

Obesidad: Trastorno de la Alimentación

Obesidad: Trastorno de la Alimentación

Por la Psic. Sofia Mann de Dayán

Maestra en Psicología Clínica y Psicoterapia

52813085



Por muchos autores, la obesidad ha sido considerada como un trastorno meramente infantil, cuyos efectos pueden permanecer a lo largo de toda la vida. "Su persistencia se debe a la transformación tisular temprana, producida por un perturbación peculiar en la relación madre-hijo"

(Békei, 1984; pp 185). Por lo mismo se ha considerado este estado de obesidad como una enfermedad psicosomática infantil.

La *obesidad* como tal es un estado o condición de sobrepeso que se llega a desarrollar cuando la gente consume más calorías de las que gasta o quema. El grado de obesidad se mide por medio del peso o la relación entre éste y la estatura, aunque es posible obtener una medición más satisfactoria con la medición de pliegues cutáneos en la región de tríceps, los muslos, el abdomen y la espalda. La grasa corporal total puede medirse por la combinación del grosor de la piel al plegarla, la densidad corporal y el total de la masa magra corporal (Iilingword, 1991; Cliska, 1990).

Por acuerdo general, se ha definido a la **obesidad** como un peso que está por lo menos del 20% al 25% por arriba del peso ideal señalado en los cuadros estándar de peso y estatura. Cuando se valora esta alteración, el clínico debe descartar las enfermedades médicas como hipotiroidismo. La obesidad suele ser un trastorno crónico y progresivo que puede iniciarse ya sea en la etapa infantil o en la adolescencia o etapa adulta; sin embargo hay que tomar en cuenta que la cantidad de grasa corporal se incrementa con el paso de la edad, incluso cuando se conserva constante el peso (Smith, 1983; Cliska, 1990).

Causas de la obesidad

Las causas de la **obesidad** aún no están bien entendidas. Hay muchos factores interactuantes que tienen un metabolismo complejo. En esencia se debe a que no hay un equilibrio entre el ingreso y el gasto calórico. Aunque esto es cierto, tal aservación es demasiado simplista. Los factores pueden discutirse de manera conveniente bajo los siguientes encabezados:

1) Teoría celular: Aunque hay grandes variaciones del peso entre los seres humanos, los individuos manifiestan uniformidad notable con el paso del tiempo. Puede ocurrir aumento de peso por incremento del número o el tamaño de células grasas. Las células grasas de los adultos con obesidad de iniciación juvenil pueden ser aproximadamente del mismo tamaño que las de las personas de peso normal, pero tiende a haber en ellos hasta 5 veces más. Las personas que tienen obesidad de iniciación en la edad adulta pueden tener un número normal o mayor que lo normal de células grasas. En estudios en los que se determinaron el número y el tamaño de las células grasas, los sujetos tendieron a dejar de perder peso cuando el tamaño de sus células grasas se normalizó. Como una vez formadas las células grasas no desaparecen, de su número puede depender el límite inferior del peso de las

personas que , por dieta, han tratado de reducir el tamaño de sus células a lo normal. Son dos los periodos de proliferación celular en los niños de peso normal: del nacimiento a los dos años de edad, y de los 10 a los 14 años de edad. En niños obesos el periodo se puede extender bastante más allá de los dos años de edad, con hipercelularidad consecuente del tejido graso al principio de la vida. Aunque esto puede encontrarse en parte, bajo control genético, la teoría celular de la obesidad tiene implicaciones importantes en cuanto a las prácticas nutricionales y la regulación del peso en los niños (Vega, 1991).

2) Factores prenatales o genéticos: Cuando un niño es obeso, casi siempre se encuentra que uno o ambos padres están excedidos de peso. Esto podría significar una conducta familiar favorecedora de la comida buena y abundante. Otro factor prenatal es el peso que ganó la madre durante el embarazo y el del niño al nacer. El excesivo aumento de peso en el embarazo está asociado con un sobrepeso fetal, y un niño con sobrepeso al nacimiento está en riesgo de desarrollar obesidad posteriormente (Iilingword, 1991; Békei, 1984)

3) Ingesta aumentada: Vega, (1991), propone que la alimentación al seno en la infancia constituye una medida de prevención para evitar la obesidad. Los niños alimentados con fórmulas lácteas tienden a tener un peso más elevado que los alimentados al seno. Por otra parte se ha observado que la excesiva ganancia de peso en los primeros seis meses de vida predice, con bastante certeza, la obesidad en los niños durante la etapa escolar. Muchos niños adquieren el hábito de comer en grandes cantidades por el excesivo cuidado que muestran sus padres (y sobretodo la madre) hacia lo mismo. Este hábito es conservado durante toda la vida y es exacerbado después de presentarse una situación de tensión, como la muerte, pérdida o alejamiento de una persona querida, una enfermedad grave o periodos de neurastenia ante los que el comer mucho reduce los síntomas (Vega, 1991; Cliska, 1990).

Los niños como los adultos tienden a comer en exceso cuando están aburridos, preocupados, en espera de algún acontecimiento, o cuando se sienten inseguros (Iilingword, 1991).

4) Gasto de energía reducido: Las personas obesas tienden a ser menos activas que las delgadas; es difícil determinar si esto es una causa o un efecto. La obesidad es uno de los resultados más importantes de la inmovilidad relativa asociada con incapacidades físicas como la distrofia muscular de Duchenne, el síndrome de Werding-Hoffmann, etc. (Smith, 1983).

5) Factores socioeconómicos y culturales: Muchos autores concuerdan en que la obesidad es más común en las clases socioeconómicas bajas. La comida es una reacción a las tensiones ; las comidas abundantes representan también una sensación de seguridad en los que padecen inseguridad económica. Los sujetos obesos tienden a masticar menos y a comer con mayor rapidez que las otras personas, viéndose influenciados, en algunas ocasiones por las conductas alimenticias de quienes los rodean. Aunque no haya una constelación familiar específica que predisponga a la obesidad, los miembros de la familia que carecen de amor y calor pueden emplear los alimentos y la ingesta excesiva de los mismos como "sustitutos del amor". Las madres de estas personas suelen ser personas solitarias cuyas propias infancias se caracterizaron por privación social, económica o emocional. Estas madres, pueden desear inconscientemente tener hijos gordos. La identificación con hijos "bien alimentados y cuidados" puede compensar sus privaciones anteriores. Este tipo de familias puede también equiparar el tamaño físico y el estado "bien alimentado" con la fuerza física y emocional. Los niños obesos de estas familias, pueden, por lo tanto, interpretar, de manera errónea, que la pérdida de peso sería una pérdida de la fuerza física y el bienestar emocional (Vega, 1991).

Las teorías psicoanalíticas han sostenido la idea de que los

sujetos obesos experimentan necesidades de dependencia no resuelta y se encuentran fijados en la etapa oral de su desarrollo psicosexual. El alimento y la alimentación pueden tener diversos significados psicológicos. La alimentación puede brindar una fuente de placer y satisfacción, un medio para disminuir la ansiedad, el pesar y la frustración, y un escape para la expresión de un deseo hostil reprimido. Puede servir como medio de desenfreno y aliviar los sentimientos de soledad y vaciedad. La ingesta de alimentos puede servir a los sujetos para conservar el nivel de desarrollo y evitar la maduración, y como sustituto de la participación heterosexual o como barrera para la misma (Bruch, 1973; Wasserstein, 1993). De manera simbólica, la alimentación podría representar conflictos con la madre. Un tipo de "orgasmo alimentario", como expresión de los deseos sexuales, una satisfacción de los deseos destructivos o sádicos y un intento por resolver la depresión subyacente. Wasserstein, (1993), propone que el alimento y la alimentación pueden representar la envidia del pene o fantasías de fecundación bucal, un medio para poseer un "objeto parte" como el pene del hombre o el seno de la madre, o para devorar un objeto amado de manera ambivalente al sentirlo amado y odiado o como un intento de incorporar vía oral a la propia madre. Esta es simplemente una lista parcial, como bien lo expresa la autora mencionada; en realidad, ella propone el hecho de que virtualmente se puede expresar cualquier conflicto emocional por medio de las conductas alimenticias adoptadas.

Los síntomas de obesidad se consideran como equivalentes depresivos, como intentos para recuperar la crianza y los cuidados perdidos o frustrados. En estudios recientes los sujetos con obesidad juvenil, manifiestan trastornos importantes en la imagen corporal, consideran a sus cuerpos como feos o repugnantes y creen que son observados por los demás constantemente. Esta frecuente idea de referencia los lleva al autodesprecio y a las alteraciones del funcionamiento social global. Por su parte estas experiencias pueden

contribuir al desarrollo y conservación de la obesidad, creándose así un ciclo vicioso (Iilingword, 1991). Se les representa como sujetos que son hostiles y agresivos consigo mismos, con una imagen sumamente devaluada que los hace proyectar en el exterior el autodesprecio que sienten hacia su persona. La imagen jovial, que algunos individuos obesos proyectan al exterior puede ser un mecanismo defensivo adoptado para lograr la aceptación de los demás (Smith, 1983). Bruch, (1983) menciona la importancia de la comida por su función en las interacciones sociales. Las interacciones primarias de la madre con su lactante abarcan alimentos y alimentación. Las dificultades para alimentar a su hijo a causa de la inmadurez de la madre, sus conflictos psicológicos o la posible ambivalencia hacia el hijo, pueden dar como resultado, alteraciones graves en el desarrollo emocional y físico de este último.

A la inversa, el niño que es difícil de alimentar a causa de alergias, algunas infecciones, cólicos, etc., puede hacer que la madre se sienta frustrada y disgustada e impedirá el desarrollo de una relación sana entre madre e hijo. Los alimentos se pueden emplear también en las luchas por el control de la madre, que sobrealimenta de manera forzada a su hijo o le suprime el alimento al mismo como medios de recompensa o castigo. El niño puede emplear también la comida como medios de rebeldía y para establecer el control. (Iilingword, 1991).

Ahora bien, qué hace que el niño obeso se mantenga así a lo largo de su vida? Es bien sabido que las personas obesas son punto de discriminación desde la perspectiva social además de representar objetos de no deseo sexual, en comparación con las personas de peso normal. La conservación de la obesidad podría reflejar, en algunos casos, un deseo inconsciente de permanecer y conservarse aislado de personas que lo rodean, incluso de personas significativas, con objeto de evitar conflictos relacionados con la sexualidad o la intimidad emocional. La obesidad es un problema de salud, asociado con

desordenes degenerativos del sistema circulatorio y aumento de posibilidad de enfermedades del corazón, hipertensión arterial y otros problemas (Cliska, 1990); sin embargo y a pesar de las consecuencias negativas que puede traer consigo tal estado, no se sabe por qué algunos individuos comen más de lo que su cuerpo necesita. A las personas obesas (tanto niños, como adolescentes y adultos) se les considera como faltos de "Fuerza de voluntad"; sin embargo esto probablemente sea una simplificación exagerada debido a que, como ya hemos mencionado, la obesidad en muchos casos está ligada a algún tipo de factor causante en especial o a la combinación de varios de estos (como puede ser el factor genético, aunado a las condiciones familiares y al nivel socioeconómico). (Smith, 1983).

A pesar de la ausencia de perfiles psicológicos y de la conducta claros, relacionados con el desarrollo de la obesidad, existe un subgrupo de sujetos obesos que manifiestan patrones de sobrealimentación que tienen una base emocional. Cerca del 10% de sujetos obesos, por lo general mujeres, desarrollan un síndrome de alimentación nocturna que se caracteriza por no comer grandes cantidades en las mañanas, pero por las tardes y las noches se presenta la hiperfagia con insomnio. Al parecer las tensiones de la vida precipitan estas conductas que tienden a persistir hasta que estas tensiones son aliviadas. Otro subgrupo más pequeño (cerca del 5%) de gente obesa, son personas glotonas con crisis emocionales que tienden a ocurrir después de alguna situación estresante; sin embargo en estos casos, al desaparecer la tensión o la situación que la provocó, los atracones o las comidas compulsivas que hacen no desaparecen, creándose de esta manera un patrón alimenticio característico y difícil de combatir (Bruch, 1973).

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y PRONOSTICO

Antes de hablar de cualquier tipo de tratamiento es importante tomar en consideración, que una dieta por sí misma puede ser un factor biológico y psicosocial productor de estrés importante. Puede producir sentimientos de frustración, agitación, irritabilidad y aumento de la reactividad emocional en personas por lo demás normales. Por lo tanto, algunos de los aspectos emocionales que se atribuyen tradicionalmente a las personas obesas pueden ser consecuencia de sus intentos por perder peso mediante una dieta rigurosa, más que una causa de su estado.

El enfoque básico con el que se comienza un tratamiento en contra de la obesidad es lograr que el individuo consuma menor cantidad de alimentos calóricos y que su cuerpo y las actividades del mismo sean capaces de quemar estas calorías consumidas. Se espera establecer un equilibrio entre lo consumido y lo gastado o quemado. Por lo mismo todo tratamiento comienza con la implantación de una dieta acoplada más que nada a la modificación del comportamiento de ingesta (es decir que permita al individuo comer de los diferentes grupos alimenticios existentes en cantidades moderadas o pequeñas). Esto en muchas ocasiones va acompañado de ejercicio, aunque este es un punto de tratamiento en el que hay controversia, en especial si se trata del tratamiento de un infante en contra de la obesidad que presenta. Es importante en este punto, involucrar a los padres del niño a cambiar las conductas y condiciones alimentarias que se han llevado en el hogar hasta determinado momento. (Iilingword, 1991).

En tratamientos anteriores se proponía el uso de medicamentos que tengan efectos anorexígenos para tratar la obesidad. Sin embargo, el abuso de estos medicamentos a llevado a los clínicos a reducir su recomendación y a proponer nuevas técnicas de mayor eficacia que no arriesguen la salud del

individuo.

El psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica serían, a mi parecer, en el caso de obesidad, alternativas sumamente viables que ofrezcan al sujeto la oportunidad de conocer las motivaciones intrínsecas que lo llevan a tener los malos hábitos o las conductas de atracón hacia la comida. Siento que un mal hábito difícilmente será removido si el sujeto no es consciente de las situaciones que provocan su necesidad de comer y la relación que su cuerpo y mente tienen con la comida.

Muchos autores aceptan que el pronóstico para perder el peso excesivo y conservarlo bajo es pobre. Aunque se ha logrado la disminución de peso en plazo breve con el advenimiento de las nuevas estrategias dietéticas y de ejercicios y el desarrollo de programas de modificación de la conducta, el pronóstico a largo plazo sigue siendo pobre. Se estima que si el niño obeso, no alcanza su peso casi normal, hacia el final de la adolescencia, las posibilidades de que ya no lo haga más tarde son mayores. La morbilidad y la mortalidad de sujetos obesos son proporcionales al grado de obesidad y a la presencia de factores de riesgos acompañantes como pueden ser la presión arterial, problemas del corazón o diabetes. (Vega, 1991, Cliska, 1990).

En realidad, está claro que cualquier criterio que tenga éxito para la comprensión, tratamiento y pronóstico de la obesidad, debe incluir una percepción concienzuda de los aspectos genéticos, psicológicos y socioculturales determinantes. Como clínicos debemos adoptar cada vez más un tratamiento biopsicosocial y la necesidad de empatía y entera comprensión de nuestros pacientes para una mejor resolución de la situación y problema presentado.

Por la Psic. Sofia Mann de Dayán
Maestra en Psicología Clínica y Psicoterapia

[salespress

name="EstimadoLectorSiteGustoEsteArticuloCOMPARTELO"]