veces, el destino del tratamiento (Rovira).

En los casos de obesidad sobre todo en la extrema, éstos enfermos tienen dificultad para lograr metas a largo plazo, pues no logran mantener los objetivos por tiempo prolongado, debido a su pobre tolerancia a la frustración e incapacidad de posponer la gratificación. Otro, que los objetivos que se plantean frecuentemente son irrealistas, es decir, las expectativas son muy altas con respecto a la capacidad del paciente. Por lo que éstos enfermos deben ser

considerados para el diseño de un plan de tratamiento a corto y largo plazo, como clave el éxito del paciente. Debemos apegarnos lo mayor posible a sus hábitos alimentarios, gustos, preferencias, horarios, para así lograr un mejor desempeño del paciente y se sienta importante como individuo y único al realizarle una dieta de acuerdo a sus necesidades.

Identificar el rol de la obesidad en el equilibrio familiar o marital, con el fin de evaluar el impacto del tratamiento del obeso en esta dinámica, con el fin de anticiparse en las posibles estrategias de sabotaje para el cambio de peso en el paciente.

Se debe hacer uso de terapias individuales, con un encuadre teórico psicodinámico. Muchos autores consideran como el tratamiento más efectivo a aquella psicoterapia que apunte a ayudar a los pacientes a diferenciar los sentimientos y desarrollar una adecuada capacidad de simbolización.

En ocasiones se recurre a terapias con encuadres de tipo conductual. Estas terapias buscan alcanzar modificaciones de los patrones de conducta relacionadas con el ámbito de la comida, independientemente de las fallas de personalidad subyacentes.

Habitualmente se realizan entrevistas con los familiares de los pacientes con el fin de evaluar la dinámica grupal y considerar si es necesario o no indicar tratamiento del grupo familiar. Con frecuencia se observa que el paciente es un

emergente de dificultades de la familia, ocupando el centro de las preocupaciones de todos los integrantes.

Además de la necesidad de crear un modelo de tratamiento que logre los objetivos planteados, también se debe crear un nuevo paciente y construir la infraestructura médica, emocional, familiar y social que permita que el paciente obeso logre lo que se propone.

Es necesario enfatizar, que la experiencia muestra que la derivación a un consultorio psiquiátrico/psicológico, cuando la consulta se realiza en nutrición, requiere de la comprensión del cuadro y de un cierto grado de requerimiento del paciente.

Imponer un tratamiento psicológico cuando no es requerido es condicionar un abandono.

## **CONCLUSIÓN**

Si bien la idea de la existencia de un patrón específico de personalidad para el obeso, no ha podido ser demostrada, existe una mayor frecuencia de alteraciones psicológicas en los obesos que en los no obesos.

Las personas obesas tienden a ser inestables emocionalmente, fácilmente culpabilizables, precavidos, introvertidos, ansiosos y dependientes.

Los factores psicológicos en el desarrollo y tratamiento de la obesidad son importantes, por lo que el profesional encargado debe brindar apoyo, información, educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y la expresión de conflictos del paciente. Esto último, porque en el paciente obeso se presentan problemas en el área afectiva y cognitiva, como la baja autoestima y autoimagen, la ansiedad, especialmente en lo referente al propio esquema corporal observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo.

Por las razones mencionadas, es muy importante que analicemos y pensemos nuestra forma de expresarnos antes de dar un diagnóstico a un paciente, ya que siendo personas dedicadas al área de la salud nuestra opinión es muy importante y significativa en los pacientes y así como un buen consejo puede despertar el interés del paciente por seguir el tratamiento, uno mal dado o con palabras inadecuadas puede ser contraproducente y ocasionar algún daño emocional y en lugar de beneficiar al paciente estarlo perjudicando.

Además se debe de trabajar a la par de psicólogos y médicos si lo que queremos es tener éxito en el tratamiento y plan alimentario y abarcar a fondo las causas y consecuencias del mismo.

Debemos proveer las herramientas necesarias para lograr un cambio de hábitos en el paciente, pero además debe existir un fortalecimiento interno que nos ayude a llevar a cabo un buen tratamiento y de éste modo evitar recaídas.

Por otro lado, al no existir una alteración única y específica en la obesidad, los factores psicológicos tienen un grado de participación variable debiendo ser evaluados en cada paciente en particular.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, A., Guzmán, E. y González M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención Psicológica en Pacientes con Obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología, No. 2 Vol. 10, 417-428.
- Braet, C. (2005). Psychological profile to become and to stay obese. International Journal of Obesity. No. 29, 19-23.
- Cabello, M. y Ávila, M. (2009). Estrategias Psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana No. 8, 82-104.
- Castellanos, J. (1998). Norma Oficial Mexicana NOM- 174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
- Chinchilla, A. (2004). Obesidad y Psiquiatría. Capítulo 4. Complicaciones de la obesidad. Editorial Masson. Pp 30-33.
- Cordella, P. (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? . Revista Chilena de Nutrición, No. 3 Vol. 35, 181-187.
- Dividoff, L. (2000). Introducción a la psicología. Editorial Mc Graw Hill. Pp 201-208.
- Domínguez, P., Olivares, S. y Santos J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, No. 3 Vol. 58, 249-253.
- Galimberti, U. (2006). Diccionario de Psicología. Ed. Siglo XXI, México. Pp. 755.
- Ganley, R. (2006). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. International Journal of Eating Disorders No. 3 Vol. 8, 343-361.
- García, E., De la Llata, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velázquez, D., Rosas, M., Barriguete, J., Zacarías-Castillo, R. y Sotelo, J. (2009). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Segunda parte. Revista Salud Mental, No. 1 Vol. 32, 79-87.
- Guisado, J. y Vaz, F. (2002). Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna, No. 29 vol. 2, 85-94.

- Iruarrizaga, N., Romero, N., Camuñas, M., Rubio, A. y Cabrerizo, L. (2001). Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2358>
- Jáuregui, J. (2000). Cerebro y emociones, la computadora emocional. Editorial Océano. México. Pp 85-119.
- Mahan. (2001). Nutrición y dietoterapia de Krause. Mc Graw Hill Interamericana. Pp. 265- 268.
- Mancilla, J., Durán, A., Ocampo, T y López, V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. Revista de Salud Pública, No. 5 Vol. 34, 533-539.
- Marcus, M. y Wildes, J. (2009). Obesity: Is it a mental disorder?. International Journal of eatings disorders. No. 8 Vol. 42, 739-753.
- Márquez, M. (2003). Perfil psicológico del obeso. Revista de Roche. Pp 1-8.
- McReynolds, W. (2006). Toward a psychology of obesity: Review of research on the role of personality and level of adjustment. International Journal of Eatings disorders. No. 1 Vol. 2, 37-57.
- Medeiros, R. y Valenzuela, M. (2005). Evaluación de las ansiedades de separación, culpa y vergüenza asociadas a la imagen corporal en mujeres obesas y su relación con el resultado del tratamiento médico nutricional para adelgazar. Pp 21-50.
- Ogden, J. (2009). Restraint theory and its implications for obesity treatment. Clinical Psychology and Psychotherapy.
- Olaiz, G. y Cols. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 77. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
- Rovira, B. (2003). Obesidad y Psicopatología. Revista de Psicología. Capítulo XII. 1-7.
- Shils, M., Olson, J., Shike, M. y Ross, A. (1999). Nutrición en salud y enfermedad. Mc Graw Hill. Pp. 1615-1630.
- Silva, J. (2007). 25. Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endocrina. Revista Terapia Psicológica, No. 2 Vol. 25, 141-145.
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Revista de Psicología, 1-36.

Socarrás, M., Suárez, M. y Licea, M. (2002). Obesidad: Tratamiento no farmacológico y prevención. Revista Cubana de Endocrinología No. 1 Vol. 13, 35-42.

Stice, E., Presnell, K. y Shaw, H. 2005. Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls: A Prospective Study. Journal of Consulting and Clinical Psychology No. 2 Vol. 73, 195-202.

Vázquez, V. y López, J.C. (2001). Psicología y la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. No. 2 Vol. 9, 91-96.

WHO: World Health Organization. Definición de obesidad. Disponible en : <http://www.who.int/topics/obesity/es/index.html>