



**“Factores Emocionales y Ambientales que predisponen a la
obesidad y su mantenimiento”**

**Tutoras de tesis: Ps. María del Rosario Delgado (UAI).
Colaboradoras: Ps. Miriam Isacson (Cormillot) - Ps. Delia Ansaldi (ADEP).**

Tesista: Mariana Alasino

Licenciatura en Psicología

Universidad Abierta Interamericana

Sede Rosario - Campus Lagos

Abril de 2011

Título de Tesis

‘Factores Emocionales y Ambientales que predisponen a la Obesidad y su mantenimiento’.

Resumen

Esta tesis obedece a una investigación cualitativa-descriptiva, que pretende entender la obesidad como un fenómeno social, un trastorno de la conducta alimentaria que afecta orgánicamente al individuo. Sus causas son diversas y por esto se las denomina como multifactoriales en un intento de abarcar todas las teorías, pero esta investigación demostró que la obesidad desarrollada en pacientes mujeres con tendencia genética a desplegarla, entre 30 y 60 años de edad del Instituto Cormillot de Rosario, es originada mayormente por factores emocionales.

Palabras clave: obesidad – mujeres - factores emocionales – factores ambientales.

Prólogo y Agradecimientos

Situándonos en la historia de la medicina en general y de la psicología contemporánea en particular, podemos observar una gran influencia en Argentina de la teoría psicoanalítica, donde existió y existe desde siempre un profundo interés en determinar la importancia de los factores emocionales y ambientales, en el desencadenamiento de las enfermedades orgánicas como lo es la obesidad.

La realización de esta tesis se centró en demostrar cuáles son esos factores que desarrollan dicho trastorno alimentario, a partir de una investigación cualitativa-descriptiva llevada a cabo con pacientes mujeres entre 30 y 60 años de edad en el Instituto Cormillot y también a partir de bibliografía muy interesante sobre el tema.

Esta es una Investigación realizada con fines informativos y prácticos, ya que poder conocer acerca de los factores causantes de la obesidad fomentará el desarrollo de programas de prevención, ayuda y contención tanto para pacientes con esta patología como para sus familiares.

Dirigida hacia todo el cuerpo docente y alumnos de Psicología y de otras carreras de la Universidad Abierta Interamericana, como de otras Universidades que deseen investigar e informarse sobre Obesidad y/o Trastornos de la alimentación.

También está destinada a proveer información actual y precisa, referente a la temática de la Obesidad en la Argentina, para diferentes Instituciones y profesionales de la salud mental que se dediquen a esta problemática u otras a fines, lo que sería de gran utilidad tanto en la prevención como la orientación de sus tratamientos.

Es un material útil, interesante y accesible para todo el público en general, ya que informa sobre temas actuales y de gran auge en nuestro país.

Quisiera agradecer sobre todo la ayuda incondicional de mi tutora la Ps. María del Rosario Delgado y de otras dos colaboradoras, la Ps. Miriam Isacson, Directora

del Instituto Cormillot de Rosario, y de la Ps. Delia Ansaldi, miembro de ADEP Rosario, a quienes valoro mucho y estoy muy agradecida.

También expreso mi gratitud al Ps. Ignacio Saenz, Director de la Carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario, por su apoyo durante toda la realización de la investigación.

Índice

Carátula.....	1
Título.....	2
Resumen – Palabras clave.....	2
Prólogo y Agradecimientos.....	3
CAPÍTULO I.....	7
Introducción.....	7
Problema.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Hipótesis.....	10
CAPÍTULO II.....	11
Marco teórico.....	11
Trastornos de la alimentación.....	11
Obesidad.....	19
Tipos de Obesidad.....	21
Causas de la Obesidad.....	25
Crisis Vitales.....	30
Factores Emocionales.....	34
Factores Ambientales.....	39
Prevalencia.....	42
Prevención.....	43
Obesidad, un Trastorno Psicossomático.....	45
Constitución del obeso.....	48
Personalidad del obeso.....	52
Motivación del obeso.....	55

Familia del obeso.....	56
Alteraciones psicológicas de la obesidad.....	57
Diferentes Tratamientos.....	66
CAPÍTULO III.....	79
Estado Actual de los conocimientos sobre el tema.....	79
CAPÍTULO IV.....	83
Esquema de la investigación.....	83
Área de estudio.....	83
Tipo de estudio.....	84
Población objetivo.....	84
Universo.....	84
Muestra.....	85
Técnicas de recolección de datos.....	85
Instrumentos.....	86
CAPÍTULO V.....	88
Trabajo de campo.....	88
CAPÍTULO VI.....	97
Resultados.....	97
Conclusiones.....	101
Recomendaciones.....	104
Bibliografía.....	105
Anexo y apéndices.....	110
Publicaciones.....	113

CAPÍTULO I

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos en la conducta alimentaria son una de las epidemias que caracterizará al Siglo XXI. Entendemos por trastorno en la conducta alimentaria, al comportamiento alterado del sujeto con los alimentos. Ellos son: La obesidad, la bulimia y la anorexia. De estos, es la obesidad la problemática de mayor incidencia.

En relación a este problema se consideran causas genéticas, neuroendocrinas, metabólicas, el sedentarismo, entre otras, pero se echa de menos alguna reflexión sobre la época y la forma cómo ésta determina la subjetividad y los síntomas actuales: la obesidad es un síntoma de la época y el obeso es el sujeto paradigmático de la sociedad de consumo insaciable.

En las sociedades de consumo, globalizadas, surgen una serie de nuevos síntomas psíquicos o de síntomas que sin ser nuevos toman una forma epidémica.

En la Argentina el 50% de la población no es delgado (su índice de masa corporal es mayor de 21.6) mientras un 29% está en sobrepeso y un 20% con un índice mayor a 30 (obesidad franca). Una de las características más destacadas de esta sociedad es la producción y/o importación de objetos tecnológicos a gran escala, baratos, con fecha de caducidad, destinados a ser continuamente reemplazados por otros nuevos. Esto tiene consecuencias, una de ellas es la tendencia a buscar una satisfacción inmediata como la que procuran estos objetos.

El objeto tecnológico parece estar simplemente al servicio de las personas, sin embargo determina la subjetividad de la época. Se vuelve imprescindible y organiza, de manera imperceptible, la forma de relación con los otros, la temporalidad y la manera de disfrutar actuales. Se introduce cada vez más en la vida y la intimidad de las personas, y

toma el lugar del par. Su proliferación promueve un tipo de relación que da lugar a un goce solitario y autista.

Actualmente, el interés se desplaza de la relación con los otros a la relación con el objeto, que deviene un compañero fiel, accesible y poco problemático, particularmente porque evita pasar por las vicisitudes y dificultades que suponen las relaciones con las personas.

El ser humano no es un sujeto de la necesidad. Para el niño es más importante el amor que le procura la relación con el Otro Primordial, la madre, que la satisfacción de la necesidad. Al niño le interesa la madre y accede a sus demandas (de alimentación, de higiene, etc.) por amor. El alimento es un intermediario entre el Otro (la madre) y el niño y es el objeto en torno al cual se pone en juego la pulsión oral. Sólo desde esta perspectiva se puede entender tanto el valor subjetivo que tiene la relación con la comida como los grandes desarreglos que se producen en torno a la alimentación. La obesidad muestra que para el ser humano la relación con el alimento puede estar absolutamente perturbada. Actualmente se dan una serie de características (ideales absolutos, declive de la función del padre, empuje al goce en lugar del deseo, entre otros) que propician esta perversión en la relación con el alimento.

En los síntomas vinculados a lo oral se pone de manifiesto un gran desarreglo tanto a nivel de la relación con el Otro como a nivel pulsional. Si la anoréxica “come nada”, el obeso tiene una boca que no termina de llenarse nunca. En ambos casos el sujeto hace un uso muy particular del alimento, transformándolo en un objeto de goce.

El obeso es un sujeto que queda capturado en las redes de la demanda del Otro, en la dialéctica del consumo. No puede rechazar lo que el Otro le ofrece (al contrario que la anoréxica), lo cual implica decir no a su propio lugar como sujeto del deseo.

Se coloca en una posición infantil de aceptación de la demanda del Otro, y no sólo resigna el deseo sino que se siente eternamente extraño en su propio cuerpo.

En la obesidad, se trata de un sujeto que no puede hacer ninguna experiencia de la falta, ni en el sentido más simbólico (separarse del Otro, desear) ni en relación al vacío del estómago (el del obeso está siempre lleno). Es decir, es un sujeto pegado a su objeto de goce, que tiene que consumir al infinito según un imperativo que no permite ninguna regulación fundada en el placer, porque siempre está atravesando su límite.

En dicha tesis se investigaron y describieron los factores emocionales y ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento en pacientes mujeres entre 30 y 60 años del Instituto Cormillot de Rosario. También se observaron patrones repetidos de conducta tanto en las familias de las obesas, como en ellas mismas, y en muchos de los casos, se determinaron las crisis que desencadenaron su obesidad.

Concluyendo con la confirmación de la hipótesis, que afirma que: “la Obesidad se desencadena, a partir de Factores Emocionales, en sujetos con tendencia genética a desarrollarla”.

Problema

¿Cuáles son los Factores Emocionales y Ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento en mujeres de 30 a 60 años?

Objetivos de la Tesis

Objetivo general

Investigar los factores emocionales y ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento.

Objetivos específicos

- I.** Describir los factores emocionales y ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento.
- II.** Observar si existe algún patrón de conducta familiar o personal determinado que perpetúe la obesidad.
- III.** Determinar si hubo crisis que desencadenaron la obesidad y especificar qué tipo en el caso que sea positivo.

Hipótesis

La Obesidad se desencadena, a partir de Factores Emocionales, en sujetos con una tendencia genética a desarrollarla.

CAPÍTULO II

Marco teórico

Trastornos de la alimentación

Según Paloma Gascón y Pilar Migallón (s.f.), la delgadez, se ha convertido en el ideal de belleza, la aspiración suprema para resultar atractivo o atractiva, obtener ciertos objetivos y emular a algunos personajes. La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una obsesión, una manía que gobierna la vida personal y social: ejercicio, dietas, masajes, cremas para adelgazar, consultas a especialistas, conversaciones monográficas...

Dicha confusión social está fomentando la aparición de los trastornos de alimentación que generan graves repercusiones. Se trata de enfermedades que conllevan un tratamiento largo, que en muchos casos se convierte en enfermedades crónicas y que, incluso, pueden dar lugar a la muerte.

Los trastornos de alimentación afectan principalmente a las mujeres, pues son pocos los casos entre varones. Esta diferencia entre sexos se debe a una distinta socialización de las mujeres y los hombres, especialmente en lo relacionado con su imagen corporal. Las mujeres aprenden desde niñas que lo más importante es gustar a los demás, ser guapas y atractivas. Muchas consideran la “belleza” como su atributo más valioso y basan su autoestima en aspectos estéticos de su cuerpo, en lugar de tener en cuenta su inteligencia, habilidades o aptitudes psicológicas. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos. El cuerpo flaco es el modelo que se quiere imitar y cualquier aumento de peso es considerado una catástrofe perjudicial para la salud, algo así como una falta, cuyo castigo se paga en el gimnasio.

Sobrepeso – Obesidad

Juan Carlos Giménez (2005) realiza una diferenciación entre el sobrepeso y la obesidad. Es Sobrepeso: cuando el peso del sujeto se encuentra por encima del considerado normal para la altura, mientras que el Obeso: porta un sobrepeso por encima del 20% del Índice de Masa Corporal.

Índice de Masa Corporal: (IMC): Es un indicador de la adecuación de la masa corporal por medio de la vinculación del Peso con el cuadrado de la Altura.

Su expresión matemática es: $I.M.C. = PESO / ALTURA^2$ (Kg / m²)

Siendo Normal valores entre 20 y 24:

I.M.C. = 15 - 16	DESNUTRICIÓN
I.M.C. = 25 - 30	SOBREPESO
I.M.C. = > 30	OBESIDAD

Hay que destacar que en los niños no se toman estos valores, ya que se determina por los percentilos relacionados con edad y sexo.

La obesidad no está clasificada en el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) como trastorno psiquiátrico, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos y conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, se anota el criterio:

- [316] Factores psicológicos que afectan el estado físico.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión ICD – 10 (OPS/OMS, 1995) destina el capítulo V a los trastornos mentales y de la conducta. La obesidad se clasifica dentro de los trastornos de la ingesta, donde se establece como condición la siguiente:

- F50.3: Ingesta excesiva asociada con otros trastornos psicológicos.

Entre los usos de esta categoría se señala que debe emplearse cuando la sobreingesta ha llevado a la obesidad y se sospecha que esta conducta es una reacción ante eventos estresantes, como aflicciones, accidentes, operaciones quirúrgicas, nacimientos, etc., especialmente en individuos predispuestos. Obesidad como causa de trastornos psicológicos no se codifica en esta categoría, como tampoco aquella que es efecto lateral e indeseado de tratamientos a largo plazo con algunos medicamentos. La CIE-10 considera que la obesidad puede constituir una motivación para hacer dieta, que a su vez puede provocar síntomas afectivos, como ansiedad, inquietud e irritabilidad, e incluso, síntomas depresivos graves. Esta “depresión de dieta” debe describirse usando códigos de otras secciones, tales como F3 o F4, para los síntomas, más el código F50.8: “Otros trastornos del comer” y un código de E65 para describir el tipo de obesidad. (Lolas-1992).

Basado en este indicador, la OMS ha definido categorías para evaluar el estado nutricional considerando el riesgo de comorbilidades.

<i>GRADO</i>	<i>IMC (%)</i>	<i>RIESGO</i>
Normal	18,5 – 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29,9	Levemente aumentado
Obesidad	30	Aumentado
Grado I o Leve	30 – 34,9	
Grado II Moderada	35 – 39,9	
Grado III Severa	40 o más	

Bulimia

Según Paloma Gascón y Pilar Migallón (s.f.), la bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por la realización de “atracones” recurrentes. Un atracón consiste en

la ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (por ejemplo dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas podrían ingerir en un espacio de tiempo similar en las mismas circunstancias. Se tiene la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). A continuación, se realizan conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo.

La persona que la sufre tiene una preocupación excesiva por el peso y la silueta y su autoestima depende de ello.

Existen dos tipos de bulimia nerviosa:

- **Purgativa:** Tras el episodio de bulimia la persona se provoca regularmente vómitos o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- **No purgativa:** la persona ayuna o hace ejercicio intenso, pero no se provoca vómitos ni usa laxantes o diuréticos.

El problema de la Bulimia se ha impuesto de modo intenso en la última década en el ámbito psiquiátrico y psicoanalítico, demandando explicaciones, tratamientos y actitudes culturales. Como señala Igoín, citado por Gascón y Migallón (s.f.), ¿qué decir de esa mujer que come secretamente sin deseo de comer, temiendo que se produzca una gordura muchas veces no existe y conjurando su posibilidad en el vómito final? Y una y otra vez en el carrusel clandestino con su cuerpo gritando en las bruscas oscilaciones de peso, en el tamaño de las parótidas, en el dental, en las venas del esófago, en la depleción de potasio.

Desde 1980 se describe un cuadro que predomina en mujeres caracterizado por atracones (consumo rápido de grandes cantidades de alimento en poco tiempo) seguidos de purgas (ayuno, uso de laxantes, temor a engordar y a no poder parar de

comer, trastornos de la imagen corporal y estado de ánimo depresivo. Esta sintomatología se puede dar en mujeres y últimamente en hombres con bajo peso, peso normal o sobrepeso.

Se trata del uso y abuso de un objeto y de la esclavitud que éste genera. Se trata de un fenómeno que sucede encerrado entre el puro hábito y el vacío imposible de llenar. Se trata de un hecho adictivo.

El concepto de adicción va mucho más allá de la farmacodependencia; por esto es preferible hablar de modelo adictivo.

Se entiende por modelo adictivo, un funcionamiento del aparato psíquico con el observable de descarga en el objeto y su uso y abuso; este objeto no es específico pero sí potencialmente intercambiable. La utilización del modelo adictivo implica siempre las hipótesis sobre la regulación de la autoestima y los impulsos y sobre la estructura del yo, los trastornos perceptuales y la imagen corporal. Para describir la forma de conducta alimentaria del fenómeno bulímico, hablaremos de momentos impulsivos, donde la paciente come irrefrenablemente con urgencia e insaciabilidad. Luego se instala el momento compulsivo, donde aparece obligada a comer, incapaz de abstenerse. Y cuando logra abstenerse establece un espacio fóbico con el objeto alimentario adictivo. Lo más importante es que si logra el ansiado control realiza el ideal anoréxico: la adicción a la abstinencia, punto en el cual la bulímica se diferencia del resto de los adictos porque su “éxito” es transformarse en una anoréxica restrictiva. Pero lo que siempre hay es uso y abuso del objeto.

Según los autores Russell, Halmi, Garner y otros citados por Gascón y Migallón (s.f.): el raptus bulímico es un inefable sentimiento de descontrol que un yo enajenado en su cuerpo y que ha subjetivado una trampa subcultural determinada, actúa.

El poder de la presión social que se constituye en ideales estéticos inalcanzables, junto con la inefabilidad mencionada, encierra un “pobrecito yo” que sólo se expresa en

el acto, en sentido de McDougall (citado por Gascón y Migallón, s.f.). Este acto es el atracón y es la purga.

Anorexia

Según Paloma Gascón y Pilar Migallón (s.f), la anorexia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Se presenta también un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa (incluso estando por debajo del peso normal). Existe una alteración de la autopercepción del peso o la silueta corporales. Hay una influencia exagerada del peso y la silueta en el concepto que la persona tiene de sí misma y se niega el peligro que comporta un bajo peso corporal.

No se conocen las causas exactas de la anorexia nerviosa. Muchos factores probablemente estén implicados. La genética y las hormonas pueden jugar un papel. Las actitudes sociales que promueven tipos de cuerpos delgados poco realistas también pueden contribuir.

Más y más evidencia se aparta de la idea de que los conflictos dentro de una familia pueden contribuir a éste u otros trastornos alimentarios. La mayoría de las organizaciones de salud mental ya no apoyan esta teoría.

Los factores de riesgo abarcan:

- Ser un perfeccionista.
- Sentir una creciente preocupación o atención por el peso y la figura.
- Tener problemas alimentarios y gastrointestinales durante la primera infancia.
- Tener un padre o una madre con anorexia o adicciones.
- Tener padres que viven preocupados por el peso y el adelgazamiento.

- Tener una imagen negativa de sí mismo y un alto nivel de sentimientos negativos en general.
- Sufrir un cambio de vida estresante, como un nuevo trabajo o mudarse, o situaciones como una violación o maltrato.

La anorexia generalmente comienza en la adolescencia o a principios de la edad adulta y es más común en mujeres, aunque también se puede ver en hombres. El trastorno se observa principalmente en mujeres de raza blanca, de alto rendimiento académico y que tienen familia o personalidad orientada hacia el logro de metas.

La anorexia se puede diagnosticar no sólo al ver a una persona con un bajo peso corporal, esta enfermedad presenta ciertas características muy propias de dicho trastorno:

Rechazo a mantener el peso normal de acuerdo a la edad y a la altura del individuo, adopción de distintas dietas, tener como objetivo únicamente la delgadez, carácter hostil e irritable, la persona tiende a tener actitudes depresivas, actividad física intensa, miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen del cuerpo, en las mujeres existe la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos, preocupación por las calorías de los alimentos, se presentan dolores abdominales, vómitos, preocupación por cómo son elaboradas las comidas (con qué ingredientes), restricción de alimentos, hiperactividad entre otras cosas.

Los médicos asienten que el perfil de una persona que padece anorexia es idéntico al de aquellas personas que padecen bulimia aunque ambos trastornos sean diferentes. El comportamiento de un paciente con bulimia o anorexia se basa en ser muy inmaduro y dependientes del núcleo familiar, con un gran miedo a la maduración sexual

y a asumir responsabilidades.

Existen diversas complicaciones en el caso de la anorexia si ésta no es tratada a tiempo y de una forma adecuada, aquí las nombramos: los vómitos provocan engrosamiento glandular, caries, desgaste de la raíz dental, pérdida de piezas dentales, desgarramiento del esófago, inflamación de la garganta haciendo que se dificulte cada vez más tragar, espasmos estomacales, problemas digestivos, anemia, problemas gastrointestinales, etc.

También están las complicaciones que se manifiestan cuando se produce un abuso de diuréticos: descenso del nivel de potasio, disminución de los reflejos, manifestación de sed, daño hepático, y arritmia cardíaca, entre otras afecciones.

Los anoréxicos pueden ser reconocidos fácilmente por distintos síntomas emocionales: no tener la habilidad para hacer frente a situaciones emocionales o exoresarse, hay una disminución de las relaciones sociales (se produce un aislamiento), cambios drásticos de humor, compulsión y vergüenza debido a sus malos hábitos alimenticios. Esta hipersensibilidad en el área emocional está acompañada por ese deseo de poder manejar sentimientos y reacciones que son afectadas por ese condicionamiento social de verse bien, lo que indica para un anoréxico perder peso.

Existen dos tipos:

- **Tipo purgativo:** estos individuos recurren regularmente a atracones y purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida, para así perder peso.
- **Tipo restrictivo:** donde la pérdida de peso se consigue a través de una dieta y ejercicio intenso, en donde los afectados no recurren a atracones o a cualquier tipo de purgas.

Obesidad

En general existe un consenso en definir la obesidad como una enfermedad metabólica crónica, heterogénea de origen multifactorial y no transmisible, donde se entrelazan factores genéticos, ambientales y emocionales, caracterizada por un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, en más del 25% en hombres y más del 30% en mujeres (Medeiros, Valenzuela, Lolas, Gallardo, 2005).

El desborde de la adiposidad y del tamaño crean penuria tanto por torpeza física como por sufrimiento psíquico: sea por discriminación o porque simplemente en lugares públicos no hay asientos para obesos, fuere en un avión, en un estadio o en un inodoro común. Pero la obesidad es madre de enfermedades que se asocia fuertemente a la patología cardiovascular, la diabetes tipo 2 y a ciertos tipos de cánceres, entre otras.

Es una de las pocas enfermedades en las que habitualmente se culpa al enfermo (injustamente) de haberse enfermado. La etimología (ob-dere) es injusta.

Para manifestarse hacen falta dos componentes: la predisposición genética y un ambiente disparador. Ambas son necesarias y ninguna es suficiente por sí misma: a voluntarios sanos sometidos a engorde forzoso no les fue posible sostener el nivel de adiposidad adquirida, y poblaciones de idéntico capital genético mantuvieron su habitual delgadez en quienes seguían el estilo de vida ancestral mientras desarrollaron una de las más altas prevalencias de obesidad quienes occidentalizaron su forma de vivir.

Hoy la delgadez es un ideal en los ámbitos donde es fácil ser obeso mientras se valora la gordura en los ámbitos donde es más fácil ser delgado (Russo, 2006).

Definición: La obesidad es un estado de exceso de masa adiposa. Aunque generalmente se asocia a un incremento en el peso corporal, esto no es siempre así, ya que puede haber personas delgadas o de contextura media, pero muy musculosas, que pesarán más de lo considerado adecuado, sin tener un aumento en su tejido adiposo. También debemos considerar que las tablas de peso corporal que clasifican a las personas en obesas y delgadas, son arbitrarias. Por lo tanto, la obesidad la debemos definir considerando el aumento del riesgo de adquirir enfermedades crónicas que reduzcan la sobrevivencia (Salas, 2010).

La obesidad es un exceso de grasa corporal que frecuentemente se asocia a un deterioro de la salud. El tejido adiposo es un constituyente normal del organismo y sirve a la importante función de almacenar energía como grasa para dar respuesta a futuras demandas metabólicas.

La excesiva acumulación de grasa genera un aumento del peso corporal. En el desarrollo de la obesidad intervienen tanto factores genéticos como ambientales. Estos últimos incluyen el exceso de calorías ingeridas (alimentos con alto contenido de grasa), la disminución de la actividad física y las enfermedades glandulares y del metabolismo corporal.

Los depósitos de tejido graso se hacen en forma variada y pueden concentrarse en zonas determinadas del cuerpo, lo que puede constituir un factor determinante en la salud de los individuos.

En las personas obesas donde los depósitos grasos predominan en la zona abdominal, existe más riesgo cardiovascular (sufrir de un Infarto Agudo de Miocardio) y la medición se hace por la relación entre la circunferencia de la cintura y la cadera.

Se acepta que el resultado de esta relación no exceda los 0.75. Los índices elevados se asocian con riesgos más elevados de enfermedad y/o muerte por causas cardiovasculares (Giménez, 2005).

Tipos de Obesidad

Según Medeiros, Valenzuela, Lolas, Gallardo (2005), existen diversas maneras de clasificar la obesidad. En primer lugar es importante indicar que no todo el mundo que tiene sobrepeso padece de obesidad. Se dice una persona es obesa cuando tiene más de un 25 % de grasa corporal en el caso de los hombres y más de un 30% en las mujeres. Dentro de lo que se considera obesidad se pueden reconocer distintos tipos según el grado de gravedad del problema.

Una de las maneras más utilizadas para medir la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC). Este índice establece una relación entre el peso y la altura de la persona.

- Según esta medida establecida una persona es obesa cuando tiene un IMC mayor a 30.
- Se considera obesidad clase 1 cuando se tiene un IMC entre 30 y 34,9
- Se considera obesidad clase 2 cuando se tiene un IMC entre 35 y 39,9
- Se considera obesidad clase 3 cuando se tiene un IMC mayor de 40. Este tipo de obesidad también se denomina obesidad severa u obesidad mórbida.

Por otro lado se puede clasificar la obesidad según qué es lo que la origina:

- Se llama **Obesidad Exógena** a la obesidad producida por el exceso de alimentación y costumbres sedentarias.

- Se denomina **Obesidad Endógena** a la obesidad ocasionada por problemas metabólicos.

La obesidad también se puede clasificar según la distribución de la grasa, dentro de esta clasificación se distingue entre:

- **Obesidad Ginecoide**, ginoide o periférica; El cuerpo adquiere “forma de pera”. La grasa se acumula por debajo de la cintura. Se concentra la mayor parte de grasa en las cinturas, en glúteos y muslos.
- **Obesidad Androide**, central o abdominal. En este tipo de obesidad la grasa se acumula mayormente en la parte superior del cuerpo. La mayor parte de la grasa se encuentra de la cintura para arriba en abdomen, pecho y rostro. El cuerpo toma “forma de manzana”

Se denomina **Obesidad Mórbida** a la obesidad más severa. Se dice que una persona padece obesidad mórbida cuando su IMC es superior a 40. Cuando se ha llegado hasta este grado, aumenta notoriamente la probabilidad de sufrir otras enfermedades que vienen como consecuencia del exceso de grasa en el organismo.

Cuando una persona alcanza este grado de obesidad, todo su organismo se ve severamente afectado, así como también su estado emocional y psicológico y hasta su modo de vida. Ante este tipo de obesidad, es muy importante acudir a un especialista para poder seguir un tratamiento que se adapte a las necesidades del paciente. Es muy probable que una dieta y ejercicio no sean suficientes, por más estrictos que sean ya que la persona ha alcanzado un grado de obesidad que es muy difícil revertir con un tratamiento simple. Por eso muchas veces se requiere de internaciones en lugares adecuados para que la persona pueda revertir su enfermedad. En algunos casos también se recurre a cirugías u operaciones de obesidad.

La obesidad mórbida se considera una enfermedad crónica grave y afecta gravemente al organismo pudiendo ocasionar daños que pueden ser irreparables.

Al igual que los grados menores de obesidad, la obesidad mórbida, puede tener su origen en diversas causas. En muchos casos puede existir una fuerte predisposición genética a engordar. Si se conjuga esta predisposición genética con malos hábitos alimenticios y una vida sedentaria, es muy probable que la persona termine padeciendo de obesidad.

Si bien existen tratamientos para la obesidad mórbida y cirugías específicas para tratarla, es difícil combatir esta obesidad, logrando llegar a un peso ideal y mantenerlo después. Pero por más difícil que sea, si el paciente desea luchar contra este tipo de obesidad y pone suficiente empeño y fuerza de voluntad, puede conseguirlo. Lo más importante será aprender a llevar una alimentación saludable y aprender a convivir con la comida, salvo en aquellos casos en que el origen de la obesidad sea alguna otra enfermedad o problema ajeno a la ingesta excesiva de comida (problemas exógenos).

En este tipo de obesidad se dice que el cuerpo toma la forma de una manzana. La mayor parte de la grasa se concentra en la parte superior del cuerpo. Es más común encontrar este tipo de obesidad en hombres que en mujeres, sin embargo también hay mujeres que la padecen. En el caso de las mujeres, la obesidad androide aparece principalmente en determinadas situaciones en las que las mujeres tienen cambios hormonales como por ejemplo durante la menopausia o durante el embarazo.

La **Obesidad Androide** se considera de mayor riesgo que la obesidad ginoide. Esto se debe en gran parte a que al acumularse la grasa principalmente en la parte superior del cuerpo, los órganos que se ven más afectados son el corazón, los pulmones, el hígado y los riñones. Por este motivo, la obesidad androide es un factor de riesgo

adicional para sufrir enfermedades coronarias, colesterol alto, diversos problemas del corazón y problemas.

El riesgo de diabetes también suele ser mayor en las personas que padecen obesidad androide que en las que padecen obesidad ginoide.

En los casos de la **Obesidad Ginoide**, se dice que el cuerpo adquiere forma de pera. Este tipo de obesidad es mucho más común en las mujeres que en los hombres. Al contrario de lo que ocurre con la obesidad androide, con la obesidad ginoide el exceso de grasa se concentra principalmente en la parte inferior del cuerpo; es decir, en abdomen, muslos, nalgas, y piernas.

En este tipo de obesidad, los órganos que se ven más afectados son los riñones, el útero y la vejiga aunque también pueden verse afectados otros órganos como el corazón u otro órgano, ya que el exceso de grasa afecta negativamente a todo el organismo. También es probable que aparezcan problemas en las piernas, como varices, hinchazón, problemas circulatorios y cansancio excesivo. Todo esto es debido al exceso de peso que se concentra en la parte inferior del cuerpo.

Si bien se considera que la obesidad ginoide es de menor riesgo que la obesidad androide, a menudo resulta más difícil reducir de peso cuando se padece este tipo de obesidad.

Se dice también que existe un tercer tipo de obesidad en el que la distribución de la grasa se da de forma uniforme en todo el cuerpo. En los casos más severos, este tipo de obesidad puede acarrear graves complicaciones ya que el exceso de grasa está afectando a todo el cuerpo y a todos los órganos.

Causas de la obesidad (Goldberg Kalik, 2010)

Las causas de la Obesidad hasta el día de hoy no han sido del todo comprendidas pero se sabe que existen muchos factores causantes de esta grave enfermedad, unos que parecen ser muy sencillos y otros bastante complicados.

Por mencionar las más importantes causas, tenemos las siguientes:

Psicológicas

Los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales, que por lo general tiene su base desde el nacimiento del sujeto, a partir de una relación fallida entre la madre y el hijo, donde no hubo una separación correspondiente que permitió al niño desprenderse y comenzar a ser separado de su madre. Lo que crea primero en el niño relaciones de dependencia y postergación del deseo propio por el de los demás y luego en el adulto, relaciones de dependencia pero con el alimento, provocando un goce autista que lleva a la persona a aislarse del entorno social que la rodea.

Metabólicas

El uso energético de las calorías varía considerablemente entre una persona y otra. Algunas personas son más eficientes en lo que se refiere a la utilización de calorías para poder mantener la temperatura corporal y para llevar a cabo los procesos metabólicos.

Genéticas

Investigaciones recientes sugieren que la influencia genética contribuye en un 33 por ciento aproximadamente al peso del cuerpo, pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular.

Los genes involucrados en la Obesidad pueden considerarse junto a las experiencias infantiles como predisponentes y pudieran estar actuando uno o varios de ellos en conjunto y estos son:

Gen	Localización	Intervención
OB	7q 32	Codifica para elaborar la proteína LEPTINA
OB-R	p 31	Es el gen del receptor de la proteína LEPTINA
Fat	11p 15.1	Interviene en la formación de la PROINSULINA
TUB	11p 15.4	Se presenta en OBESIDAD y diabetes
TULP 1	6p 21.3	Se presenta en OBESIDAD y diabetes
TULP	2 19q 13.1	Se presenta en OBESIDAD y diabetes
AY	20q 11.2	Se presenta en OBESIDAD, diabetes y presentan pelo amarillo

Según Cormillot (2010), es posible que uno o más genes causen directamente un aumento de peso y obesidad, en la mayoría de los casos, estos genes aumentan el riesgo o susceptibilidad de un individuo a desarrollar esta enfermedad si se expone a un entorno desfavorable. En otras palabras, la obesidad es el resultado de un estilo de vida que promueve un balance de energía positivo (más calorías ingeridas que las que se gastan con la actividad física), pero se manifiesta con mayor frecuencia en personas que han heredado una susceptibilidad a mantener dicho balance. Los mecanismos genéticos involucrados pueden influir en el poco control del apetito, una baja proporción de masa magra, un bajo ritmo metabólico, un bajo ritmo de oxidación de las grasas, baja propensión a la actividad física espontánea y factores hormonales como la sensibilidad a la insulina, la acción de la hormona leptina y de la hormona de crecimiento.

Se ha estimado que el 25-35% de los casos de obesidad ocurren en familias en las que el peso de los padres es normal, aunque el riesgo es mayor si los padres son obesos. El riesgo de obesidad de un niño es 4 veces mayor si uno de sus padres es obeso y 8 veces mayor si ambos lo son. Así mismo, el patrón de distribución de la grasa corporal sigue también la misma tendencia que el observado en los padres. Por tanto, el riesgo de ser obeso, puede estar atribuido al seguimiento de hábitos similares de alimentación en la familia genéticamente predispuesta. Stunkard y Col demostraron que el peso de niños adoptados se correlaciona significativamente con el peso de sus padres genéticos. Estudios realizados en hermanos gemelos han demostrado que los gemelos univitelinos muestran mayor similitud en cuanto al peso y a la cantidad de grasa subcutánea que los gemelos bivitelinos. Existe por tanto una base genética heredada de una forma poligénica en un 40-80% de los casos de obesidad. Esta base genética puede actuar a través de diferentes mecanismos: preferencia por determinados tipos de comidas, gasto energético, patrón de crecimiento, distribución de la grasa, efecto termogénico de los alimentos y grado de actividad física.

Es probable que el contenido corporal de grasa esté modulado a lo largo de la vida de una persona mediante una diversidad de efectos surgidos de interacciones entre genes, factores ambientales y estilo de vida. Estos efectos son el resultado de las diferencias en sensibilidad a la exposición al ambiente según la individualidad genética y a los diferentes estilos de vida de un individuo a otro. Así lo propone el modelo de herencia multifactorial de Bouchard que describe lo anterior según la fórmula siguiente: $P = G + A + G * A + e$, donde P = fenotipo de obesidad, G = efecto de genes aditivos, A = factores ambientales y estilo de vida, G*A = interacción genotipo y ambiente y e = error.

Entre los genes que se han propuesto como candidatos a “genes de la obesidad”, cabe destacar los que codifican las siguientes proteínas o receptores: leptina (LepEl)/(Lep-R), las proteínas desacoplantes o “uncoupling proteins” (UCPs: UCP1, UCP2 y UCP3), el receptor b-3-adrenérgico (ADR-B3), la Pro-opiomelanocortina (POMC), melanocortina (MCR) y el neuropéptido Y (NPY).

Socioculturales

Definitivamente todo el entorno que nos rodea es una gran influencia para desarrollar la obesidad. Todo el entorno social gira alrededor de la comida y la bebida. La comida se ha vuelto un "premio" al comportamiento.

La comida se ha vuelto el "mejor cierre" para un buen negocio.

Todas las religiones tienen un entorno con el tipo de comida que deberá de ingerirse (vigilia, kosher, líquidos con luna llena, etc.).

Y así podríamos continuar con varios ejemplos, estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel más alto. El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales.

Sedentarias

El sedentarismo es una de las principales causas de la Obesidad. Y está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo.

La falta de actividad física favorece el sobrepeso ya que el cuerpo no llega a gastar toda la energía que recibe a través de los alimentos. Desde hace poco más de medio siglo, el llamado estilo de vida occidental se ha vuelto cada vez más sedentario, en parte debido a las tecnologías de ahorro de esfuerzo, la multiplicación de los medios de transporte y los trabajos de escritorio son apenas dos ejemplos, y en parte debido al desplazamiento de la alimentación hacia opciones no saludables (Cormillot, 2010).

Neuroendócrinas (Cormillot, 2010)

- Obesidad de origen en el Hipotálamo
- Enfermedad de Cushing (niveles altos de cortisol)
- Hipotiroidismo (baja de niveles de tiroides)
- Síndrome de Ovario poliquístico
- Deficiencia de Hormona de Crecimiento

Medicamentosas

Ciertos fármacos utilizados frecuentemente causan aumento de peso, como la prednisona (un corticosteroide) y muchos antidepresivos, así como también muchos otros fármacos que se utilizan para curar los trastornos psiquiátricos.

Los antidepresivos de origen tricíclico han demostrado un aumento de grasa y una ganancia de peso importante, presentando cuadro de obesidad.

Los tratamientos largos a base de corticoides han demostrado un aumento de grasa y de peso, también presentando obesidad.

Nutrición Altamente Calórica

Definitivamente el consumo de más calorías que las que nuestro cuerpo requiere provoca que el balance calórico vaya acumulando más calorías y por cada 7.500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumenta 1 kg. de peso, y esto conduce a un cuadro de obesidad.

Estos alimentos producen menor saciedad que los alimentos basados en vegetales. Se cree que las señales nerviosas de la saciedad son débiles o llegan al cerebro sólo después de que sea consumida una gran cantidad de alimentos, de manera que el organismo sigue incorporando más energía de la que necesita, la cual se almacena en forma de grasa. Por otro lado, la capacidad que el cuerpo tiene de almacenar grasa es ilimitada y lo hace con gran facilidad (Cormillot, 2010).

Multifactoriales

Queda demostrado que en la mayoría de los casos de Obesidad, encontraremos un origen multifactorial y esto nos lleva de la mano a que siendo el origen multifactorial, el tratamiento es la mayoría de las veces más complicado de lo que uno creería.

Crisis Vitales

Tomando como referencia a la Lic. Recchia Romina (s.f) podemos pensar que la crisis vital no es un trastorno mental, pero si un factor influyente en la calidad de vida de quien lo experimenta. Todas las personas se encuentran expuestas a sufrir un período de crisis vital en cualquier momento de la vida y es esperable atravesarlo con un intenso malestar emocional, con cambios en las creencias, valores y patrones comportamentales.

El sufrimiento es un aspecto inevitable de la vida, del cual ninguna persona puede escapar. No es positivo ni negativo, es desagradable de experimentar pero permite reflexionar, evaluar alternativas y cambios de comportamiento, también mueve a reformular las creencias y valores subjetivos y con ello los objetivos de vida.

Todos los seres humanos atraviesan acontecimientos psicosociales críticos que mueven necesariamente a realizar cambios de hábitos para lograr adaptarse emocionalmente a lo que los nuevos hechos demandan.

Durante una crisis vital las creencias idiosincráticas son cuestionadas, es por ello que podemos decir que después de atravesarlas la construcción del mundo se ha enriquecido.

La crisis vital emerge en la vida de una persona cuando se ve obligada a enfrentar un suceso inusual y/o excesivo, significando una amenaza en su calidad de vida o su la integridad física, siendo insuficientes los recursos subjetivos para afrontarlo. A esto se denomina estado de vulnerabilidad.

Una crisis va a aparecer en la vida de una persona cuando un determinado acontecimiento amenaza con alterar su equilibrio personal, en sentido tanto favorable como adverso.

La situación de crisis va a depender de los recursos adaptativos del sujeto, pudiendo aparecer una situación estresante en la propia evolución del individuo (crisis evolutivas o esperables), o bien otras denominadas "crisis accidentales" o crisis inesperadas o imprevisibles, en las que estarían incluidas tanto las crisis cotidianas como separación, pérdidas, muertes, enfermedades corporales, como los desastres y las catástrofes.

Estas crisis se reconocen como disparadores o desencadenantes de la obesidad que, solos o combinados, favorecen su manifestación en los individuos predispuestos.

Estos factores desencadenantes pueden ser:

- 1) **Fisiológicos**: menarca, embarazo, menopausia, diversas enfermedades, etc.
- 2) **Psicológicos**: stress, crisis vitales (nacimiento de hermanos, inicio de la escolaridad, adolescencia, casamiento, nacimiento de los hijos, divorcio, muerte o enfermedad de seres queridos, etc.).
- 3) **Sociales**: hábitos de comidas adquiridos en el grupo familiar y/o cultural, ascensos y descensos de status, cambios laborales, la publicidad y las estrategias de marketing (que promueven el consumo de alimentos cada vez más calóricos, concretando por primera vez en la historia de la humanidad la paradoja de una máxima disponibilidad de comida para ciertos grupos de la población, con un mínimo de actividad física para conseguirla), incremento del sedentarismo y la pasividad por el uso de elementos que en el hogar y la industria facilitan las tareas o sirven a la recreación, etc.

Definición de crisis: Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

Las crisis pueden ser del desarrollo (esperables) o circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles).

Crisis del desarrollo

Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud. Presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva

_Crisis del nacimiento e infancia

_Crisis de la pubertad y adolescencia

_Crisis de la primera juventud

_Crisis de la edad media de la vida

_Crisis de la tercera edad

Crisis circunstanciales

Las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales.

Abarcan una alteración psíquica y de la conducta ante pérdida o amenaza de pérdida de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados).

- Separación

- Perdidas

- Muerte

- Enfermedades corporales

- Desempleo

- Trabajo nuevo

- Fracaso económico
- Violaciones
- Incendios

La crisis circunstancial tiene cinco características:

- 1) Es repentina: aparece de golpe.
- 2) Es inesperada: no puede ser anticipada.
- 3) Es urgente: pues amenazan el bienestar físico o psicológico.
- 4) Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales).
- 5) Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Polos de las crisis:

Plantea que las crisis son inherentes al desarrollo y se manifiestan en dos polos: positivo y negativo. La resolución de la crisis del lado positivo significará salud y corresponde al proceso de duelo; mientras que si se da del lado negativo significará enfermedad y corresponde al trauma.

Factores Emocionales

Corresponden a los factores intrínsecos que pueden representar una causa para el desarrollo de la obesidad.

Según Guerrero (2010), los estados anímicos manifiestan una gran actividad orgánica que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos y otras como estados anímicos permanentes.

Los estados anímicos se conciben como un comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, en mayor o menor grado, toda conducta motivada.

Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética.

Robert Plutchik, citado por Guerrero (2010), identificó y clasificó las emociones en el 1980, propuso que los animales y los seres humanos experimentan 8 categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adoptiva.

Temor, sorpresa, tristeza, disgusto, ira, esperanza, alegría y aceptación; cada una de estas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente aunque de diferentes maneras.

Según el mismo autor, las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en optimismo; la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño; el desengaño es una mezcla de sorpresa y tristeza.

La intensidad emocional varía en un individuo a otro. En un extremo se encuentran las personas experimentan una intensa alegría y en el otro extremo están los que parecen carecer de sentimientos, incluso en las circunstancias más difíciles.

Entre más intensa sea la emoción, más motivara la conducta. Las emociones varían según la intensidad dentro de cada categoría y este hecho amplía mucho el rango de emociones que experimentamos.

Guerrero (2010) menciona que en 1880, William James formuló la primera teoría moderna de la emoción; casi al mismo tiempo un psicólogo danés, Carls Lange, llegó a las mismas conclusiones. Según la teoría de James-Lange, los estímulos provocan cambios fisiológicos en nuestro cuerpo y las emociones son resultados de ellos.

Guerrero (2010) continúa afirmando que la teoría de Cannon-Board, propuso que las emociones y las respuestas corporales ocurren simultáneamente, no una después de la otra. Esto señala un aspecto muy importante: lo que ve (escucha o en todo caso percibe) desempeña un papel importante en la determinación de la experiencia emocional que tiene.

Las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas. Son muchas las reacciones somáticas que presenta el organismo.

El encargado de regular los aspectos fisiológicos de las emociones es el Sistema Nervioso. El sistema nervioso autónomo acelera y desacelera los órganos a través del simpático y para-simpático; la corteza cerebral puede ejercer una gran influencia inhibitoria de las reacciones fisiológicas; de este modo algunas personas con entrenamiento logran dominar estas reacciones y llegan a mostrar un auto control casi perfecto.

El detector de mentiras es una máquina de detectar si el sujeto falsea las respuestas. Este aparato intenta medir las reacciones Fisiológicas en el ritmo cardíaco y respiratorio, así como la tensión sanguínea.

Las emociones van acompañadas de diversas expresiones del cuerpo, existen una serie de reacciones emocionales que pueden ser llamadas sociales, porque en la producción de las mismas intervienen personas o situaciones sociales.

Existen las frustraciones que son, entre otras, la inadaptación emocional y la falta de tolerancia a las mismas. De este modo el logro y el fracaso, así como la dependencia e independencia, son las principales fuentes internas de frustración y de acción en el obeso.

La repetición de la frustración tiende a desarrollar la distancia entre su causa y la reacción; y puede llegar el momento en que se ha perdido la noción del origen de la frustración.

Si el conflicto es grave y prolongado como es el caso de los sujetos obesos, puede acabar creando no sólo una gran tensión, sino también puede quebrar o trastornar su salud mental.

La angustia produce trastornos que se expresan de manera predominantemente fisiológica y no simbólica.

Como el afecto se expresa a través de las vísceras, su sentimiento o su parte subjetiva se reprime y en consecuencia se previenen la posibilidad de que se vuelva consciente. Su expresión no está bajo el control absoluto de la voluntad ni de la percepción.

Debido a que los estados emocionales crónicos con frecuencia se asocian a defectos en las funciones orgánicas y se relacionan en forma estrecha con los problemas cotidianos de la vida.

La acumulación de problemas en las relaciones interpersonales produce una gran parte de las tensiones y angustias que acosan al obeso y trastornan su fisiología.

De acuerdo con lo que las observaciones clínicas y de laboratorio muestran en la actualidad, las experiencias que despiertan una emoción de gran intensidad, ya sea porque son súbitas o inesperadas o porque ocurren de manera variable o prolongada, tienen el potencial de establecer patrones que desorganizan el funcionamiento orgánico.

El síntoma psicossomático representa la concomitante fisiológica de un estado emocional. Los psicoanalistas postulan que los síntomas representan regresiones fisiológicas, en la misma forma en que los síntomas psicológicos a menudo expresan la reaparición de formas infantiles de conducta, como una tentativa para resolver un conflicto.

Algunos psiquiatras opinan que los factores psicológicos no son los que determinan cuál sistema orgánico se afectará por las influencias que actúan emocionalmente, sino más bien existe una tendencia hereditaria a responder somáticamente ante el stress y ante una crisis, en una forma característica para cada individuo.

La obesidad se ha interpretado en gran parte como un aumento en el impulso coercitivo que lleva el individuo a comer. Se ha tratado de elucidar el origen de tal impulso patológico, tanto por medio de impulsos fisiológicos como por medio de estudios psicológicos.

El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida a través de su devoción hacia el niño.

Al pasar el tiempo, la imagen del cuerpo obeso llega a tener un gran significado emocional para el paciente, ya que suele representar el deseo poderoso y en la vida real proporciona satisfacción.

Factores Ambientales

Corresponden a los factores extrínsecos que pueden representar una causa para el desarrollo de la obesidad.

Según la opinión de Arteaga (1997), existe un gran número de factores que pueden estar implicados en la patogénesis de la obesidad, como son el exceso de alimentación durante el periodo prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), el nivel socioeconómico (clase social baja en los países desarrollados y clase social alta en países en vías de desarrollo), factores relacionados con el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida.

Un factor ambiental que ha provocado un aumento de la obesidad en nuestra sociedad, es el ver la televisión y trabajos o juegos en la computadora durante muchas horas. Está demostrado que el número de horas que se ve la TV tiene una relación directa con el riesgo de obesidad. La TV es un factor predictor muy importante de obesidad y muestra un efecto dosis-respuesta. Pueden encontrarse varias explicaciones a este hecho ya que la TV anuncia publicidades de alimentos con alto contenido calórico, los personajes de la TV en general muestran malos hábitos alimentarios, y además la TV reemplaza otras actividades al aire libre que consumen más energía. Durante los últimos 50 años el aporte calórico de las dietas, ha aumentado de 1700 calorías por persona por día, a más de 3200 calorías persona día. En relación a la composición de la dieta, la ingesta lipídica se ha triplicado.

Aunque a veces puede parecer obvio por qué ciertos individuos engordan, es mucho más difícil entender por qué el peso promedio de ciertas sociedades ha aumentado recientemente. Las causas genéticas son muy importantes para entender la obesidad,

pero no pueden explicar plenamente por qué una cultura tiene más gordos que otra. La mayoría piensa que es una combinación de diversos factores:

- **Carencia de actividad.** Las personas obesas parecen ser menos activas en general que la gente delgada, y no sólo a causa de su obesidad. Un incremento controlado en la ingesta de calorías de personas delgadas no las convirtió en menos activas; sin embargo, cuando las personas obesas perdieron peso no se hicieron más activas. El cambio de peso no cambia los niveles de actividad, pero sí a la inversa.
- **Costo de la comida.** Cada vez son más costosos los productos light y más bajos los sueldos de la mayoría de la población, lo que produce un gran incremento de personas con una mala alimentación.
- **Mayor publicidad.** En la Argentina no existen regulaciones sobre anuncios de golosinas, comida rápida, y toda clase de alimentos, lo que provoca una mayor cantidad de publicidad de productos engordantes, que afecta a nivel conciente e inconsciente el consumo en los sujetos.
- **Cambios en la forma de trabajar.** Cada año aumenta el porcentaje de personas que pasan toda su jornada laboral detrás de un escritorio y delante de la computadora, por lo que no hacen ningún tipo de actividad física.
- **Más electrodomésticos.** En la cocina, el microondas ha provocado el consumo de alimentos precongelados repletos de calorías.
- **Hábitos familiares.** Es habitual ver que, en una misma familia, varios integrantes tienen exceso de peso. Los hijos de padres obesos tienen mayor tendencia a ser obesos. Esto se debe no solo a los factores genéticos (ya que también ocurre con personas que viven juntas y que no tienen un lazo

sanguíneo), sino también por la influencia familiar y cultural que reciben de sus padres.

- **Hogares con dos ingresos.** Algunos piensan que el hecho de que un integrante de la pareja no se quede en casa incrementa el número de comidas rápidas o de salidas a restaurantes.
- **Estilo de vida urbano.** Las tasas de obesidad se incrementan entre la gente que vive en ciudades, posiblemente debido a que caminan menos y emplean menos tiempo en cocinar.
- **Comida rápida.** Desde los 80 los establecimientos de comida rápida han experimentado una tremenda expansión. La comida de bajo costo y la intensa competencia ha aumentado el tamaño de las porciones de alimento (por ejemplo, las papas fritas de McDonalds tenían 200 calorías en 1960 mientras que hoy en día tienen 600).
- **Televisión.** Es otro factor que ha influido notablemente en el incremento de la obesidad ya que ésta tiene un papel muy importante en la sociedad actual. En la televisión se ven constantemente anuncios sobre comida basura, golosinas, snacks, comidas ya preparadas, gaseosas y bebidas alcohólicas. Esto genera una cultura en la que cada vez es más habitual alimentarse con este tipo de alimentos. Gran parte de los alimentos que se publicitan en la televisión son perjudiciales para una persona obesa. Por este motivo, y además debido a la adhesión que crea la tele en la sociedad, incitando al sedentarismo, se considera que la obesidad se ha convertido en una epidemia y cada vez es mayor el número de personas que la padecen.
- **PC.** En la actualidad la computadora es un factor muy importante en el desarrollo de la obesidad, porque tanto niños, jóvenes, como adultos pasan muchas horas frente a la misma, ya sea trabajando, chateando, navegando, o

ingresando en las nuevas redes sociales como Facebook, Twitter, YouTube, entre otras, que absorben mucho tiempo, que podría ser empleado en actividades más activas que no favorecen al aumento de peso.

- **Esperanza de vida.** La probabilidad de ser obeso se incrementa con la edad. Después de los treinta años, el metabolismo se hace más lento y se reduce la cantidad de calorías necesarias para mantener el cuerpo, de tal modo que si una persona no reduce su ingesta de comida con la edad llegará a ser obesa. Como la edad promedio de los individuos dentro de una sociedad está aumentando, la tasa de obesidad también se incrementa. Esta situación se exagera debido a la generación del baby-boom.

Es interesante que entre los argentinos se produjo un incremento en las dietas y el ejercicio antes de que se produjera el aumento de la obesidad, de ahí que algunos investigadores hayan argumentado que en realidad esta tendencia a la dieta y el ejercicio provoca obesidad más que eliminarla. Casi todas las dietas fracasan, y quienes las siguen vuelven a sus antiguos hábitos alimenticios o incluso comen compulsivamente después de las mismas. Al ver que su peso aumenta de nuevo, vuelven a hacer otra dieta y la abandonan otra vez, cayendo así en un modelo de aumento y caída de peso conocido como "ciclo de peso". De forma similar, quienes trabajan en una actividad física y luego cambian a otra más estática engordan más que aquellos que nunca hicieron ejercicio (Eleconomista.es, 2008).

Prevalencia

La Sociedad Argentina de Nutrición encontró en el año 2003 que el 50% de la población no era delgado (su índice de masa corporal era mayor de 21.6) mientras un 29% estaba ya en sobrepeso y un 20% con un índice mayor a 30 (obesidad franca). Es decir que el 60% de la población mostró un peso excesivo para la talla. A los 18 años

menos de un tercio de los jóvenes estaban excedidos de peso, pero a los 35 años lo estaba dos tercios de la población (Russo, 2006).

En 2008 un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló que actualmente en el planeta existen 1800 millones de casos de sobrepeso y 600 millones de obesidad clínica cifra que aumentaría en el 2015 a más de 2300 millones de adultos con sobrepeso y a 700 millones con obesidad (Flores, 2010).

En nuestros días de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (s.f.), más de 1000 millones de personas en todo el mundo tienen sobrepeso (22 millones son niños menores de 5 años) y unos 300 millones, obesidad.

Las cifras de sobrepeso y obesidad pueden variar mucho de país en país, desde un escaso 5% en áreas rurales de China hasta un altísimo 90% de la población adulta en islas del Pacífico occidental como Nauru y Tonga. En Europa, cerca del 27% de los hombres y 38% de las mujeres son consideradas obesas, mientras que en EE.UU., uno de los países más afectados, el índice de sobrepeso alcanza al 65% de la población y la obesidad supera el 30%, de acuerdo a la clasificación de la OMS.

En Argentina, datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud, revelan que el 14,6% de la población tiene obesidad, y el 34,5%, sobrepeso (Cormillot, 2010).

Prevención

La prevención de la obesidad es una estrategia prioritaria de salud pública que debe comenzar desde la infancia y que requiere la participación activa y comprometida de los pediatras junto con otros sectores. Cuanto más temprano sea su inicio, los beneficios a corto, medio y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos.

La importancia de la prevención es cada vez más evidente, pero los datos sobre la efectividad de estos programas son aún limitados.

Los resultados del tratamiento de la obesidad una vez establecida son poco gratificantes. Por ello los esfuerzos deben dirigirse hacia la prevención. Las medidas preventivas deben iniciarse lo antes posible con el fin de involucrar a la familia en la corrección de hábitos dietéticos y en el estilo de vida. Las medidas generales van dirigidas a todos los niños desde recién nacidos, pero deben intensificarse en niños de riesgo (inicio de sobrepeso en períodos críticos (antes de los 5-6 años y adolescencia) y en hijos de padres obesos): promoción de la lactancia materna, introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, evitar el picoteo no nutricional entre comidas, promover el ejercicio físico, evitar la actitud sedentaria, control de peso y talla y cálculo del IMC en todas las visitas del Programa de Seguimiento de Salud Infantil, influir en los profesionales de su ámbito de actuación (zona básica de salud: colegios, ayuntamiento, institutos, guarderías, escuelas infantiles, asociaciones de vecinos...) sobre los riesgos de la obesidad y los beneficios de una dieta equilibrada, y relación y colaboración con enfermería y médico de familia para llevar un programa común de seguimiento (Fernández Segura, 2005).

La Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular. La Estrategia pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, y tiene por objetivo lograr una reducción significativa de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, y en particular de las dietas poco saludables y de la inactividad física.

La labor de la OMS en materia de dieta y actividad física es parte del marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas que tiene el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, cuyos objetivos estratégicos consisten en: fomentar la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas; promover la salud, especialmente entre las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables debidas a las principales enfermedades crónicas.

Esta labor es complementada por la del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, cuyos objetivos estratégicos consisten en fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida, especialmente entre los más vulnerables, para lo cual proporciona apoyo a los países para que elaboren y apliquen programas y políticas nacionales intersectoriales de alimentación y nutrición que permitan hacer frente a la doble carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Obesidad, un Trastorno Psicosomático

Tomando como referencia al Dr. Rubén Zukerfeld y la Lic. Raquel Zonis de Zukerfeld (1996), podemos pensar en la historia de la medicina en general y de la psicología contemporánea en particular, en la que las teorías psicoanalíticas ocupan un papel relevante, existió siempre un profundo interés en determinar la importancia de los factores emocionales, en el desencadenamiento de las enfermedades orgánicas y en las consecuencias psicológicas de las mismas. El término psicósomática da cuenta de

aquel interés y existe hoy en día un bagaje de términos teóricos y constructos que son propios de este campo. Uno de ellos es el de vulnerabilidad somática.

Por otra parte, desde el campo sociofamiliar, son abundantes las consideraciones clínicas y teóricas sobre los modos de enfermar en determinados contextos macro y microculturales. Así es que teorías que estudian los vínculos inter y trans subjetivos, como también aquellas que investigan la conformación de sistemas paradójales, y la categoría misma de familia disfuncional dan cuenta del interés que tiene este campo. Asimismo el desarrollo de técnicas grupales con pacientes orgánicos permite inferir la jerarquía que ha adquirido el concepto de red vincular de sostén en cualquier abordaje terapéutico: toda la actual crisis de los modelos de solidaridad social y su conexión con el incremento de determinadas patologías expresa claramente esta concepción.

Es conocido desde la definición de la OMS del concepto de salud, conviene incluir imprescindiblemente en la misma noción de bienestar y ésta, a su vez, remite a una percepción subjetiva heterogénea con respecto a su estado objetivo. Así es que surge el constructo de calidad de vida y desde esta concepción se valora el estudio de hábitos y comportamientos determinados que pueden ser preventivos para el desarrollo de enfermedades y otros que constituyen factores de riesgo.

También es conocido como la condición socioeconómica y ambiental influye en la calidad de vida (acceso a empleo, vivienda y alimentación, tiempo de ocio, exposición a factores exógenos, etc.) convirtiéndose en un punto crítico para el desarrollo de ciertas enfermedades.

El término vulnerabilidad, remite a una condición a la que se le atribuye un cierto valor predictivo de futuras constelaciones sintomáticas. La disposición genética, las vicisitudes de la relación materno-filial y los traumas tempranos, y los sucesos posteriores que constituyen las series complementarias, generarían un perfil o una

tendencia de la que se han ocupado todas las escuelas psicoanalíticas. El mayor o menor determinismo que se le suele atribuir a las carencias y/o excesos implica sobrentender mayor o menor vulnerabilidad en el sentido de probabilidad de desarrollo sintomático. Se comprende entonces que hablar de vulnerabilidad implica una idea acerca de la constitución y funcionamiento del aparato psíquico. Ésta se encuentra conectada con la noción de factor de riesgo y con el tradicional concepto de stress; también la depresión y determinadas estructuras cognitivas asociadas a ciertos comportamientos incrementarían la “vulnerabilidad”. Asimismo las concepciones psiconeuroendocrinoinmunológicas describen cada vez con mayor precisión diversos circuitos que pueden implicar mayor o menor vulnerabilidad.

El aparato psíquico funciona de dos modos coexistentes y permanentes, en la salud y la enfermedad, éstos dos modos de se corresponden con las estructuras metapsicológicas que reconocemos (la estructura edípica conflictiva y la estructura narcisística nirvánica) y que consideramos constituyentes de una tercera tópica de raigambre freudiana, a partir de la presencia de un inconsciente escindido junto a un inconsciente reprimido. En este modelo el soma con su disposición genética y sus feed-backs neuroinmunoendócrinos es efector pulsional y receptor a su vez en cuatro niveles de distinta complejidad: el procesamiento regresivo (conversión), los de procesamientos progresivos (pensamiento, afectos, creencias y distintos comportamientos) y los que implican descarga endógena (eclosión somática, acto síntoma, somatización) o exógena (factores ambientales, tóxicos o infecciosos).

Así es que el cuerpo se altera de distintas maneras de forma tal que la vulnerabilidad somática es un constructo inespecífico, multideterminado, en el que le adjudicamos un valor especial de modo de funcionamiento narcisista nirvánico. Por otra parte, el campo familiar y social, decisivo en la constitución del sujeto, es altamente significativo como red de sostén vincular y para el nivel de calidad de vida

posible. En este sentido la mayor o menor vulnerabilidad somática (y por ende la enfermedad) se encuentra conectada con aquellos parámetros ya que la mentalización por sí sola no garantiza la salud.

Según Berkei (1984) las enfermedades psicosomáticas ocupan un lugar intermedio entre las enfermedades orgánicas puras y las enfermedades neuróticas, pero el límite entre ellas no es neto, sino que hay una transición imperceptible. Deberíamos designar como psicosomáticas a todas las enfermedades humanas, más aún si consideramos que el estado anímico del individuo cumple un papel decisivo en el momento de contraer cualquier tipo de enfermedad orgánica.

La enfermedad psicosomática es un trastorno con una disfunción fisiológica manifiesta, que parece estar ligada con la estructura de personalidad del paciente, con su historia vital, con sus circunstancias.

Constitución del obeso

Berkei y otros psicoanalistas (1984) sostienen que las enfermedades psicosomáticas, entre ellas la obesidad, tienen su origen en el desarrollo del bebé, con su dependencia de los cuidados maternos fallidos, es decir, estas enfermedades que son perturbaciones narcisistas surgen en diferentes momentos preedípicos de la evolución y debido a distintos defectos en la relación primitiva madre-hijo.

La mayoría de éstos autores están de acuerdo en señalar ciertos momentos lábiles del proceso de diferenciación. Son momentos de cambio en los que el infante reacciona con trastornos graves a fallas del medio que en los períodos siguientes tolerarían mejor. Se basan en la evolución de la relación objetal, que parte de una relación narcisista primitiva y no depende de la pulsión que busca descarga, sino de la oposición entre dos tendencias: la fusión anobjetal y la discriminación sujeto-objeto.

Una falla maternal en el principio del período simbiótico desorganiza todo el proceso, crea confusión, psicosis. Hacia el final del período simbiótico y durante el período de separación-individuación el niño ya está en vías de diferenciarse, estructurando un Yo que le proporciona cierta capacidad defensiva. El impacto de la falla materna, por lo tanto, ya no provoca una desorganización total, sino una enfermedad más delimitada, a menudo una enfermedad psicósomática.

Winnicott (1962-1966) se preocupaba por las enfermedades psicósomáticas, al examinar el proceso evolutivo temprano desde el punto de vista de la dependencia del infante y delinear grados de ésta desde la dependencia extrema hasta la independencia. Ubica a la enfermedad psicósomática como consecuencia de una dependencia patológica del infante para con su madre.

Todas las teorías consideran el desarrollo temprano como un período inicial de indiscriminación, de no integración y reconocen la función indispensable de una madre sostenedora que provee al infante de un Yo auxiliar, dado que el Yo del bebé sólo se empieza a formar gracias a los cuidados y estímulos que la madre le proporciona. En este período las provisiones maternas inadecuadas provocan angustia vital, de aniquilación. Si se produce una falla seria en la relación madre-hijo durante este período simbiótico, se provocará un trastorno muy grave, una desorganización psicótica. Las fallas en la relación madre-hijo que ocurren más adelante, desde el comienzo de la disolución de la simbiosis, originan enfermedades psicósomáticas.

Al terminar el proceso de individuación, en la fase edípica, las dos líneas de desarrollo se encuentran y la relación objetal se termina de establecer. La relación triangular sustituye a la dual y ya no se condicionan enfermedades psicósomáticas sino trastornos neuróticos, edípicos. Sin embargo, enfermedades psicósomáticas condicionadas en la fase anterior pueden cargarse después de contenido edípico y

recubrir con una estructura neurótica el trastorno preedípico subyacente, por lo que muchas veces estos trastornos se consideran y se tratan como neuróticos.

Al principio madre-hijo forman una unidad indivisible, Freud recalcó que se trata de una fusión muy intensa entre la madre y su infante, donde la función sostenedora de la parte más fuerte, la madre, depende la vida del lactante. Este contacto íntimo de la madre con su bebé exige mucha empatía para poder captar y responder a las necesidades que la criatura comunica mediante su cuerpo y sus movimientos (hociqueo, estremecimiento, pataleo, retortijones) o mediante sonidos no verbales (llanto, balbuceo). Una madre narcisista que no observa y no escucha las señales de su bebé ni comprende lo que comunican y administra los cuidados según sus propias necesidades, viola el self de su hijo. Le impone lo que no necesita, lo priva de lo que reclama. Esto puede acarrear consecuencias corporales directas. Si al bebé se le da de comer cuando no tiene hambre, se le crea una resistencia, que puede ser pasiva (la inapetencia, no tragar) o activa (el vómito, devolver aquello que se le está forzando a ingerir). No darle cuando necesita puede provocar hiperexcitación, insomnio, autosatisfacción en forma de mericismo, reacciones de protesta que están dirigidas hacia la madre pero que atacan y debilitan al propio infante en forma directa produciendo síntomas, e indirecta obstaculizando su desarrollo. Al darse cuenta de que sus señales pasan inadvertidas, el lactante renuncia a emitirlas y al mismo tiempo que se somete bloquea las actitudes que funcionan como señal y constituyen los elementos corporales que el proceso de simbolización incipiente necesita para formar ecuaciones simbólicas, protosímbolos.

En el período de separación-individuación cambia el cuadro y también el carácter de las deficiencias maternas perjudiciales. En esta etapa la madre puede fallar de dos maneras opuestas. Por un lado apurar la separación y estimular los intentos de independencia pero con brusquedad, sin reconocer que la necesidad de apoyo del niño

sigue persistiendo juntamente con sus progresos en la autoafirmación, o bien, por el contrario, no permitir, bloquear los intentos de autoafirmación del bebé por necesidades narcisistas patológicas propias. Lo rechaza cuando se aleja y solo le muestra afecto si da muestras de su dependencia. No puede renunciar a una parte muy valorada de sí misma, prueba de su capacidad creativa. El niño teme perder el amor de su madre y sin embargo quiere seguir independizándose: se enferma. Es este tipo de relación la que desencadena en la enfermedad psicósomática.

Ambas conductas no empáticas refuerzan los sentimientos ambivalentes del niño, crean resentimiento y rabia y al mismo tiempo una sensación de desamparo, de falta de amor. Amor y odio entran en conflicto. Lo que se niega y se suprime es el odio, la agresión dirigida hacia el objeto querido y necesitado, la madre. Esta agresión se vuelve contra el niño y lo enferma.

Más allá de que las nociones de la psicopatología psiquiátrica ayuden a describir y circunscribir síndromes y trastornos, el psicoanálisis rompe con esta clínica de lo homogéneo que intenta homogeneizar el sufrimiento, y propone una clínica de lo singular. Hablar de lo propio de cada síntoma implica reconocer que cada sujeto tiene una historia particular, y que en su constitución presenta avatares que se definen de manera única. El psicoanálisis muestra no sólo que detrás de un mismo síntoma hay estructuras psíquicas diferentes, sino también que los envoltorios con que se viste el síntoma toman el color de la época.

El niño se vuelve obeso por necesidades orales insatisfechas que se acentúan progresivamente. Estos niños son muy demandantes y no suelen encontrar en el otro el cariño y la atención que necesitan. Ya en su temprana relación de objeto presentan el rasgo de la insaciabilidad y la intolerancia a todo lo que sienten como abandono.

Estos niños se han criado con madres que tienen una tendencia oral marcada y en familias centradas en torno a la comida y al comer. Son madres ansiosas y con poca

capacidad empática hacia su hijo, incapaces de decodificar lo que viene del niño y respondiendo estereotipadamente dándole de comer.

Esta experiencia de incompreensión materna, sella una impronta indeleble que llegada a la adolescencia se manifiesta en una incapacidad para identificar lo que ellos mismos sienten. Los obesos tienen una mala percepción de la diferencia entre hambre y saciedad y entre hambre y otros tipos de emociones. Las fallas graves en la identidad y los sentimientos de inutilidad se relacionan con estos trastornos.

Los sujetos obesos se encuentran aplastados por la demanda del Otro, que tiene una posición de dar alimento sin límite, y cuyo reverso para el sujeto es un llenarse con comida también sin límite. La clínica con éstos pacientes revela que esta sujeción absoluta a la demanda es el modo que encontraron estos sujetos para relacionarse con el deseo materno loco y caprichoso.

El rebajamiento del deseo a la demanda es la operación a la que se entrega el sujeto obeso. Logra de esta forma taponar la falta con un objeto pleno: la comida. Lo imposible de esto se transforma en una tendencia compulsiva e inagotable, frente a un vacío imposible de ser llenado y que constituye la vertiente melancólica de la obesidad.

Un deseo absoluto encarnado en el Otro primordial materno, que es vivido, a falta de la lógica de amor, como demanda insaciable. Este es el estrago materno, un avasallamiento, una devastación, que en la obesidad se manifiesta en el cuerpo deformado por la irrupción de un goce sin límite (Parysow, 2005).

Personalidad del obeso

Máximo Ravenna (2004) describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular

relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo.

La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

- 1. Objeto droga:** si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
- 2. La persona:** una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.
- 3. La familia:** ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
- 4. Factores socioculturales:** la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.

Esa dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto engañándose; es en esta etapa cuando se involucra el entorno. Ya en una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. “La comida no es adictiva. Sí lo es la conexión del individuo con ella”.

Medeiros, Valenzuela Menares, Lolas Stepke y Gallardo Rayo (2005), pertenecientes al grupo de Investigadores de la Universidad de Chile, realizaron diferentes mediciones sobre el perfil de personalidad de los obesos, evaluados con instrumentos estandarizados han llevado a las siguientes conclusiones: “Los obesos tienden a ser inestables emocionalmente, autosuficientes, fácilmente culpabilizables, precavidos, introvertidos, ansiosos y dependientes”.

Cáceres & Pizarro (2002), realizaron una investigación que evaluó el funcionamiento psicológico de siete mujeres adultas que padecían de obesidad y que recibían tratamiento multidisciplinario para la obesidad en el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con el fin de orientar en la elaboración de un perfil prototípico de personalidad, utilizando el Test de Rorschach. Entre los resultados más relevantes destacan la presencia de una tonalidad emocional melancólica y falta de vigor vital en la percepción del mundo y de sí mismas, dando cuenta de un afecto depresivo; alteraciones de la imagen corporal, ya sea porque estuviese simbolizada de manera caótica y/o estuviese connotada desde el rechazo y la devaluación; tendencias a establecer relaciones interpersonales de dependencia, presentando un sentido de sí mismas borroso e indefinido que, probablemente (concluyen las autoras), surge de la ambigüedad de los vínculos tempranos.

Una investigación realizada por Díaz y Lladser (2002), en donde estudiaron a ocho mujeres que realizaban tratamiento multidisciplinario en una Clínica privada de Argentina, a través del Test de Relaciones de Objetos de Phillipson, concluyeron que estas pacientes presentaban “un tipo de funcionamiento con una identidad confusa y cambiante, con límites frágiles, con distorsión del esquema corporal (mayor identificación con hombres por sobre las mujeres)”. En las situaciones grupales las pacientes anticipan devaluaciones, críticas, frustraciones. En situaciones triádicas o edípicas estas pacientes manifiestan dificultad para diferenciarse de la pareja unida, lo que da cuenta que no les es permitido lograr la autonomía y separatividad que la situación triangular requiere. Por último en los vínculos heterosexuales predomina la idealización con escasa cabida al placer corporal mediado por la genitalización.

Las dos investigaciones antes citadas apoyan estudios anteriores que han relacionado obesidad con trastornos al nivel de la percepción interoceptiva. Ello se expresaría en la dificultad que presentarían ciertas personas obesas para percibir, discriminar y nominar los afectos, fundamentalmente los registros de hambre y saciedad.

Algunos autores sugieren que en algunos pacientes obesos se observa un peculiar estilo cognitivo denominado “pensamiento operatorio”, que se caracteriza por una tendencia al uso de la acción en presencia de conflictos, menguada fantasía y deficiente expresión verbal de emociones y afectos; esta última característica se ha denominado *alexitimia*.

Motivación del obeso

Se considera habitualmente que una de las motivaciones más importante para iniciar un tratamiento para la obesidad lo constituye la impresión vergonzosa que la persona puede tener de su propio cuerpo. Varios autores concuerdan en esta idea, señalando que “la consecuencia psicosocial más importante de la obesidad es la insatisfacción con la Imagen corporal” y “El deseo de mejorar la Imagen corporal es a menudo la motivación más importante para intentar bajar de peso”.

Zukerfeld (1996), señala que en los pacientes obesos los problemas relacionados con la Imagen corporal se deben tener siempre en cuenta porque en definitiva la mayor parte de éstos consultan por un malestar vinculado con el aspecto del cuerpo, dice que “el deseo de adelgazar no surgió sobre la balanza, sino frente al espejo. Comparados con los individuos de peso normal, las personas con obesidad presentan más distorsión en cuanto a la percepción de su tamaño corporal, están más insatisfechas y preocupadas con su apariencia física y tienden a evitar situaciones sociales por su apariencia”.

Familia del obeso

Según Cormillot (2010), la contención de la familia en la obesidad es algo de verdadera importancia en esta enfermedad, así como en cualquier patología. Para el obeso a dieta, el apoyo familiar y el tratamiento en familia de su obesidad, es una parte fundamental que incidirá positivamente, en los resultados de su dieta para adelgazar.

Las investigaciones indican que el peso y la obesidad son cuestión de familia, pero no sólo por compartir rasgos genéticos, sino por lo que hacen juntos, cómo pasan el tiempo juntos, lo que comen o cómo se organizan como familia.

En diferentes trabajos se han considerado la influencia de diferentes factores, tales como el peso de los padres, el nivel socioeconómico, el nivel educativo de los padres, el peso al nacer, el nivel de actividad física y otros.

Pero dos factores totalmente ajenos a la genética surgieron como influyentes en el peso de los obesos y ellos fueron la cantidad de horas que pasan frente al televisor o los videojuegos en el caso de chicos y el hecho de que la familia salte comidas.

El ritmo acelerado de hoy en día, así como la desorganización familiar o los escasos recursos económicos pueden llevar a saltarse comidas, y es casi determinante que no comer de manera fraccionada influye en el incremento del apetito y aumenta la ingesta de alimentos, dando más probabilidades a un consumo excesivo que favorezca el aumento de peso.

Asimismo, las actividades sedentarias instaladas en la familia se contagian a los más pequeños del hogar, quienes arman sus hábitos y su estilo de vida de acuerdo a los presentes en los adultos de la familia. Por eso, es fundamental no favorecer este ambiente obesogénico que puede ser el mayor influyente en el desarrollo de obesidad.

Por el contrario, siempre es conveniente compartir la mesa familiar, educar con el ejemplo y modificar ciertos comportamientos a favor de un estilo de vida más sano y activo que no propicie el aumento de peso entre integrantes del hogar.

Alteraciones psicológicas en la obesidad

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

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

Los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, y a diferentes situaciones, procesos, conflictos vitales, lo que no quiere decir todos lo elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, o por una determinada crisis vital desencadenante, la persona obesa puede o no desarrollar una patología, asociada a su trastorno alimentario.

Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de ansiedad, debilidad, irritabilidad, frustración, y por ende, depresión), de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, que

los hace sentir culpables, avergonzados e inadecuados por su fracaso (Orlando & Panzita, 2005).

Alteraciones psicológicas más frecuentes:

Imagen corporal distorsionada

La imagen corporal distorsionada es una representación subjetiva que se tiene del cuerpo propio, que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real.

Rubén Zuckerfeld (2005), define a la imagen corporal como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo, que se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado:

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

Este registro está distorsionado en los obesos, dichas personas poseen una alteración en el discernimiento del tamaño de su cuerpo, el mismo se percibe en dimensiones superiores a las reales; lo que les produce insatisfacción con su apariencia física.

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

Los trastornos en este registro se expresan como una dificultad de percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones, como una

defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominancia de un modo de funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas.

Zuckerfeld (2005), cita a Hilde Bruch, quien sostiene que de producirse una exclusión de las necesidades corporales del niño en la relación precoz madre-hijo prevaleciendo las emociones corporales de la madre sobre las del niño, o por la carencia de una madre “suficientemente buena”(Winnicott), capaz de reconocer adecuadamente las necesidades del bebe (le da de comer según sus propios deseos y no espera los signos de inquietud del bebe, o por ejemplo, este llora por sueño y ella le da la mamadera), esto podría derivar en un desconocimiento de los límites del yo, de la imagen del propio cuerpo y del sentido de identidad, que lleva a una indiferenciación yo-no yo.

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

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

- Preocupación estresante, dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción.
- Timidez y vergüenza en situaciones sociales.
- Incomodidad y angustia cuando la apariencia es percibida por otras personas.
- Excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación.
- Autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

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

Según Faccini (2002), la imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad.

Descontrol alimentario: (atracción alimentario)

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

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo/desesperación/decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminuida autoestima (Vázquez Velásquez & López Alvarenga, 2001).

Ansiedad

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

carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes.

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

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

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

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

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

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer, se produce un aumento de peso (Vázquez Velásquez & López Alvarenga, 2001).

Manifestaciones depresivas

En esta patología se pueden describir las siguientes características:

- Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes. Toda su atención y todo su trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo.
- Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificante.
- Insomnio o al menos serias dificultades para conciliar el sueño y conseguir que este sea realmente reparador.
- Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento.
- Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.
- Frecuente pérdida del apetito y finalmente de peso, o su contrario, aumento excesivo de apetito y por consiguiente de peso.
- Bajo nivel de autoestima.
- Excesiva preocupación por el estado de salud.
- Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
- Llanto, miedo, angustia, sin situación alguna lo justifique.
- Autorreproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva.
- A niveles diferentes de conciencia, suele haber sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad, frustración.
- Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo.
- Ideas más o menos concretas de suicidio.

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

Además de las características mencionadas pueden agregarse elementos biográficos y psicológicos que facilitan la aparición de la depresión. El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión.

Algunas personas presentan un estado de ánimo decaído, sin muchas fuerzas para realizar tareas habituales que no llega a ser una auténtica depresión, las cuales sienten (aunque sin relacionar una cosa con otra) como aumenta su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono. Estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología.

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

Dado que las personas obesas no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc., se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión (Silvestre & Stavile, 2005).

Trastornos de la sexualidad

De muy distintas maneras puede la sexualidad de una persona relacionarse con su obesidad (Silvestre & Stavile, 2005).

Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo

Si bien, el contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, el deseo frustrado de esta satisfacción ocasiona también mucha insatisfacción, y si esta se mantiene durante largo tiempo se tiende a buscar otra satisfacción que,

aunque de manera imperfecta, la compense. Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer. Son muchas las personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional (Silvestre & Stavile, 2005).

Miedo a relaciones sexuales que se dificultan engordando

El miedo a entrar en una relación afectivo-sexual puede provocar que a nivel inconsciente algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para de esta manera, ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen, incluso aunque la deseen (Silvestre & Stavile, 2005).

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

Suele observarse en algunos obesos que bajan de peso cuando se enamoran y lo recuperan cuando pierden al ser querido (representante invariablemente de la madre). Estos fenómenos son sufridos pasivamente, es decir quienes lo padecen no buscan ni acentuar, ni atenuar su peso corporal en relación con sus experiencias amorosas. Pero poco a poco, toma fuerza en su conciencia la constelación de angustia relacionada con temores y/o situaciones de abandono. Este es un ejemplo paradigmático que nos remite a la observación primordial de que, en mucho casos, la pérdida de objetos maternizados puede desencadenar el proceso psicobiológico que conduce a la obesidad. En estos casos el sujeto elige la comida como objeto, en vez de otros objetos, para su compromiso afectivo porque “ella”, la comida, no abandona. Pero como el comer, en la proporción que la voracidad de objeto exige, produce obesidad, esto acarrea rechazo social, con el consiguiente deterioro de la autoestima y el natural dolor que eso produce, busca ser calmado con comida. Se inaugura así un ciclo que gira, dramáticamente, en torno de sí mismo. Así el vacío psíquico, juega un papel

crucial en la cuestión del no saciarse del obeso, entendida desde la orilla de su psicogénesis.

Si el normal saciarse representa la separación del objeto anhelado, el comer de más y sentirse nunca llenos estaría relacionado con un vano intento de llenar un vacío interior sin límites, vacío que tiene su origen en dañinas e indelebles experiencias infantiles de soledad y abandono. El no comprometerse afectivamente equivale en el mundo de muchos obesos, a no sentir hambre (Silvestre & Stavile, 2005).

Estar obeso como forma de agredir al compañero

En algunas parejas, que se ven envueltas en una lucha en la que cada uno se esfuerza por reducir, empequeñecer, limitar, infravalorar al compañero en un intento por sentirse un poco más seguro, a lo que el otro contesta con iguales formas, la obesidad puede ser una forma más de desagradar al otro, sobre todo si el compañero es de esas personas que dan una especial importancia a la estética y aprecian mucho la apariencia ante los demás. Está claro que es un comportamiento absurdo, que lleva al deterioro personal y de la relación, pero ocurre en algunas parejas (Silvestre & Stavile, 2005).

Otros problemas o conflictos psicológicos en obesos

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

Existen razones que llevan a una persona a ingerir más alimento de los que necesita, aún sabiendo sobradamente que este comportamiento acabará, antes o después, en unos kilos que perjudicarán su salud y su estética personal.

Muchas personas, en pleno régimen o tras haberlo terminado, experimentan ansiedad o depresión, a las que ponen fin volviendo a su antigua forma de alimentarse, con lo que vuelven a aumentar de peso.

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

Si bien, para el mejor entendimiento de las cuestiones psicológicas que influyen en que una persona esté obesa y/o que no pueda adelgazar eficazmente se abordan por separado, y se expongan como aspectos diferenciados, nada impide que en la realidad de muchas personas, estas causas se entremezclen. Las causas psicológicas e interpersonales no son aspectos distantes y desconectados unos de otros, se funden y hasta confunden (Silvestre & Stavile, 2005).

Diferentes Tratamientos

Hoy en día la terapéutica de la obesidad implica a menudo la realización de un “programa terapéutico”, el cual es multidisciplinario y el (los) objetivo (s) del tratamiento se deben definir en cada paciente de acuerdo con los problemas médicos asociados a la obesidad y no solamente con el logro de un determinado descenso de peso. El problema terapéutico se centra en la prevención de los riesgos y complicaciones del síndrome y no solamente en el aspecto estético.

Se han considerado como cinco los pilares en el tratamiento de la obesidad: dietoterapia, ejercicio físico, terapia conductual, fármacos y cirugía (Aracena, 2004).

Según el Dr. Alberto Cormillot (2010), la obesidad no tiene actualmente una cura definitiva. El tratamiento busca reducir el peso y mantenerlo en niveles considerados saludables. Para ello apunta a modificar hábitos de estilo de vida como la alimentación y la actividad física. Un programa para perder peso puede incluir:

- Consulta con médico especialista
- Consultas nutricionales
- Asesoramiento para cambio de conductas
- Comidas dietéticas o productos sustitutos de alimentos
- Talleres educativos
- Terapia psicológica o psicoanalítica
- Medicamentos (para personas con IMC superior a 27)
- Intervenciones bariátricas como balón, banda o bypass gástricos (para personas con IMC superior a 35 ó 40).

El *tratamiento Dietético* pretende estimular un cambio perdurable hacia un estilo de alimentación que produzca un efecto sobre la salud global de individuo en el mediano y largo plazo. El énfasis está puesto en la disminución del consumo de grasas totales, grasas saturadas, azúcares simples y alcohol, fomentando un aumento en el consumo de fibra.

Según Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno y el grupo colaborativo de SEEDO (2007), en el tratamiento de la obesidad el plan de alimentación y la actividad física son pilares fundamentales para conseguir un balance energético negativo. La restricción energética de 500 a 1.000 kcal/día respecto a la dieta habitual se traduce en una pérdida ponderal de 0,5-1,0 kg/semana, lo que representa un promedio de un 8-10% del peso corporal inicial a lo largo de 6 meses. Esta restricción no debería comportar un aporte calórico por debajo de 1.000-1.200 kcal/día en mujeres y 1.200-1.600 kcal/día en

varones. Dado que el objetivo es mantener la reducción ponderal a largo plazo, el tratamiento dietético deberá mantenerse de por vida.

Obviamente, el plan de alimentación debe ser individualizado para respetar los gustos personales que sean compatibles con la consecución de una reducción calórica. La prescripción de la dieta deberá hacerse a partir de una anamnesis completa y adecuándola al peso, edad, sexo, enfermedades asociadas, trabajo, vida social y laboral, gustos y horarios, clima y actividad física del paciente. Para facilitar el seguimiento de la dieta pueden emplearse diversas estrategias, como, por ejemplo, reducir la densidad energética de la dieta, controlar el volumen de las raciones, seguir planes de alimentación preestablecidos o sustituir algunas comidas mediante tablas de intercambio. Dietas de muy bajo contenido calórico. Son las que aportan entre 400 y 800 kcal, habitualmente en forma de preparados comerciales que puedan cubrir las necesidades proteínicas y todos los requerimientos de vitaminas y minerales.

Deben emplearse bajo estricto control médico, durante un período no superior a 16 semanas, en pacientes con obesidad mórbida en quienes interese reducir el peso de manera rápida, con el objetivo de disminuir el impacto de las comorbilidades asociadas en su calidad de vida. La pérdida de peso conseguida a largo plazo (un año) es similar a la obtenida con dietas hipocalóricas convencionales. Las dietas de sustitución con productos de muy bajo contenido calórico forman parte de las estrategias terapéuticas para el mantenimiento del peso perdido.

El objetivo del *Ejercicio físico* es lograr un balance calórico negativo sostenido a largo plazo. El ejercicio en combinación con la dieta acelera la pérdida de grasa, preserva la masa magra y previene o desacelera la disminución de la tasa de metabolismo basal, más efectivamente que la dieta sola.

Basándonos en Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno y el grupo colaborativo de SEEDO (2007), la actividad física y el ejercicio son componentes del manejo de la pérdida de peso, inexcusablemente junto a un plan de alimentación estructurado, ya que la práctica de ejercicio físico de forma aislada como tratamiento de la obesidad no parece tener un papel destacado en la pérdida de peso, aunque resulten incuestionables sus efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular y la salud en general. Por ello, diversas sociedades científicas recomiendan que los adultos deberían realizar al menos 30 min diarios de actividad física de intensidad moderada, preferentemente todos los días de la semana. Sin embargo, estas recomendaciones no se ajustan a las necesidades de los pacientes obesos que quieren adelgazar y mantener el peso conseguido a largo plazo. En este contexto, la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO) hace 2 recomendaciones: la primera hace referencia a la necesidad de realizar 45-60 min de actividad física diaria (315-420 min/semana) como acción preventiva para evitar que las personas con sobrepeso puedan evolucionar hacia la obesidad, y la segunda, que va dirigida a las etapas de mantenimiento del peso perdido, propone dedicar de 60 a 90 min diarios (420-630 min/semana) a la realización de actividad física de intensidad moderada, para evitar la recuperación del peso perdido. Estas recomendaciones han quedado refrendadas por otras entidades sanitarias y sociedades científicas.

Muchas personas con obesidad que llevan una vida sedentaria manifiestan escaso interés o habilidad para iniciar una actividad física. Por esta razón, se debe plantear comenzar con un plan de actividad física lento pero progresivo, durante varias semanas, hasta alcanzar los objetivos planteados.

Como primera medida, conviene reducir el sedentarismo, fomentando el incremento de las actividades cotidianas que generen un gasto calórico (utilizar transporte público, subir tramos de escaleras, caminatas, etc.). A medida que la persona

pierde peso y aumenta su capacidad funcional, pueden incrementarse tanto la intensidad como el tiempo de dedicación a estas actividades, hasta alcanzar un mínimo de 45-60 min diarios. Sin embargo, a fin de que la actividad física sea eficaz para adelgazar y/o mantener la pérdida ponderal a largo plazo, es necesario que se realice con una determinada intensidad o esfuerzo. Sólo los ejercicios de actividad moderada o intensa, como caminatas a paso rápido, natación, bicicleta, gimnasia aeróbica, deportes (tenis, baloncesto, fútbol), etc., permiten alcanzar dicho objetivo.

La *terapia Conductual* se orienta fundamentalmente a reforzar los cambios de hábitos alimentarios en el paciente obeso. Incluye dos componentes: lograr conscientemente una disminución de alimentos altamente calóricos, reemplazándolos por otros de bajo nivel energético y lograr promover un aumento de la actividad física.

Para los autores Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno y el grupo colaborativo de SEEDO (2007), es de primordial importancia establecer una serie de técnicas o habilidades para modificar los patrones alimentarios, el grado de actividad física y las falsas creencias que contribuyen al exceso de peso; en definitiva, se trata de convencer al paciente de los beneficios que implica adoptar un estilo de vida saludable. El programa de adelgazamiento debe incluir los registros alimentarios (y las situaciones en que se producen) y de actividad física como herramientas principales de la psicoterapia conductual. En estos planteamientos es conveniente contar con la colaboración de profesionales de la nutrición, psicólogos o preparadores físicos, que ayuden a implementar los programas de adelgazamiento trabajando en un entorno tanto individual como grupal. La psicoterapia conductual intensiva de cambios en el estilo de vida, especialmente en un contexto grupal, ha demostrado claramente su superioridad frente a los programas de tratamiento convencionales con dieta, fármacos y visitas programadas de manera sistemática en la práctica clínica.

La atención psicológica y/o psiquiátrica individual es otro de los puntos importantes que deben considerarse en el tratamiento de la obesidad. Las personas obesas presentan con más frecuencia trastornos afectivos relacionados con una baja autoestima, distorsión del esquema corporal, dificultad en las relaciones sociales y laborales. A menudo estos síntomas derivan en una mayor prevalencia de alteraciones depresivas y trastornos del comportamiento alimentario, lo que entorpece cualquier planificación enfocada a modificar el estilo de vida. Es conveniente identificar estos síntomas o situaciones personales de conflicto, con la finalidad de que el paciente inicie un tratamiento psicológico o psiquiátrico de apoyo, antes de comenzar un programa de pérdida de peso. Aun así, la eficacia a largo plazo del tratamiento integral de la obesidad mediante cambios en el estilo de vida y el ejercicio físico es limitada, aunque posiblemente superior a la de estrategias terapéuticas aisladas que no intentan modificar el estilo de vida a largo plazo.

La *terapia Educativa* da buenos resultados en sujetos obesos que se sienten aislados, desenvolviéndose mal en los deportes y en las relaciones sociales. Que refieren sentimientos de inferioridad, rechazo y escasa autoestima. La discriminación que sufren desencadena actitudes antisociales, depresión, aislamiento e inactividad que induce a la ingesta de alimentos y perpetúa el cuadro. Además, el sujeto se encuentra muchas veces en una sociedad de la superabundancia y de disponibilidad total de alimentos, en muchas ocasiones “comida basura”. Por ello es necesario cambiar su conducta para que cambie su reacción al medio social. Las técnicas de modificación de la conducta deben estar encaminadas hacia una mejora de la autoestima personal y autocontrol frente a la comida. Existen diversos medios de modificación conductual y entre ellos tenemos: el método de enseñanza de contingencias, el autocontrol, los principios de aprendizaje social y la realización de contratos de compromiso.

Una herramienta poderosa para modificar el comportamiento consiste en la introducción progresiva de estrategias psicoeducativas. El registro continuado de aspectos relacionados principalmente con la conducta alimentaria y la actividad física facilita información y permite el autocontrol de las mismas al proporcionar al sujeto obeso una información sistemática de estas conductas, de sus logros y éxitos.

El uso de contratos conductuales, es decir, de acuerdos explícitos especificando planes de conductas a ser cambiadas (por ejemplo, un objetivo alimentario diario, un objetivo de ejercicio físico semanal y cumplimentar el diario de autoregistros) facilita la reducción de peso. Se recomienda que incidan en objetivos de cambio de hábitos. Los pacientes con ayuda del terapeuta redactarán su propio contrato en cada visita, incluyendo objetivos modestos alcanzables que permitan reforzar cambios de comportamiento, más que recompensar la pérdida de peso. La redacción del contrato incluye premios estimulantes, asequibles y adecuados para la edad: valen acontecimientos sociales como ir al cine y a recibir de inmediato por alcanzar los objetivos contractuales (Cormillot, 2010).

La *terapia Cognitiva* modifica la tendencia a hacer dietas extremas y las actitudes hacia el peso y la figura, así como otros síntomas de psicopatologías asociadas como: depresión, baja autoestima, deterioro en el funcionamiento social, y conductas típicas de trastornos de oportunidades y dependiendo del caso es preciso la indicación de psicofármacos para complementar el tratamiento. Los cambios terapéuticos se mantienen en seguimientos de 6 meses y un año (De Rosa, s.f.).

Se trabaja en base a las hojas, en especial a las que pudo haber ocurrido un episodio en particular. Se evalúa una lista de estímulos que podrían provocar respuesta, fotos

antiguas, ropa de otra época, una comida conflictiva, compararse con otros y evaluar las respuestas, ideas automáticas.

- Se idéntica un pensamiento problemático.
- Reducir una idea a su núcleo, estoy gorda/ Soy gorda / parezco gorda.
- Buscar una respuesta para la resolución del problema.
- Plantear y cuestionar los planteos, ej: Debo estar delgada para triunfar, no ser delgada es no ser feliz.
- Autoindulgencia es igual a debilidad, el éxito debe ser total.
- Analizarlo desde otra perspectiva: desde lo social, ¿Qué gana con estos planteos?
- Ver un planteo más fácil y engañoso de la propia vida (todo se reduce a ser gorda o flaca) Ser gorda puede ser no responsable de nada de lo que hago.
- Causa que lo mantienen.
- Entrenamiento a la resolución de problemas.
- Situaciones posibles.
- Prueba y solución

Distorsiones cognitivas más habituales - Creencias (cogniciones) sobre la alimentación. Se evalúa la existencia de Ideas automáticas y creencias y se las identifica.

Una característica distorsión cognitiva es el pensamiento dicotómico y la realización de juicios concluyentes que adoptan la forma de una verdad irrefutable, ej. tengo un metabolismo lento, distinto etc.

*Abstracción selectiva: Ayer me fui de régimen / no voy a poder continuar/nunca cumplo nada/soy una fracasada.

*Generalización

*Magnificación

*Personalización: Esa gente me mira por mi gordura.

*Pensamiento supersticioso: No puedo disfrutar de..... por ser gorda.

*Pensamiento dicotómico

Técnicas

Expresión en voz alta de las ideas automáticas.

Descentrar si alguien piensa esto (lo expresado), ej: ¿Ud. Que diría?

Desdramatizar la situación.

Cuestionamiento del debería.

Pruebas de realidad frente a sus creencias.

La psicoterapia de la obesidad no sustituye a los abordajes convencionales, sino que los complementa. Los aspectos sobresalientes de estos tratamientos comparados con los convencionales, han sido una menor tasa de recaídas y por ende mantenimiento de peso sin conductas ritualizadas asociadas (La pastilla, dietas K etc), así como un mejor manejo de las variables clínicas y de comportamiento (cultura alimentaria, higiene) y por ende un mayor impacto en el grupo.

Los inconvenientes y eso es parte del porcentaje de abandonos es que es menor al de las expectativas de los/las pacientes (no me vas a decir que a vos no te gustan esas). Se le explicó que la dificultad era que esas imágenes era una de excepción por su belleza al que iba asociado la delgadez (De Rosa s.f.).

La *Terapia Psicoanalítica* concibe a la obesidad como el resultado de conflictos en el yo entre los instintos y el superyó. En el ser humano el desarrollo instintivo comienza con los componentes parciales oral-digestivos, y los traumas en esas etapas y sus fijaciones llevan a regresiones posteriores a través de las cuales las fantasías conflictivas se expresan en un lenguaje oral.

La problemática inconsciente de estos individuos gira alrededor de la alimentación, modo propio del bebé de relacionarse con los objetos, especialmente con la madre. Cuando hay situaciones traumáticas infantiles alrededor de esta etapa, las fijaciones que resultan hacen que cuando se repitan en otro momento del desarrollo situaciones conflictivas, el individuo exprese el conflicto en la etapa en la cual está fijado. Esa es una condición importante para la obesidad, a la cual, se agregarán otras de la serie complementaria como la predisposición en una familia que habla un lenguaje oral: una paciente obesa tenía una madre repostera, un hermano dentista y un padre fanático de Boca. A esta constelación familiar la podemos llamar 'facilitación hacia el lenguaje oral de los conflictos'.

En general es la madre la que en la infancia obliga a comportamientos relacionados con la obesidad y luego se continúan con prohibiciones genitales como la masturbación y presiones para tener satisfacciones orales. O bien la madre suele temer que no ha amado lo suficiente al hijo en la etapa oral y presiona durante toda la infancia para que se alimente bien. Esta serie de representaciones maternas son las constituyen una especie de superyó especial del obeso (Sobral, 2007).

La *Terapia Grupal* es un grupo de discusión con el objetivo de estimular la pérdida de peso y adquirir una correcta educación nutricional, las pacientes seleccionados participan en charlas y talleres donde se tratan cuestiones como

alimentación equilibrada, nutrientes y alimentos, etiquetado nutricional, actividad física saludable, raciones recomendadas o resolución de dudas y problemas y donde se escuchan los relatos de las historias de vida de las integrantes.

Se trata de sesiones que coordinadas por Psicólogos que tienen como meta principal la rehabilitación de las funciones cognitivas, afectivas, y psicosociales del paciente (Yalom, 2000).

El *tratamiento Farmacológico*, desde una perspectiva médica, cumple un rol coadyudante en el manejo del paciente obeso y en algunos casos es imprescindible, pues la dieta y el ejercicio muchas veces no bastan para lograr los objetivos terapéuticos. No obstante hay que considerar que muchas personas aquejadas de obesidad han utilizado fármacos en forma específica y muchas veces abusivas para poder bajar de peso, en especial anorexígenos.

Los fármacos que pueden ser empleados en obesidad se clasifican en tres tipos: los fármacos anorexígenos, los fármacos termogénicos y los fármacos inhibidores de la absorción. Los primeros ejercen su efecto sobre el sistema nervioso central a nivel de receptores o vías adrenérgicas, serotoninérgicas y/o dopaminérgicas. En la literatura no hay consenso respecto de la utilidad de ellos en la obesidad. En general se utilizan en pacientes adultos con un IMC mayor de 30 kg/m². Luego, dentro de los fármacos termogénicos, se incluyen los fármacos con efectos simpático 2 y beta 3 agonistas. Entre los primeros se cuentan la cafeína y efedrina y entre los segundos la sibutramina.

Resultados de investigaciones indican que es probable que el uso combinado de estos fármacos sea de utilidad para reducir los efectos metabólicos adaptativos de las dietas hipocalóricas. Por último, entre los fármacos inhibidores de la absorción se cuentan la metilcelulosa, las biguanidas y la acarbosa. Estos agentes actúan sobre el

sistema digestivo; sus efectos son variables y deben ser considerados en forma individual (Flores, 2010).

Según Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, Moreno y el grupo colaborativo de SEEDO (2007), la indicación de farmacoterapia en la obesidad debe regirse por los siguientes criterios: a) no debe utilizarse como tratamiento aislado, sino de forma complementaria a los tratamientos básicos de plan de alimentación, actividad física y cambios en el estilo de vida, y b) su indicación está limitada a pacientes con IMC mayor de 30 kg/m², o mayor de 27 kg/m² si se asocian comorbilidades mayores y cuando no se han alcanzado los objetivos de pérdida de peso únicamente con los cambios en el estilo de vida. En la actualidad disponemos de 2 especialidades farmacológicas aprobadas para su empleo en la obesidad (el orlistat y la sibutramina), si bien en un breve plazo de tiempo, rimonabant estará probablemente disponible como una nueva opción terapéutica.

Algunos de los fármacos son:

- Orlistat
- Sibutramina
- Rimonabant.

Productos alternativos no farmacológicos. Recientemente se han publicado revisiones sistemáticas sobre los suplementos de plantas para adelgazar. Entre las que se han evaluado cabe mencionar el chitosán, picolinato de cromo, Ephedra sinica o Ma Huang (contiene efedrina), Garcinia cambogia, glucomanano, goma guar, hidroximetilbutirato, Plantago psyllium, piruvato, yerba mate y yohimbina. Ninguna de estas sustancias ha demostrado eficacia y/o seguridad de empleo en el control del exceso de peso a medio o largo plazo, de modo que, considerando el riesgo/beneficio de

estos productos, con la información actualmente disponible no se recomiendan en el tratamiento de la obesidad (Flores 2010).

CAPÍTULO III

Estado actual de los conocimientos sobre el tema

1. Resumen: La obesidad es reconocida como una epidemia. Al punto que algunos ya la han bautizado como "globesidad". Probablemente el mundo actual sea el más generoso en abundancia de alimentos a la vez que el contexto el más mezquino en oportunidades de movimiento y actividad física. El resultado de la ecuación es: más calorías ingeridas y menos gastadas, más tejido adiposo almacenado y kilos en exceso.

La importancia de prevenir la obesidad radica en los costos de la calidad de vida y económicos. En Argentina la alta incidencia de pobreza (60% en niños) se acompaña de un incremento en la prevalencia de obesidad.

En relación con las causas del problema es importante reflexionar acerca del rápido incremento que ha adquirido la obesidad a nivel global. Es indiscutible su componente genético, pero es difícil suponer que ese sea el factor que explica su extensión reciente y global. Se tomó como referencia del texto de Sergio Britos. *Obesidad en Argentina: También una cuestión económica.*

2. Resumen: He anticipado los dos hechos que me resultaron novedosos, a saber: que la intensa dependencia de la mujer respecto de su padre no es sino la heredera de una igualmente intensa ligazón-madre, y que esta fase anterior tuvo una duración inesperada.

En primer lugar, es innegable que la bisexualidad, que según nuestra tesis es parte de la disposición (constitucional) de los seres humanos, resalta con mucho mayor nitidez en la mujer que en el varón. En efecto, este tiene sólo una zona genésica rectora, un órgano genésico, mientras que la mujer posee dos de ellos: la vagina, propiamente femenina, y el clítoris, análogo al miembro viril. Nos consideramos autorizados a suponer que durante muchos años la vagina es como si no estuviese, y

acaso sólo en la época de la pubertad proporciona sensaciones. En los últimos tiempos, es verdad, se multiplican las voces de los observadores que hacen remontar mociones vaginales hasta esos años tempranos. Lo esencial, vale decir, lo que precede a la genitalidad en la infancia, tiene que desenvolverse en la mujer en torno del clítoris. La vida sexual de la mujer se descompone por regla general en dos fases, de las cuales la primera tiene carácter masculino; sólo la segunda es la específicamente femenina. Por tanto, en el desarrollo femenino hay un proceso de trasporte de una fase a la otra, que carece de análogo en el varón. Otra complicación nace de que la función del clítoris viril se continúa en la posterior vida sexual de la mujer de una manera muy cambiante y que por cierto no se ha comprendido satisfactoriamente. Desde luego, no sabemos cuál es la base biológica de estas particularidades de la mujer; menos todavía podemos atribuirles un propósito teleológico.

Paralela a esta primera gran diferencia corre la otra en el campo del hallazgo de objeto. Para el varón, la madre deviene el primer objeto de amor a consecuencia del influjo del suministro de alimento y del cuidado del cuerpo, y lo seguirá siendo hasta que la sustituya un objeto de su misma esencia o derivado de ella. También en el caso de la mujer tiene que ser la madre el primer objeto. Es que las condiciones primordiales de la elección de objeto son idénticas para todos los niños. Pero al final del desarrollo el varón-padre debe haber devenido el nuevo objeto de amor; vale decir: al cambio de vía sexual de la mujer tiene que corresponder un cambio de vía en el sexo del objeto. Surgen aquí, como nuevas tareas para la investigación, las preguntas por los caminos que sigue esa migración, el grado de radicalidad o de inacabamiento con que se cumple, y las diversas posibilidades que se presentan a raíz de este desarrollo.

Ya hemos discernido otra diferencia entre los sexos en su relación con el complejo de Edipo. Aquí tenemos la impresión de que nuestros enunciados sobre el

complejo de Edipo sólo se adecuan en términos estrictos al niño varón, y que acertamos rechazando la designación «complejo de Electra», que pretende destacar la analogía en la conducta de ambos sexos. El inevitable destino del vínculo de simultáneo amor a uno de los progenitores y odio al rival se establece sólo para el niño varón. Y luego es en este en quien el descubrimiento de la posibilidad de castración, como se prueba por la vista de los genitales femeninos, impone la replasmación del complejo de Edipo, produce la creación del superyó y así introduce todos los procesos que tienen por meta la inserción del individuo en la comunidad de cultura. Tras la interiorización de la instancia paterna en el superyó, la siguiente tarea por solucionar es desasir este último de las personas de quienes originariamente fue la subrogación anímica. En esta asombrosa vía evolutiva ha sido justamente el interés genital narcisista, el de la conservación del pene, el utilizado para limitar la sexualidad infantil. Se ha tomado como referencia del libro de Sigmund Freud. *Sobre la sexualidad femenina*.

3. Resumen: Los trastornos de alimentación han existido siempre, hace más de 20 años se describieron ciertas conductas como síndrome, cuadro mórbido o enfermedad, por las consecuencias dolorosas y destructivas que tienen, tanto para quienes la sufren como para sus familias.

El origen del síndrome en estos trastornos del comportamiento alimentario están relacionados con la biografía personal, el contexto familiar, los acontecimientos vitales y las presiones socioculturales.

La delgadez se ha convertido en el ideal de belleza, la aspiración suprema para resultar atractiva, obtener ciertos objetivos y emular a algunos personajes.

La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una obsesión, una manía que gobierna la vida personal y social: ejercicio, dietas, masajes,

cremas para adelgazar, consultas a especialistas, conversaciones monográficas. Se ha tomado como referencia de la investigación realizada por Paloma Gascón y Pilar Migallón denominada *Trastornos de la alimentación*.

4. Resumen: para comprender globalmente el desarrollo de los trastornos de la alimentación es necesario conocer los circuitos de hambre, satisfacción y saciedad.

En el ser humano el circuito biológico sufre lo que llamamos la primera subversión del orden nutricional, porque la conducta alimentaria no está regulada solamente por la satisfacción de la necesidad nutricional sino también por la cuota hedónica, es decir por el placer que ello brinda. Así lo que gusta no es siempre lo que el organismo necesita. Pero existe un tercer camino que es la segunda subversión nutricional, que es característica de los trastornos de la alimentación: la búsqueda de cambio corporal. Su obtención o no influirá en la conducta alimentaria, de forma independiente tanto de la necesidad nutricional, como del placer alimentario. Aquí la presión cultural y otros factores entronizados sobre la representación psíquica del cuerpo determinan desde hábitos sociales hasta comportamientos patológicos. En los trastornos de la alimentación el objeto alimentario no es el objeto de la necesidad ni implica placer alguno. Se ha tomado como referencia del libro de Rubén Zukerfeld. *Acto Bulímico, cuerpo y tercera tópica*.

Se han seleccionado, los textos más ilustrativos sobre la problemática de la Obesidad, en este caso situada desde el sexo femenino, ya que esta investigación está centrada en la problemática de la Obesidad en mujeres de 30 a 60 años de edad y desde el psicoanálisis que es la base desde donde se orienta este trabajo. Pero también han sido de mucha utilidad diversas investigaciones que se irán citando a lo largo de toda la tesis, que contribuyen al enriquecimiento de la misma.

CAPÍTULO IV

Esquema de la investigación

Área de estudio

Rosario – Santa Fe

Rosario es una ciudad ubicada en el centro-este de Argentina, cabecera del departamento homónimo ubicada en la provincia de Santa Fe. En la actualidad es la tercera ciudad más poblada de la República Argentina después de Buenos Aires, capital del país y Córdoba.

Posee un importante puerto sobre la margen occidental del río Paraná, hallándose a 305 km al noroeste de Buenos Aires, la capital argentina. Junto a otras localidades conforma el área metropolitana del Gran Rosario que, con 1.161.188 hab. (INDEC 2001), es el tercer aglomerado urbano, con un número de 567.742 varones y 613.141 mujeres. Urbe cosmopolita, es el núcleo de una región de gran importancia económica, encontrándose en una posición geográficamente estratégica con relación al Mercosur, gracias al tránsito fluvial y con respecto al transporte. Cerca del 80% de la producción del país de cereales, aceites y sus derivados se exporta por los puertos del Gran Rosario. Es la principal metrópoli de una de las zonas agrarias más productivas de Argentina y es centro comercial, de servicios y de una industria diversificada.

Foco educativo, cultural, y deportivo, cuenta además con importantes museos y bibliotecas, y su infraestructura turística incluye circuitos arquitectónicos, paseos, bulevares y parques.

La ciudad de Rosario es conocida como la Cuna de la Bandera Argentina, siendo su edificación más conocida el Monumento a la Bandera. Además, desde finales del siglo XIX fue denominada informalmente como la Chicago argentina.

Tipo de estudio

Cualitativa – Descriptiva.

Esta tesis obedeció a una investigación descriptiva, que pretendió analizar, entender un fenómeno social, comunicativo dentro de un contexto tecnológico y educativo.

Algunos autores han definido la investigación cualitativa como:

Cisnero en [Cis2000a], “hemos ido entendiendo a la investigación cualitativa como el análisis crítico e interpretativo de la narrativas de las experiencias reales de la gente”.

Ruiz en [Rui1996], “la investigación cualitativa parte del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados...”. La investigación cualitativa equivale a un intento de comprensión global. Por muy limitado o reducido que sea el contenido que aborda, éste es entendido siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado, disecado o fragmentado (visión holística y global).

Población objetivo

Todos los obesos de zona centro de Rosario.

Universo

Todos los pacientes obesos del Instituto Cormillot de Rosario, es decir, una totalidad de 600 personas, compuesto por 450 mujeres (200 de ellas entre 30 y 60 años de edad) y 150 hombres aproximadamente.

El Dr. Alberto Cormillot, Director y Fundador del Instituto. Es un reconocido médico, educador para la salud, escritor y conferencista.

Desde 1981, Dieta Club brinda tratamientos para el sobrepeso y desórdenes alimentarios. Gracias a ello, alrededor de 600 pacientes, compuestos por 150 hombres, 450 mujeres y 200 de éstas tienen entre 30 y 60 años de edad, disfrutan de los resultados de una vida más saludable.

Con 25 años de trayectoria ayuda a los pacientes a controlar su peso y mejorar su calidad de vida. Con la seriedad y el rigor científico que los avalan, pueden guiarlos en su tratamiento y recuperación.

Todos sus programas son coordinados por equipos multidisciplinarios capacitados en forma continua y acreditados anualmente por el grupo de capacitación dirigido por el Dr. Alberto Cormillot.

El equipo está formado por diferentes profesionales como:

- Nutricionistas
- Psicólogos
- Profesores de actividad física
- Instructores en salud, alimentación y actividad física
- Obesos recuperados con entrenamiento profesional

Muestra

50 pacientes de sexo femenino entre los 30 y 60 años de edad, sobre un total de 200 pacientes con idénticas características, del Instituto Cormillot de Rosario.

Técnicas de recolección de datos

Entrevistas semidirigidas a los profesionales de Dieta Club – Encuestas a las pacientes del mismo Instituto.

Instrumentos

Encuestas a las pacientes del Instituto Cormillot

La encuesta se construyó a los fines de dicha investigación, con el objetivo de investigar los factores emocionales y ambientales que predisponen a la obesidad y su mantenimiento en pacientes mujeres entre 30 y 60 años.

La misma consta de 5 preguntas abiertas, que indagan acerca de factores genéticos, ambientales, emocionales, y dentro de estos las crisis vitales, que favorecen al desarrollo de la obesidad y su mantenimiento.

La pregunta 1: Si yo le preguntara acerca de su relación con la comida: ¿qué cosas se le ocurrirían contarme?

Esta pregunta apunta a identificar los factores emocionales, ambientales, patrones de conducta.

La pregunta 2: ¿Se acuerda de cómo es (era) la relación de su familia -padres- con la comida?

Por un lado se conocen patrones de conducta tanto familiares como personales, y por otro lado pueden manifestarse factores genéticos.

La pregunta 3: ¿Qué factores emocionales usted considera que ayudaron a desarrollar su obesidad? ¿Podría describirlos?

En este ítem se pueden ver factores emocionales que desarrollan la obesidad.

La pregunta 4: ¿Qué factores ambientales (factores externos) usted considera que ayudaron a desarrollar su obesidad? ¿Podría mencionarlos?

En este agregado se pueden ver factores ambientales que favorecen a la obesidad.

La pregunta 5: ¿Me relataría algo más acerca de lo que usted considera importante para explicar por qué engordó?

Esta pregunta fue realizada con el fin de conocer otras causantes de su obesidad, que no se hayan especificado en preguntas previas.

Esta encuesta está compuesta por una segunda parte, la cual consta de preguntas más estructuradas, que están realizadas con el fin enriquecer la información proporcionada por las pacientes (ver anexo).

Entrevista a los profesionales de Dieta Club

La entrevista es semidirigida y consta de 4 preguntas, que fueron elaboradas con el fin de complementar la información brindada por las pacientes en la encuesta.

CAPÍTULO V

Trabajo de campo

Para llevar a cabo dicha investigación se requirió de la autorización y posterior colaboración de profesionales y pacientes del Instituto Cormillot, que durante el lapso de dos meses, contribuyeron respondiendo a las encuestas administradas de forma anónima y voluntaria por 50 mujeres entre 30 y 60 años de edad, en minutos previos y/o posteriores a los encuentros de terapia grupal que allí se realizaban diariamente.

Las entrevistas que se realizaron a los profesionales fueron en diferentes momentos dependiendo de los tiempos que ellos podían ofrecer dentro de la institución.

Una vez finalizado el trabajo de recolección de datos en Cormillot, se examinaron una a una todas las entrevistas, de las que se extrajo una conclusión, y todas las encuestas que finalmente fueron analizadas estadísticamente en Microsoft Office Excel 2007.

Estadísticas de las encuestas administradas a 50 pacientes mujeres entre 30 y 50 años del Instituto Cormillot de Rosario.

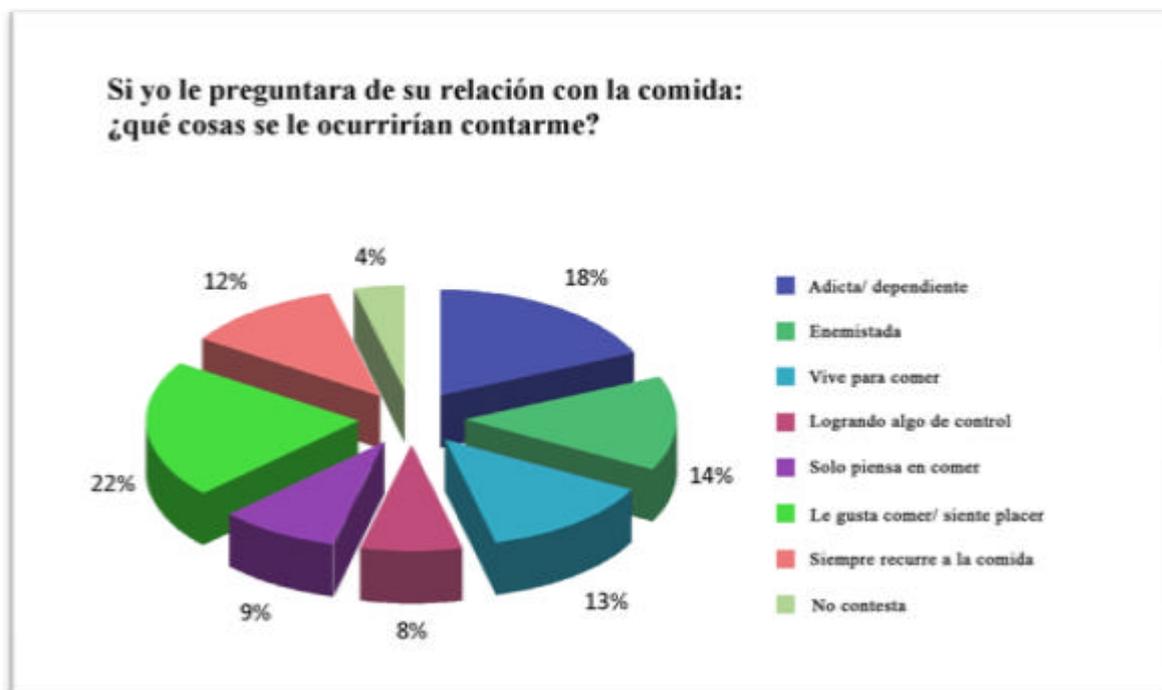


Gráfico 1. Respuesta de las mujeres a la pregunta 1 de la encuesta.

En un total de 50 pacientes, el 22% de ellas manifestó sentir placer al comer, el 13% afirmó que vive para comer, el 12% siempre recurre a la comida y el 9% sólo piensa en comer. Un 18% de estas mujeres se siente totalmente dependiente o adicta, y un 14% se encuentra enemistada con la comida, mientras que un 8% a partir del tratamiento, creen estar logrando algo de control en su alimentación. Un mínimo del 4% eligió no contestar.



Gráfico 2. Respuesta de las mujeres a la pregunta 2 de la encuesta.

Una gran cantidad de pacientes, es decir, sobre un total de 50 mujeres, el 36% de ellas recordó a los miembros de su familia como personas de mucho comer, el 20% sostuvo que tenían una mala alimentación, y el 10% consideró la comida como muy importante, lo que demuestra distintos tipos de factores ambientales y de malos comportamientos familiares que inciden en el desencadenamiento de la obesidad y su mantenimiento. Pero un 21% de estas pacientes declaró una normal alimentación en sus hogares, y sólo un 5% afirmó que comían alimentos saludables, lo que da lugar a la influencia de otros factores en el desarrollo de su trastorno. El 8% de ellas se negó a responder.

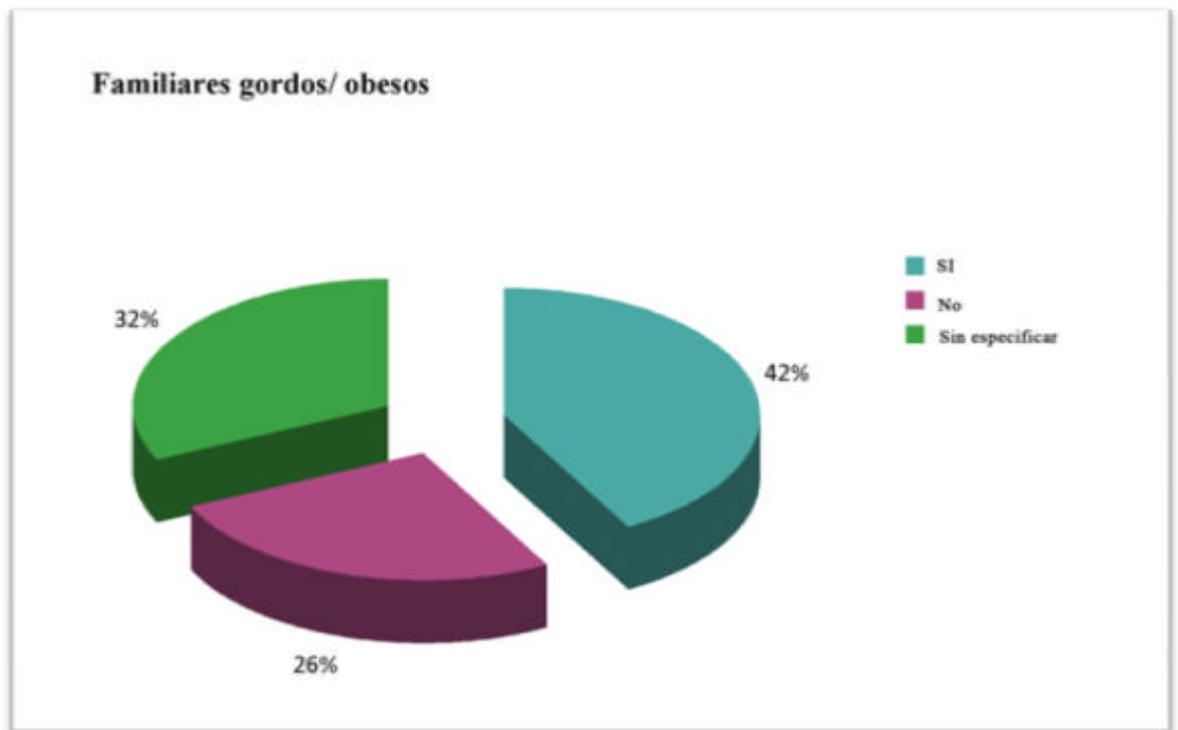


Gráfico 3. Familiares obesos.

Esta pregunta no fue especificada en la encuesta, pero a partir de que las pacientes expusieron que tenían familiares gordos u obesos, incluso en algunos casos hablaron de todos los miembros de la familia; se decidió incluir dichos datos, como una forma de ratificar la existencia de patrones de conductas tanto individuales como familiares que perpetúan la obesidad.

De una muestra de 50 pacientes, el 42% de ellas afirmó tener al menos un familiar obeso, el 26% alegó no tener ninguno y el 32% no habló del tema y por lo tanto no especificó tener o no un familiar con las mismas características.

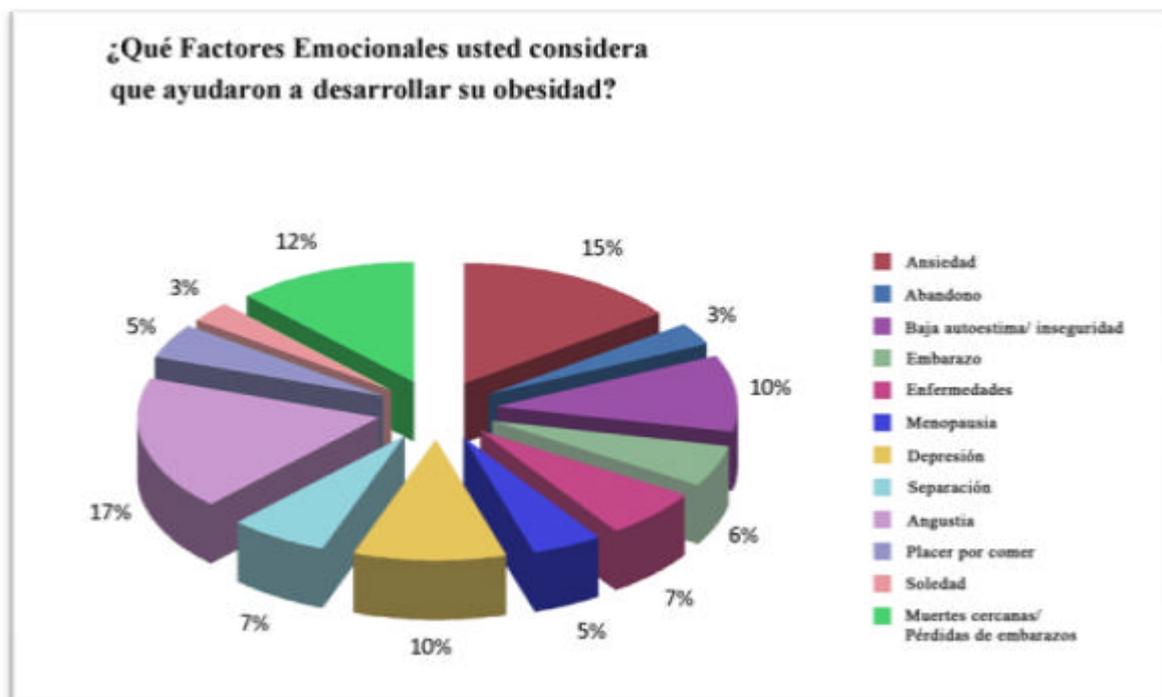


Gráfico 4. Respuesta de las mujeres a la pregunta 3 de la encuesta.

Las pacientes consideraron diferentes factores emocionales en el desarrollo de su obesidad, pero los que más se nombraron fueron: un 17% por angustia, que se puede asociar con el 10% que señalaron como causante a la depresión. Un 15% consideró que era por ansiedad, un 12% comenzó a engordar a partir la muerte de familiares cercanos, como padres, hermanos, hijos o por pérdida embarazos y un 7% por enfermedades tanto propias como de sus allegados. Un 10% afirma que fue por baja autoestima e inseguridad. Un 7% por divorcios o separaciones con pareja, hijos, etc. Un 6% subió de peso durante embarazos y nunca más los bajó, incluso en muchos casos con los años siguió aumentando. Lo mismo le ocurrió a un 5% que engordó a partir de la menopausia. Y otro 5% lo hizo por el placer, la satisfacción que les provoca la comida. Que es combinado en algunos casos con el sentimiento de soledad (3%) que las lleva a comer ininterrumpidamente. Otras mujeres al abandonarse (3%), por diferentes causas, sufren el mismo destino.

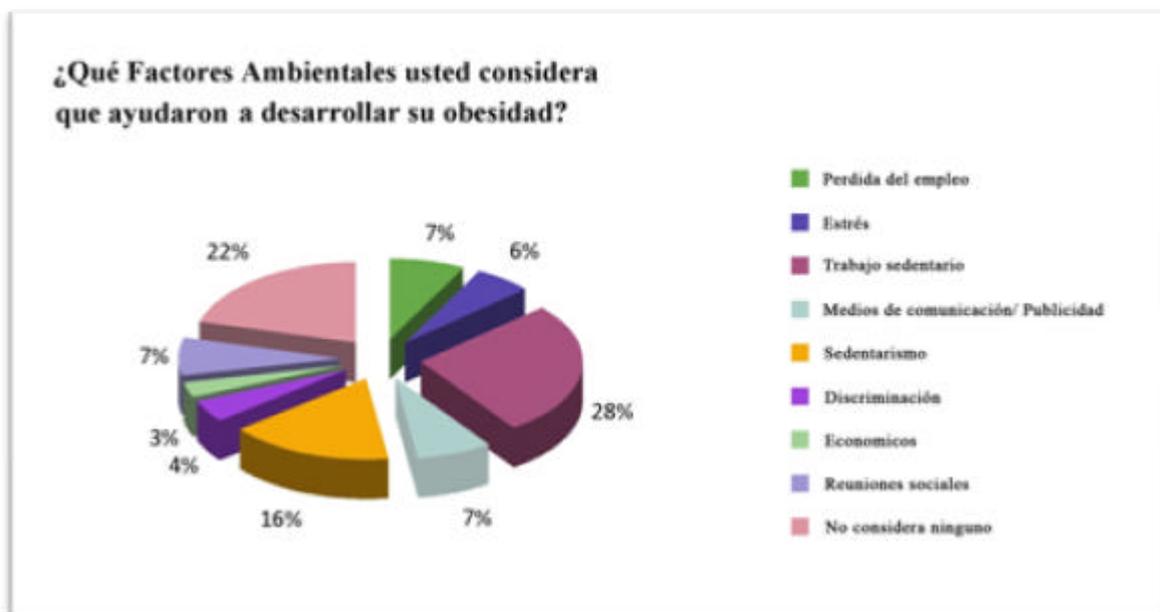


Gráfico 5. Respuesta de las mujeres a la pregunta 4 de la encuesta.

En esta pregunta un 22% de las pacientes eligieron no responder, ya que no consideraron ningún factor ambiental que haya ayudado a desarrollar su obesidad. El 28% de las restantes afirmó que el trabajo sedentario, por lo general en oficinas, muchas horas detrás de un escritorio la había afectado en su trastorno, y el 16% de estas mujeres fue casi por la misma razón, otra vez se repite el sedentarismo, son personas que por diferentes motivos no realizan actividad física, se manejan en auto en vez de caminar, se quedan todo el día frente al televisor o la computadora, etc. Otras nombran factores como la pérdida del empleo (7%), la publicidad en diversos medios de comunicación (7%) que las atrapa y lleva a consumir al infinito productos engordantes y en mucha cantidad y variedad. Otro factor son las reuniones sociales (7%), ya sea por trabajo o por eventos entre familiares o amigos. Son muchos los hogares que utilizan el alimento como justificación para reunirse o para demostrar cariño. Un 6% señaló que fue por estrés, un 4% por discriminación de la sociedad hacia las personas que sufren de obesidad y un 3% cree que fue por problemas económicos, que conducen a tener una mala alimentación, por los altos costos de los

productos ligth y los bajos precios de las harinas, como los fideos, el pan, el arroz y demás, todos muy económicos.

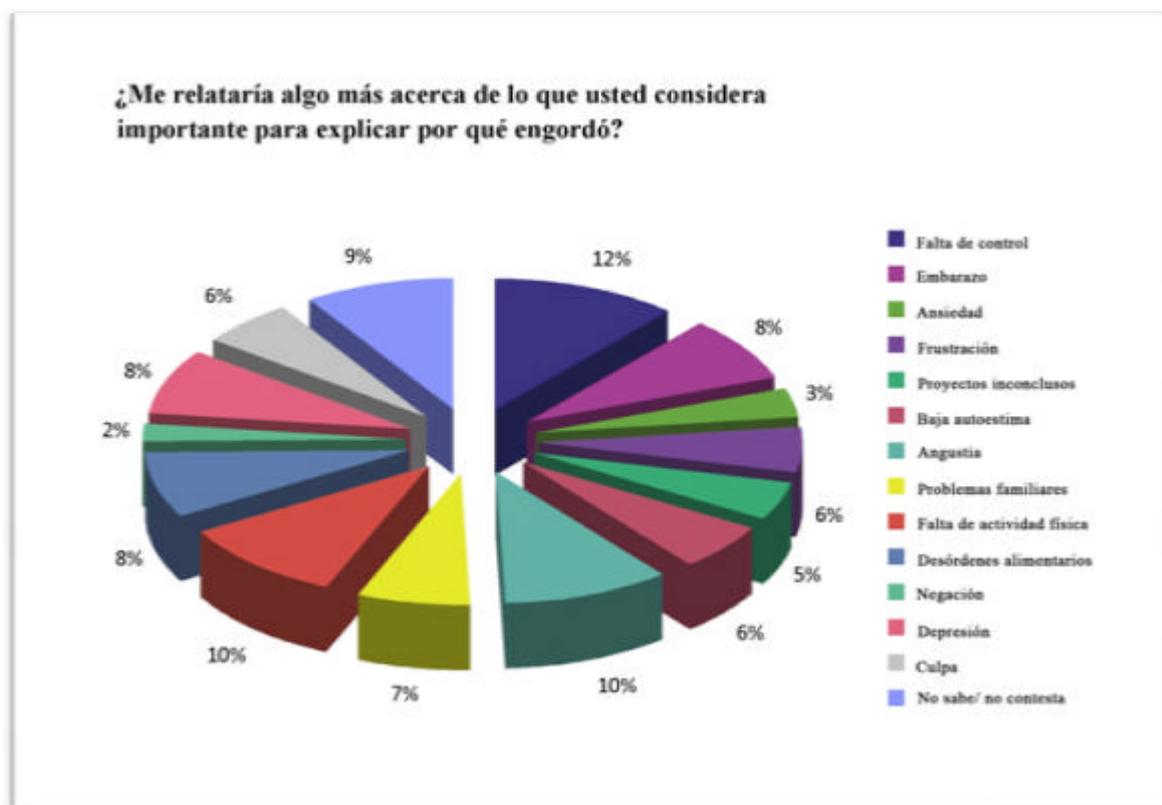


Gráfico 6. Respuesta de las mujeres a la pregunta 5 de la encuesta.

Las pacientes relataron diferentes motivos por los que creen que comenzaron a engordar, la mayor parte, es decir, el 12% sostuvieron que fue por falta de control, otras consideraron que fue por angustia o por falta de actividad física (10%), el 9% eligió no responder a esta pregunta, algunas creen que fueron los embarazos, desórdenes alimentarios, y otras por depresión (el 8%). El 7% opinó que comenzó a subir de peso por problemas familiares, el 6% por diferentes frustraciones, o por baja autoestima, que es una de las características más importantes de la persona obesa, y por culpa (6%). También hablaron de proyectos inconclusos (5%), de ansiedad (3%) y de negación (2%). La negación es un mecanismo establecido por muchos obesos que en la mayoría de los casos es fomentado o avalado por el núcleo familiar con silencios, comentarios, actitudes, etc.

Conclusión sobre las entrevistas dirigidas a tres profesionales del Instituto Cormillot de Rosario.

Se tomaron tres entrevistas semidirigidas, confeccionadas con el fin de responder a los objetivos específicos y general, y por ende, de corroborar lo evidenciado en las encuestas administradas a las pacientes del Instituto.

Los entrevistados fueron tres profesionales del Instituto, la Directora del lugar: Ps. Miriam Isacson, uno de los Psicólogos del equipo: Diego García y la Licenciada en Nutrición: Laura García, también perteneciente al staff de Cormillot.

Las opiniones brindadas por los profesionales fueron muy significativas para la investigación, ya que los mismos trabajaban diariamente con pacientes obesas, además de tener una mirada técnica sobre el tema. Ellos coincidieron al afirmar que las personas obesas están genéticamente predispuestas a desarrollarla y mencionaron los factores emocionales no como causantes, pero sí como desencadenantes y/o perpetuantes del trastorno. Entre ellos mencionaron el estado de ánimo, los niveles de estrés, la angustia, depresión, entre otros, que actualmente son incrementados por factores ambientales como la mala alimentación por el ritmo de vida, el trabajo sedentario, la cultura exitista y veloz (que exige un cuerpo ideal en muy poco tiempo), la sobreestimulación de la publicidad, etc.

Distinguen a la familia como un ambiente propiciador para el desencadenamiento de la obesidad de uno o más de sus miembros, hablan de conductas y de mecanismos que se repiten fomentando el trastorno y su progresivo aumento o mantenimiento, sobre personalidades débiles, adictivas y sobre todo muy dependientes que toman a la comida como objeto de deseo, que implica un gran vínculo y un goce autista, provocando un déficit en sus relaciones sociales, que al

mismo tiempo contribuyen al progresivo aumento, con el consumismo insaciable y la inmediatez de la época en que vivimos.

La opinión de los Psicólogos de Cormillot es muy similar a la de Máximo Ravenna (2004), quien sostiene que: "...la dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto engañándose; es en esta etapa cuando se involucra el entorno. Ya en una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. "La comida no es adictiva. Sí lo es la conexión del individuo con ella..."

CAPÍTULO VI

Resultados

A partir del material recolectado en las encuestas dirigidas a las pacientes entre 30 y 60 años del Instituto Cormillot, se arribó a los siguientes resultados:

1. Respuestas de las pacientes a la pregunta n° 1:

En un total de 50 pacientes, el 22% de ellas manifestó sentir placer al comer, el 13% afirmó que vive para comer, el 12% siempre recurre a la comida y el 9% sólo piensa en comer. Un 18% de estas mujeres se siente totalmente dependiente o adicta, y un 14% se encuentra enemistada con la comida, mientras que un 8% a partir del tratamiento, creen estar logrando algo de control en su alimentación. Un mínimo del 4% eligió no contestar (ver gráfico 1).

2. Respuestas de las pacientes a la pregunta n° 2:

Una gran cantidad de pacientes, es decir, sobre un total de 50 mujeres, el 36% de ellas recordó a los miembros de su familia como personas de mucho comer, el 20% sostuvo que tenían una mala alimentación, y el 10% consideró la comida como muy importante, lo que demuestra distintos tipos de factores ambientales y de malos comportamientos familiares que inciden en el desencadenamiento de la obesidad y su mantenimiento. Pero un 21% de estas pacientes declaró una normal alimentación en sus hogares, y sólo un 5% afirmó que comían alimentos saludables, lo que da lugar a la influencia de otros factores en el desarrollo de su trastorno. El 8% de ellas se negó a responder (ver gráfico 2).

3. *Respuesta expresada por las pacientes a lo largo de toda la encuesta:*

Esta pregunta no fue especificada en la encuesta, pero a partir de que las pacientes expusieron que tenían familiares gordos u obesos, se decidió incluir dichos datos. De una muestra de 50 pacientes, el 42% de ellas afirmó tener al menos un familiar obeso, el 26% alegó no tener ninguno y el 32% no habló del tema y por lo tanto no especificó tener o no un familiar con las mismas características (ver gráfico 3).

4. *Respuestas de las pacientes a la pregunta n° 3:*

Las pacientes consideraron diferentes factores emocionales en el desarrollo de su obesidad, pero los que más se nombraron fueron: un 17% por angustia, que se puede asociar con el 10% que señalaron como causante a la depresión. Un 15% consideró que era por ansiedad, un 12% comenzó a engordar a partir la muerte de familiares cercanos, como padres, hermanos, hijos o por pérdida embarazos y un 7% por enfermedades tanto propias como de sus allegados. Un 10% afirma que fue por baja autoestima e inseguridad. Un 7% por divorcios o separaciones con pareja, hijos, etc. Un 6% subió de peso durante embarazos y nunca más los bajó, incluso en muchos casos con los años siguió aumentando. Lo mismo le ocurrió a un 5% que engordó a partir de la menopausia. Y otro 5% lo hizo por el placer, la satisfacción que les provoca la comida. Que es combinado en algunos casos con el sentimiento de soledad (3%) que las lleva a comer ininterrumpidamente. Otras mujeres al abandonarse (3%), por diferentes causas, sufren el mismo destino (ver gráfico 4).

5. *Respuestas de las pacientes a la pregunta n° 4:*

En esta pregunta un 22% de las pacientes eligieron no responder, ya que no consideraron ningún factor ambiental que haya ayudado a desarrollar su obesidad. El

28% de las restantes afirmó que el trabajo sedentario, por lo general en oficinas, muchas horas detrás de un escritorio la había afectado en su trastorno, y el 16% de estas mujeres fue casi por la misma razón, otra vez se repite el sedentarismo, son personas que por diferentes motivos no realizan actividad física, se manejan en auto en vez de caminar, se quedan todo el día frente al televisor o la computadora, etc. Otras nombran factores como la pérdida del empleo (7%), la publicidad en diversos medios de comunicación (7%) que las atrapa y lleva a consumir al infinito productos engordantes y en mucha cantidad y variedad. Otro factor son las reuniones sociales (7%), ya sea por trabajo o por eventos entre familiares o amigos. Son muchos los hogares que utilizan el alimento como justificación para reunirse o para demostrar cariño. Un 6% señaló que fue por estrés, un 4% por discriminación de la sociedad hacia las personas que sufren de obesidad y un 3% cree que fue por problemas económicos, que conducen a tener una mala alimentación, por los altos costos de los productos ligth y los bajos precios de las harinas, como los fideos, el pan, el arroz y demás, todos muy económicos (ver gráfico 5).

6. *Respuestas de las pacientes a la pregunta n° 5:*

Las pacientes relataron diferentes motivos por los que creen que comenzaron a engordar, la mayor parte, es decir, el 12% sostuvieron que fue por falta de control, otras consideraron que fue por angustia o por falta de actividad física (10%), el 9% eligió no responder a esta pregunta, algunas creen que fueron los embarazos, desórdenes alimentarios, y otras por depresión (el 8%). El 7% opinó que comenzó a subir de peso por problemas familiares, el 6% por diferentes frustraciones, o por baja autoestima, que es una de las características más importantes de la persona obesa, y por culpa (6%). También hablaron de proyectos inconclusos (5%), de ansiedad (3%) y de negación (2%). La negación es un mecanismo establecido por muchos obesos que

en la mayoría de los casos es fomentado o avalado por el núcleo familiar con silencios, comentarios, actitudes, etc. (ver gráfico 6).

A partir del material recolectado en las entrevistas semidirigidas a los profesionales del Instituto Cormillot, se arribó a los siguientes resultados:

Coincidieron al afirmar que las personas obesas están genéticamente predispuestas a desarrollarla y mencionaron los factores emocionales no como causantes, pero sí como desencadenantes y/o perpetuantes del trastorno. Entre ellos mencionaron el estado de ánimo, los niveles de estrés, la angustia, depresión, entre otros, que actualmente son incrementados por factores ambientales como la mala alimentación por el ritmo de vida, el trabajo sedentario, la cultura exitista y veloz (que exige un cuerpo ideal en muy poco tiempo), la sobreestimulación de la publicidad, etc.

Distinguen a la familia como un ambiente propiciador para el desencadenamiento de la obesidad de uno o más de sus miembros, hablan de conductas y de mecanismos que se repiten fomentando el trastorno y su progresivo aumento o mantenimiento, sobre personalidades débiles, adictivas y sobre todo muy dependientes que toman a la comida como objeto de deseo, que implica un gran vínculo y un goce autista, provocando un déficit en sus relaciones sociales, que al mismo tiempo contribuyen al progresivo aumento, con el consumismo insaciable y la inmediatez de la época en que vivimos.

Conclusiones

En la presente investigación pudo corroborarse que las pacientes mujeres entre 30 y 60 años del Instituto Cormillot de Rosario, han desarrollado su obesidad a partir de factores emocionales, pero también está presente en ellas una tendencia genética a desarrollarla.

Estas mujeres especifican en su gran mayoría la presencia de crisis evolutivas y/o circunstanciales, es decir, de factores emocionales que actuaron como desencadenantes del trastorno. Y manifiestan la coexistencia de distintos patrones de conducta, tanto personales como familiares, que perpetúan su obesidad y favorecen en su mantenimiento.

Gran parte de ellas tiene un vínculo muy fuerte y conflictivo con la comida, muchas utilizaron el término adicción o dependencia para describir su relación, otras afirmaron que sólo vivían o pensaban en la comida y que siempre tienen una excusa para recurrir a la misma. Se mostraron indignadas por no lograr dejar de comer, por no poder “llenar” ese deseo.

La persona obesa come ininterrumpidamente, tomado la comida como objeto de deseo, que implica una gran dependencia y un goce autista, provocando un déficit en sus relaciones sociales, que al mismo tiempo contribuyen al progresivo aumento, con el consumismo insaciable y la inmediatez de la época en que vivimos.

Está comprobado que la obesidad tiene una fuerte influencia genética, pero también es determinante la intervención de diferentes factores emocionales que la desarrollan. Estas pacientes tienen en una gran predisposición genética, incluso muchas de ellas tienen familiares gordos u obesos (ver gráfico 3), en algunos casos a todos los miembros del hogar. Pero más allá de los genes, casi todas tienen familias con un estilo de vida sedentario, centrado en la comida, con integrantes de mucho

comer y mal alimentados. Es decir, la investigación indica que el peso y la obesidad son cuestión de familia, pero no sólo por compartir rasgos genéticos, sino por las conductas que desarrollan juntos, cómo comparten el tiempo, lo que comen o cómo se organizan como familia. Pero lo que llama la atención es que una parte de las pacientes tienen familias con una alimentación normal y con miembros que no son obesos, lo que se traduce en la presencia de factores emocionales como únicos desencadenantes del trastorno en ellas.

Los factores emocionales más significativos en estas mujeres entre 30 y 60 años de edad son la angustia, en muchos casos la depresión. Algunas de ellas presentan un estado de ánimo decaído, sin muchas fuerzas para realizar tareas habituales, que no llega a ser una auténtica depresión, sienten (aunque sin relacionar una cosa con otra) como aumenta su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono. Estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología. Otros factores son la baja autoestima, inseguridad en sí misma y ansiedad, que se reduce con el comer, o más exactamente al masticar, ya que supone un gasto de energía e implica una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva), que se transforma en una manera de reducir la ansiedad, una forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente, estableciendo un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

Existen otros factores emocionales, muy importantes en el desarrollo de la obesidad en dichas pacientes, como las enfermedades propias o de personas cercanas,

y en mayor medida la muerte de familiares y la pérdida de embarazos. También las separaciones y divorcios son factores que afectan mucho en el desarrollo de la obesidad de estas mujeres y en su mantenimiento por ser crisis circunstanciales, es decir, crisis inesperadas, accidentales, que por ser imprevisibles alteran psicológicamente al sujeto, quien come ininterrumpidamente como un mecanismo para aplacar el dolor (ver gráfico 4).

En diferentes trabajos se ha considerado la influencia de diferentes factores ambientales, tales como el nivel socioeconómico, el nivel de estrés, la influencia de la publicidad en los medios de comunicación, entre otros, que efectivamente influyen en estas pacientes, pero es el trabajo sedentario y el sedentarismo en sí mismo, los factores que más colaboran en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, actuando como agentes complementarios de la predisposición genética y los factores emocionales desencadenantes (ver gráfico 5).

Son mujeres con baja autoestima y una gran inseguridad en sí mismas, que se sienten ansiosas y muy angustiadas por la falta de control que tienen sobre la comida, se ven adictas, dependientes de la misma, lo que las lleva en muchos de los casos a desarrollar desórdenes alimentarios o incluso una depresión.

Recomendaciones

Ya que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse desde el nacimiento, y que en la actualidad constituye un creciente problema de salud pública; los factores emocionales asociados a la obesidad deben ser tenidos en cuenta tanto por su importancia en el desarrollo de la enfermedad como por los efectos derivados de ella. Asimismo, tienen gran importancia en la prevención y tratamiento de la obesidad.

Se recomienda realizar nuevas investigaciones con una muestra de pacientes hombres en el mismo rango etario (entre 30 y 60 años de edad), con la finalidad de encontrar similitudes y/o diferencias con respecto a los factores emocionales encontrados en el género opuesto representado en la presente investigación.

Sería muy interesante, para posteriores investigaciones, extender la muestra a un rango de mujeres obesas que estén transitando el período de la adolescencia, y luego comparar los resultados entre ambas muestras.

<http://ecodiario.economista.es/salud/noticias/601588/06/08/El-origen-de-la-obesidad-no-es-genetico-sino-consecuencia-de-factores-ambientales-y-del-estilo-de-vida-segun-experta.html>

Fernández Segura M.E. (2005). *Experiencias de tratamiento integral de la Obesidad Infantil en pediatría de Atención Primaria*. Revista Pediatría de Atención Primaria; vol.VII, Suplemento 1. Disponible desde: 19.07.2010. URL: http://www.aepap.org/pdf/tratamiento_obesidad.pdf

Flores N. (2010). *El peso de la Obesidad*. Salud Actual [revista en línea]. Disponible desde: 29.07.2010. URL: <http://www.saludactual.cl/obesidad/obesidad.php>

Freud S. (1931). *Sobre la sexualidad femenina*. En: Obras Completas; Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XXI.

Gascón P. & Migallón P. *Trastornos de la Alimentación [tesis]*. Disponible desde: 05.07.2010. URL: http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_3.pdf

Guerrero G. *Las emociones*. Disponible desde: 02.08.2010. URL: <http://www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml>

Giménez J. C. (2005). *Tratamientos para la obesidad*. Medicina y Prevención [revista en línea] 2005; Disponible desde: 27.07.2010. URL: <http://www.medicinayprevencion.com/tratamiento/tratamiento-de-la-obesidad.htm>

Goldberg K. A. (2010). *Causas de la Obesidad*. ObesidadNet [revista en línea]. Disponible desde: 01.07.2010. URL: <http://www.obesidad.net/spanish2002/>

Igoín citado por Gascón P. & Migallón P. *Trastornos de la Alimentación [tesis]*. Disponible desde: 05.07.2010. URL: http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_3.pdf

Martínez C. (2007). *Nuevos estudios plantean la relación entre los factores ambientales y la obesidad*. Elmundo.es. Salud. Disponible desde: 02.07.2010. URL: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/02/19/biociencia/1171873367.html>

Marty P. (1992). *La psicología del adulto*. Buenos aires: Amorrortu.

Mc Dougall J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid, España: Judian Yebenes.

- Mc Dougall J. citado por Gascón P. & Migallón P. *Trastornos de la Alimentación [tesis]*. Disponible desde: 05.07.2010. URL: http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/Iiguianorexia_3.pdf
- Medeiros L. Valenzuela Menares F. Lolas Stepke F. Gallardo Rayo I. (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 [tesis]*. Santiago – Chile: Universidad De Chile. Facultad De Ciencias Sociales. Carrera De Psicología. Disponible desde: 01.07.2010. URL: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/medeiros_1/sources/medeiros_1.pdf
- Nasio J. D. (1996). *Los gritos del cuerpo*. 1° edición - 4° reimpresión. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y Sobrepeso [revista en línea]*. OMS Centro de prensa; nota descriptiva n° 311. Disponible desde: 05.07.2010. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Orlando H. & Panzita M. T. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Clarín. Buenos Aires.
- Parysow R. (2005). *Aspectos Psicológicos en Obesidad*. Un intento de interpretación [tesina]. Buenos Aires: Universidad de Belgrano. Disponible desde: 09.07.2010. URL: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/172_parysow.pdf
- Pereira en [Per2002] citado por *Metodología de la investigación*. Capítulo 2 [tesis]. Disponible desde 05.07.10. URL: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UPC/AVAILABLE/TDX-0609104-120415//03Jctp3de20.pdf
- Plutchic citado por Guerrero G. *Las emociones*. Disponible desde: 02.08.2010. URL: <http://www.monografias.com/trabajos5/emoci/emoci.shtml>
- Ravenna M (2004). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. 1° edición. Buenos Aires: Galerna.
- Recchia R. *Crisis vitales*. Centro de Terapia Cognitivo Conductual. Disponible desde: 02.07.2010. URL: http://www.ctcc.com.ar/crisis_vitales.html
- Ruiz en [Rui1996] citado por *Metodología de la investigación*. Capítulo 2 [tesis]. Disponible desde 05.07.10. URL:

http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UPC/AVAILABLE/TDX-0609104-120415//03Jctp3de20.pdf

Rusell, Halmi y Garner citados por Gascón P. & Migallón P. *Trastornos de la Alimentación [tesis]*. Disponible desde: 05.07.2010. URL: http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/Ilguianorexia_3.pdf

Russo I (2006). *La Obesidad es una enfermedad*. Medilab Rosario [Blog UNR]. Disponible desde: 19.07.2010. URL: <http://www.dialogica.com.ar/unr/postitulo/medialab/2006/07/la-obesidad-es-una-enfermedad.php>

Salas C. (2010). *La obesidad durante los últimos años, se ha incrementado notablemente en la población mundial, incluso hay quienes la califican como la epidemia del siglo XXI*. Salud Actual [revista en línea]. Disponible desde: 27.07.2010. URL: <http://www.saludactual.cl/obesidad/epidemia.php>

Salas-Salvadó I Rubio M A. Barbany M Moreno B. y el grupo colaborativo de SEEDO (2007). *Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*. Med Clin (Barc); 128(5):184-96. Disponible desde: 22.09.2010. URL: <http://www.samst.es/pdf/Noticias/Noticia13-5.pdf>

Salles C. (2005). *El envoltorio de nada en la obesidad*. Virtualia Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana [revista en línea]; vol. 13. Disponible desde: 16.07.2010. URL: <http://virtualia.eol.org.ar/013/default.asp?dossier/salles.html>

Silvestre E. & Stavile A. E. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad [tesis]*. Córdoba Capital: Universidad Favaloro. Disponible desde: 01.07.2010. URL: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

Sobral G. (2007). *La obesidad, un problema psíquico*. El Psicoanálisis Lacaniano en España [Blog]. Disponible desde: 06.07.2010. URL: http://www.blogelp.com/index.php/2006/01/07/la_obesidad_un_problema_psiq_uico_por_gra

Vazquez Velásquez V. & López Alvarenga J. C. (2001). *Psicología y obesidad*. Revista de endocrinología y nutrición (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología) vol. 9 N° 2. pp 91 – 96.

Winnicott D. (1962-1966) citado por Berkei M. (1984). *Trastornos psicossomáticos en la niñez y adolescencia*. 1° edición. Buenos Aires: Nueva Visión.

Yalom I. (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.

Zukerfeld R. (1996). *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. 2da. Edición. Buenos Aires: Paidós.

Zukerfeld R. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Clarín.; Sección Salud.

Anexo y Apéndices

Encuesta a pacientes

Esta encuesta ha sido construida por Mariana Alasino, alumna de la Carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, con fines de investigación para la realización de la tesis final. La encuesta es anónima y la participación es voluntaria. Muchas gracias por su colaboración.

Si yo le preguntara acerca de su relación con la comida: ¿qué cosas se le ocurrirían contarme?

¿Se acuerda de cómo es (era) la relación de su familia -padres- con la comida?

¿Qué factores emocionales usted considera que ayudaron a desarrollar su obesidad?

¿Podría describirlos?

¿Qué factores ambientales (factores externos) usted considera que ayudaron a desarrollar su obesidad? ¿Podría mencionarlos?

¿Me relataría algo más acerca de lo que usted considera importante para explicar por qué engordó?

Sexo:

Edad:

Profesión/Ocupación:

¿Cómo era usted en las siguientes edades?

	0 a 5	5 a 10	10 a 20	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60
Muy gorda							
Gorda							
Normal							
Flaca							

¿Ha realizado algún tratamiento? Por favor nómbralos.

Si

No

Tratamiento 1

¿Dio resultado?

Si

No

Tratamiento 2

¿Dio resultado?

Si

No

Tratamiento 3

¿Dio resultado?

Si

No

Entrevista a profesionales de Cormillot

Esta entrevista ha sido construida por Mariana Alasino, alumna de la Carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, con fines de investigación para la realización de la tesis final. Muchas gracias por su colaboración.

Nombre:

Profesión:

¿Qué actividad desarrolla en el Instituto?

¿Cuáles factores, emocionales y/o ambientales, intervienen para usted en el desarrollo de la obesidad? ¿Predomina alguno de ellos?

¿Los pacientes obesos tienen un patrón de conducta, individual o familiar, determinado? En caso que sea positivo, ¿podría efectuar un breve comentario acerca de los mismos?

Está comprobada la incidencia que tiene la genética en el desarrollo de la obesidad, pero, ¿usted cree que haya un tipo de personalidad que incremente la predisposición a desplegarla?

Publicaciones

DOSSIER V CONGRESO DE LA EBP

El envoltorio de nada en la Obesidad

Por Celia Salles

De la solución terapéutica de la obesidad al psicoanálisis aplicado a la obesidad

En los casos de obesidad mórbida post cirugía bariátrica, trabajamos con la siguiente hipótesis freudiana: "cuando se interfiere en el acto compulsivo de un paciente, aparece la angustia". En la compulsión, el obeso amortiza las señales de angustia y permanece en una posición de no querer saber. El cuerpo del obeso es un demasiado lleno que el sujeto vive como un vacío infinito. En la clínica de la obesidad, la mortificación del cuerpo acontece en lo Real sin la mediación de lo Simbólico.

El déficit simbólico, presente en la clínica de los trastornos alimentarios, ya estaba claramente situado por Freud cuando, en 1898, describe las neurosis actuales, localizándolas como "una tensión física que no consigue penetrar en el ámbito psíquico y, por lo tanto, permanece en el trayecto físico". En esa vía, "por una razón cualquiera, el enlace psíquico que se le ofrece es insuficiente, no pudiendo formar el afecto sexual por faltar algo en las condiciones psíquicas necesarias" y, así, "la tensión que no llega a ser ligada psíquicamente se convierte en angustia".

Al interrumpir el acto compulsivo del obeso, la cirugía bariátrica desencadena la angustia y, de ese modo, el discurso de la ciencia –más allá de trabajar a partir de un saber que no incluye al \$- desconoce que la pulsión siempre se satisface y produce trabajo para el discurso del psicoanálisis.

El obeso es un sujeto prisionero en su intento de evitar la angustia, colocando el objeto

nada en el cuerpo, impidiendo su captura en el fantasma. Tratarse de la obesidad es posibilitar, en un primer momento, la captura del objeto nada en el fantasma, haciendo surgir la angustia constituida, en la cual el sujeto hace la dolorosa experiencia de su propia división; en un segundo momento, se trata de ir más allá de lo que Miller llamó el "envoltorio sin valor" de la angustia.

Apuesta a la prevención

Pondrán en marcha en Rosario un programa contra la obesidad

La ministra de Salud de la Provincia, Silvia Simonsini, explicó que los objetivos del programa son “la prevención y tratamiento integral multidisciplinario de la obesidad, lograr un descenso de peso lo más adecuado posible, abolir o disminuir las asociaciones mórbidas que frecuentemente acompañan a la obesidad y pautar hábitos de vida más saludables”.

SANTA FE-ROSARIO, Mayo 17 (Agencia NOVA) La Provincia de Santa Fe pondrá en marcha en la ciudad de Rosario el programa para el abordaje público y gratuito del tratamiento de las personas con obesidad (Probisfe), en el marco del lanzamiento de las Jornadas para una Alimentación Saludable, que tendrán lugar el 29 y 30 de mayo en la mencionada localidad.

Estas jornadas, que también se realizarán el 29 y 30 de este mes en Santa Fe, serán organizadas en forma conjunta por los Ministerios de Salud, Educación y de la Producción.

Al respecto, la ministra de Salud de la Provincia, Silvia Simonsini, explicó al Portal La Capital de Rosario (lacapital.com.ar) que "los objetivos del Probisfe son la prevención y

tratamiento integral multidisciplinario de la obesidad, lograr un descenso de peso lo más adecuado posible, abolir o disminuir las asociaciones mórbidas que frecuentemente acompañan a la obesidad y pautar hábitos de vida más saludables".

Para cumplir con estos objetivos, se conformaron grupos de trabajo integrados por especialistas en clínica médica, cirugía general, salud mental, nutrición, trabajo social, enfermería y kinesiología, que funcionarán operativamente como base referencial en los hospitales Provincial y Centenario de Rosario y Cullen de Santa Fe.

Según se explicó desde el Ministerio de Salud, la primera etapa ambulatoria para este tratamiento es de tipo conservadora, por lo que se está equipando y adaptando lo necesario para la asistencia. En ese sentido, ya está prevista la realización de refacciones edilicias para la contención en prestaciones de mayor complejidad, sobre todo para aquellos casos de extrema necesidad y que requieran de un abordaje quirúrgico.

Por último, se aclaró que el tratamiento quirúrgico para abordar la obesidad no constituye el eje primordial del programa, y constituye en todo caso una última instancia en el plan de atención instituido. (Agencia NOVA)

La Ley de obesidad argentina, una decidida línea de actuación

Una ley aprobada recientemente por el Senado argentino considera la obesidad como una enfermedad y contempla su tratamiento en el sistema nacional de salud y las sociedades médicas. Además, toma medidas ejemplares y decididas en sectores como el publicitario o la industria alimentaria.

El pasado mes de agosto, y tras nueve meses de debate, el Senado argentino aprobó la Ley de Obesidad, que aunque pueda sufrir algunas modificaciones en su tramitación

posterior hasta su forma definitiva, recoge novedosas iniciativas para reducir la obesidad en el país. Así, incluye a la anorexia y la bulimia como enfermedades que deben ser incluidas en el Plan Médico Obligatorio, lo que supondrá, entre otras cosas, que el sistema nacional de salud y las sociedades médicas deberán atenderlas, incluyendo los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos y farmacológicos.

Pero esta Ley, como se ha dicho más arriba, no se queda ahí, sino que incluye otros aspectos interesantes en la lucha contra la obesidad, que en ese país, como en todos los del llamado primer mundo, constituye una auténtica epidemia.

Anne, el Monstruo

Anne llegó con 140 kg de peso, diez días antes de realizar una cirugía bariátrica del tipo "Y" de Roux. Apeló a diversos tratamientos, tales como fórmulas adelgazantes y estadias en SPA, hasta concluir que solo la cirugía resolvería su problema de obesidad. Después de la cirugía dice: "la cirugía trae problemas que los médicos ni imaginan, ellos hablan de los cambios, pero no sabe qué cambios son esos. Ser gordo es muy bueno, es bueno tener la comida para calmarnos". Así, una nueva percepción de su vida le produce angustia, no experimentada antes de la cirugía.

En ese punto, Anne enfatiza cómo, antes de adelgazar, no percibía los problemas de su vida: "pensaba que todos mis problemas se resumían en ser gorda".

Ejemplifica: antes de adelgazar, decía que la obesidad no le permitía jugar con el hijo; después de la cirugía, constata que no le gusta jugar con el hijo, y que usaba la obesidad como escudo para eso, así como para otros hechos de su vida. A medida que adelgaza, siente el peso de la vida caer sobre sí. Un día, llorando mucho, dice que envidia a los

que pueden comer. Ahora, cuando se pone ansiosa, sufre mucho, pues no tiene más la comida para calmarse. Al mismo tiempo, percibe que la *Coca-Cola* es un vicio: cuando se pone ansiosa, bebe *Coca-Cola* y siente pavor al percibir que continúa con mentalidad de obesa.

Frente a la emergencia de la angustia, encuentra una solución equivalente a la de la obesidad en la satisfacción oral de la *Coca-cola*. Es común en la clínica, luego de la cirugía bariátrica, que los pacientes cambien el vicio de la comida por otro: bebidas alcohólicas, leche condensada, etc. Nuestra meta es que el análisis permita que el *a* sea capturado en el fantasma, extrayendo goce de la economía de la obesidad y, así, posibilitando sintomatizar la angustia a través de la producción de un síntoma.

Interrogada sobre cómo llegó a ser obesa, explica que desde niña fue gorda. En la infancia, la madre la repletaba de comida. A los nueve años, Anne realiza su primera dieta, adelgaza, y a los diez años –siendo una niña con el cuerpo ya desarrollado, de una mujer- desfila como modelo. Como premio por el desfile, recibe como regalo ropa que le gustó mucho: se la pone y sale para encontrarse con su padre quien, al verla así vestida, la hace ir para la casa, sacarse la ropa y devolverla en el negocio, porque era una ropa muy osada, era como si estuviese desnuda. Ella sufrió mucho, porque le había gustado esa ropa y no entendió el acto del padre. A los trece años, ya era una mujer, y las amigas aun tenían cuerpo infantil; cuando caminaba por la calle, sentía la mirada de los hombres. Hoy, mira sus fotos de los trece años y percibe que era "apetitosa", pero en esa época se sentía un monstruo enorme: ser "apetitosa" le causó problemas dolorosos.

Anne es la hija mayor del segundo matrimonio de su padre, que ya tenía cuatro hijos del primer matrimonio y no quería más hijos. El padre acostumbraba decirle: "mi vida con tu mamá, terminó cuando vos naciste". Los padres se separan cuando ella tenía cinco

años. En esa época, el padre les dice a ella y al hermano: "quien viva conmigo, tendrá todo; a quien viva con la mamá, no le daré nada". Anne decide quedar con nada, y con la madre. Recuerda que en la época en que los padres estaban casados, el padre pasaba Navidad con la primera familia y, en año nuevo, salía con su madre: "la fiesta familiar – resume ella- pasaba con la primera familia, y la fiesta mundana, con mi madre; mi hermano y yo pasábamos solos las dos fiestas". A pesar de esos recuerdos, dice que ama, adora al padre, y que solo quería que él la amase. Pero, para el padre, ella siempre fue "un monstruo", como él mismo la llamaba.

Luego de un año de cirugía, y habiendo perdido 40 kg., aun no conseguía mirarse al espejo, no conseguía comprar ropas del tamaño actual de su cuerpo, tenía dificultades en aceptar la flaca que comenzaba a surgir, llegando a decir que no sabía si quería ser flaca: no gustaba de la Anne flaca que le traía tantos problemas.

Durante este año en que ha sido atendida, lo que más incomoda a Anne es la percepción de su responsabilidad en el sufrimiento que la rodea. En el momento de la separación de los padres, optó por vivir con la madre, una mujer muy bella y totalmente consagrada a los cuidados de la belleza: según Anne, la madre "se hace maquillaje definitivo porque, si muere en la calle, ya está maquillada". Ahora, Anne precisa del padre para resolver sus problemas e inicia una aproximación en dos niveles: le solicita ayuda material, pero también ayuda simbólica, porque desea abandonar la profesión de profesora por la que había optado para contrariar al padre, y quiere estudiar Derecho, carrera que el padre le había elegido antes, pero recién ahora descubre el deseo de seguirla.

Luego de adelgazar, un vecino le dice: "ahora parecés una persona normal". Anne dice que se detuvo y pensó: "si ahora me parezco a una persona normal, a qué me parecía antes?". Por mi parte, la interrogo: "sí, ¿a qué te parecías antes?". Ella me responde: "a

un monstruo, tal como mi padre me llamaba".

Hubo una encrucijada en la vida de Anne: mientras era una adolescente atractiva, con cuerpo de mujer, se negaba a ser como la madre, y cuando desarrollaba sus dotes de mujer atractiva, el padre la trataba de prostituta. En la obesidad, insondable decisión del ser, Anne encontró una solución en la cual convergían la solución materna que, al repletarla de comida, ocultaba su atractivo femenino, y también la obediencia al imperativo categórico paterno, ser un monstruo. El significante "monstruo" abre la vertiente del fantasma y la vertiente del objeto. Ser un monstruo, en el trabajo analítico, fue tomando nuevas formas que le permitían volver a ser una mujer atrayente y que sublima en el campo de su deseo. Hoy, Anne pesa 86 kg., compra ropa atractiva, se arregla, y –en su análisis- se va estableciendo un cambio en la economía de goce en la cual el monstruo obeso se transforma en monstruo... monstruo de la apetitosa, monstruo de la abogada, monstruo del saber...

El psicoanálisis puro nos enseña que hay un significante que da nombre al goce. El psicoanálisis aplicado a la terapéutica nos enseña que, en los pacientes de la clínica de los nuevos síntomas, el goce se hace presente de modo directo, y mediante la articulación con el significante que lo nombra, podemos hacer al simbólico operar sobre él. En el caso de Anne, tenemos al significante "monstruo" que permitió construir el fantasma de la paciente, pero también Anne-el-monstruo-obeso fue resultado de no saber hacer con el padre: gozaba de manera directa en el acto compulsivo de comer. A través del análisis, descubrimos que el goce era destruir la apetitosa, siendo un monstruo obeso, contenido psíquico que ella ofrece de modo directo a la escucha analítica. Trabajar sobre ese significante en el análisis permitió cambios en la economía de goce llevando a un saber hacer con eso.

El significante monstruo quedaba como imperativo categórico del superyó –"goza". La operación consiste en transformar al significante del superyó en un significante que nombra al sujeto en una perspectiva diferente de aquella del imperativo del superyó, permitiendo que el sujeto opera en la vida con eso, y esa operación –efectivizada en el ámbito del psicoanálisis aplicado a la terapéutica- sigue el mismo camino que nos enseña el psicoanálisis puro. Es a partir del oro puro que Freud admite el cobre de lo terapéutico.

La obesidad se transmite entre familiares y amigos

Aprende cómo influye tu entorno

Las redes familiares y sociales tienen una potente influencia en la obesidad y el sobrepeso. Esta realidad constatada empíricamente desde siempre, si estamos con personas que comen mucho seguramente comeremos más, tuvo su demostración científica cuando la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard dio a conocer un estudio que concluyó que tener familiares y amigos obesos aumentaba el riesgo de que una persona lo fuera.

Alvin Powell, de la oficina de información de Harvard, escribió en marzo de 2007, cuando se lanzó la investigación, “quizás conocido como el ‘efecto de la viuda’, o el aumento de la posibilidad de muerte luego de la muerte del esposo. Investigaciones han demostrado que los efectos de salud de las personas se transmiten a través de las redes sociales”.

Nicholas Christakis, profesor de sociología médica en la escuela y profesor de sociología en la Facultad de Artes y Ciencias, autor del trabajo, explicó al momento del lanzamiento que la información fue recogida del Framingham Heart Study, un estudio

que comenzó en 1948 y que recogió información de salud y pruebas médicas cada dos a cuatro años de hasta tres generaciones de pacientes de una misma familia.

Los datos analizados fueron muy abarcativos: no sólo información nutricional, actividad física, entre otros., de la persona analizada, sino también de familiares y amigos, algo que fue muy útil para comprobar la teoría de los lazos que mueven al sobrepeso. El total de datos analizados corresponden a 5124 niños enrolados en el estudio en 1971 y a 5124 familiares y amigos, un total de 12,000 participantes.

Así, se constató que el entorno familiar y de amigos es una cuestión de peso. Curiosamente, en los amigos del mismo sexo el efecto “contagioso” –informa Powell en su crónica– fue más claro que en las amistades de sexos diferentes.

“El aumento de la obesidad a nivel población a través del tiempo en parte puede ser causado por los efectos de estas redes”, concluyó Christakis.

Según definen las asociaciones médicas, la obesidad es un exceso de grasa en el cuerpo, y es uno de los principales problemas de salud pública en el país. Según datos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS), uno de cada cuatro americanos adultos es obeso. Y cerca de 4.7 millones de niños americanos (el 11 por ciento) de entre 6 y 17 años es obeso, un porcentaje que dobla a la cifra de 1960.

La obesidad está modificando la expectativa de vida y se están desarrollando cada vez en forma más precoz condiciones como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardíaca y ciertas formas de cáncer. Fuentes: Escuela de Medicina de Harvard; United States Department of Health and Human Services (DHHS).

Obesidad

En el Departamento de Clínica Grupo Cero contamos con un equipo de profesionales médicos que pueden asesorarle acerca del régimen alimentario más adecuado para usted.

Además, hemos comprobado, tras más de 25 años de experiencia, que el psicoanálisis de los pacientes obesos, les permite mantenerse en un peso adecuado, aún después de haber dejado el régimen alimentario. Se trata de aprender a cuidarse y a comer sano. En este artículo les hablaremos de cuestiones médicas de interés en la obesidad y de los factores psíquicos en juego, los cuales requieren un abordaje psicoanalítico.

La obesidad es un serio problema de salud, no es sólo un problema estético, ya que aumenta en 12 veces la mortalidad del que la sufre e incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio, la diabetes, el infarto cerebral, la arteriosclerosis, etc. Una persona obesa vive de promedio 10 años menos que una persona delgada.

Muchos autores consideran la obesidad la pandemia del siglo XXI (una pandemia es una epidemia a nivel mundial), es una patología que está aumentando en todo el mundo y la prevención y tratamiento de la misma, se está convirtiendo en un problema de salud prioritario.

La obesidad está aumentando también de manera alarmante en los niños. Lo mejor en estos casos es prevenir, es recomendable acostumbrarles a comer fruta o yogur cuando quieran comer algo dulce, limitar el consumo de golosinas y dulces, es mejor darles un bocadillo que un bollo para merendar, y dentro de los bocadillos es mejor uno de jamón o queso que los de embutidos tipo chorizo o salchichón, más grasos. Y sobre todo, no

hay que taponarle la boca al niño con dulces y chucherías, para que deje de llorar o de “molestar”.

En España concretamente el 80% de la población está por encima del peso recomendado. Tendríamos que distinguir entre obesidad y sobrepeso. Para hablar de cualquiera de los dos nos remitimos al índice de masa corporal (IMC) que indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: Su peso actual y su altura, la fórmula sería: peso actual en kg / (altura, en metros²). El IMC normal se sitúa entre 18 y 25, entre 25 y 30 se habla de sobrepeso y cuando el IMC está por encima de 30 se habla de obesidad, por encima de 45 se habla de obesidad mórbida.

Hay diferentes tipos de obesidad, está la llamada obesidad central o troncular, por ejemplo Obelix, si lo han visto alguna vez, recordarán que tiene la cintura más grande que la cadera, y la obesidad global, que sería la de las Venus de Rubens. Esta distinción es importante porque la incidencia de enfermedades cardiovasculares es mayor en la obesidad central, que por otra parte es más frecuente en los hombres. El índice cintura-cadera mayor de 1 en los hombres y mayor de 0,85 en las mujeres se asocia a complicaciones metabólicas, como la diabetes, la hipertensión arterial, etc.

Desde la medicina, se dice que las causas de obesidad son la mala alimentación, demasiado rica en grasas y en hidratos de carbono, y el sedentarismo, además de señalar que hay una base genética.

Pero qué es lo que lleva al paciente a comer mucho más de lo que precisa para realizar sus actividades diarias, sólo nos lo puede responder el psicoanálisis, y aunque cada caso es singular y sólo podrá saberse del deseo en juego cuando el paciente hable en el marco de la relación analítica, podemos señalar algunas cuestiones psíquicas generales que

podrían jugar un papel fundamental en la obesidad.

A veces, lo que lleva al paciente a comer mucho más allá de lo necesario, es el miedo a morir de hambre, aunque nos parezca mentira viéndolo desde fuera con sus 150 kilos, el miedo no tiene nada que ver con algo racional. Otras veces es un equivalente de un ataque de angustia que cursa como ataque de bulimia.

También puede ser una cosa de pudor, hay mujeres que engordan para esconder sus formas femeninas, al engordar también se masculinizan, pierden pelo, como los hombres, porque en la grasa se producen andrógenos (hormonas masculinas).

También puede ser para estar acompañados, se hacen acompañar de la comida, como una suerte de canibalismo, de hecho algunas veces lo que comen tiene nombre de persona: magdalena, judías, galletas María, o por ejemplo cuando llamamos a nuestra pareja bomboncito, o cuando decimos está para comérselo... son todo metáforas canibalísticas.

La frase yo me lo guiso, yo me lo como tiene algo que ver con la obesidad. Algunos gordos podríamos decir que tienen aires de autosuficiencia: yo me lo guiso, yo me lo como, él solo lo hace todo, pero solo, sólo se puede comer, para el resto se necesita a los otros.

La obesidad también puede ser una ambición desmedida, una ambición fuera de lugar, en vez de crecer socialmente y obtener logros sociales, culturales, crece a lo ancho. Sabemos también que “los kilos” es una forma de nombrar al dinero “los millones”.

En conclusión, podremos poner todas las dietas que queramos, hay muchas excelentes, pero no vamos a conseguir que el paciente adelgace y se mantenga si no tratamos los

factores psíquicos, es decir, es necesario que el paciente se psicoanalice.

Exposición a Agentes Contaminantes

Nuevos estudios plantean la relación entre los factores ambientales y la obesidad

Actualizado lunes 19/02/2007 09:25 (CET)

CARLOS MARTÍNEZ (Enviado especial de elmundo.es)

SAN FRANCISCO.- El auge constante de la obesidad en todo el mundo no se explica sólo con los dos factores de riesgo reconocidos: el consumo excesivo de calorías y el sedentarismo. Así lo consideran varios grupos de investigadores, que han defendido esta hipótesis en la reunión anual de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia (AAAS).

La conferencia, que se celebra estos días en San Francisco, tiene como lema "Ciencia para un desarrollo sostenible". La obesidad ocupa un lugar principal en el programa de salud.

Los distintos trabajos presentados reinterpretan el sobrepeso, en cierta medida, como una condición 'programada' en los primeros años de vida, especialmente durante la gestación. De acuerdo con la hipótesis, la dieta y el sedentarismo tendrían un impacto mayor o menor según la exposición a estos factores en años cruciales del desarrollo.

Si una persona crece en un entorno ambiental apropiado su riesgo de obesidad sería menor. Las circunstancias contrarias, sin embargo, incrementarían sus probabilidades de desarrollar sobrepeso.

"Esta nueva hipótesis tiene potencial para abrir nuevas vías de tratar la obesidad", dice Jerry Heindel, del Instituto Nacional de las Ciencias de la Salud Medioambiental, parte de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU.

"¿Qué debe hacer la gente?", reza una de las diapositivas de Heindel, que recoge las dudas que puede suscitar el planteamiento de la obesidad como un trastorno 'programado'.

Según el especialista, es necesario que la opinión pública sea consciente del posible impacto de los factores ambientales y la dieta durante el desarrollo para tomar medidas preventivas, fundamentalmente durante el embarazo. "Y que sigan cuidando su dieta y haciendo ejercicio", añade.

Una nueva explicación de la obesidad

Por un lado se considera la relación de los factores ambientales con la predisposición a sufrir obesidad. Los estudios se centran sobre todo en agentes químicos presentes en el plástico (como el bisfenol A) y en pinturas industriales. Es el campo de trabajo de investigadores como Fred Vom Saal, de la Universidad de Missouri (EEUU).

"Hay cientos de estudios experimentales realizados en laboratorio que relacionan la exposición a agentes químicos con distintas enfermedades, incluida la obesidad", dijo el investigador en la reunión de la AAAS.

En su intervención, Vom Saal pidió nuevos trabajos con medios suficientes para evaluar a gran escala el posible impacto de la exposición a pequeñas dosis de este tipo de contaminantes, en momentos clave del desarrollo, y su posible efecto sobre el riesgo de obesidad.

Especialistas del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (EEUU) presentaron en San Francisco datos obtenidos en experimentos con animales, expuestos a distintos contaminantes, que apoyan la tesis sobre el impacto de los agentes químicos.

En los trabajos se utilizaron dosis consideradas normales para fetos humanos en los países ricos o incluso más bajas, según explicó Retha Newbold, del Instituto Nacional de las Ciencias de la Salud Medioambiental.

"Tiene sentido relacionar el aumento de los casos de sobrepeso con los químicos industriales ampliamente difundidos desde hace unos 40 años", afirma Bruce Blumberg, de la Universidad de California en Irvine.

Igual que Vom Saal, Jerry Heindel también pidió nuevos trabajos que permitan separar el grano de la paja.

En el segundo bloque, en el grupo de agentes sobre los que existe más evidencia respecto a su influencia en la obesidad, se sitúa el tabaco. Diversos trabajos han mostrado la relación entre el consumo de esta droga durante el embarazo y el riesgo de obesidad en el bebé a lo largo de su vida.