

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA OBESIDAD

Rosa M^a Ibáñez Bordas.
rmibanez@centrequia.com

Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil.
Unidad de Paidopsiquiatría (Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil)
Centro Médico Teknon.

Introducción

El incremento de la obesidad entre niños y adolescentes es uno de los principales problemas de salud a los que se enfrentan los países desarrollados. En nuestro país, la prevalencia de sobrepeso es de un 26,1% y la de obesidad es de un 19,1% en niños de entre 6 y 10 años según el estudio ALADINO (n 7923) realizado por la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2011). La OMS y el NCHS, U.S.National Center for Health and Statistics, definen la obesidad como un IMC (índice de masa corporal), en función del porcentaje de peso por encima de lo estándar.

Los niños y adolescentes con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones emocionales como depresión y ansiedad y ser víctimas de burlas por parte de sus compañeros y amigos,. Los niños y adolescentes con obesidad que desarrollan trastornos de alimentación presentan factores específicos potencialmente más elevados, como la preocupación excesiva por el peso y la figura que los controles normopeso.

Igualmente, los numerosos estudios realizados con niños y adolescentes con obesidad muestran que éstos utilizan con mayor frecuencia técnicas a veces poco recomendables para perder peso que los adolescentes normopeso.

La presencia de factores específicos para los trastornos de alimentación, como la planificación de una restricción calórica, por ejemplo, las dietas entre individuos con una marcada insatisfacción corporal y una preocupación elevada por el peso y la figura y sobretodo si éstas no consiguen este objetivo, puede llevar a una desinhibición en la comida por ejemplo, atracones y de este modo perpetuar la obesidad.

A los factores específicos para los trastornos de alimentación hay que añadir los estados emocionales y las situaciones sociales negativas, tales como la depresión, la ansiedad y el estrés. La ansiedad se considera un factor de riesgo inespecífico para desarrollar problemas psiquiátricos, incluidos los trastornos de alimentación. Si bien ha sido excluida en la clasificación de la American Psychiatric Association en el DSM-IV_TR y por la OMS en la CIE-10, apareciendo el Binge Eating Disorder pero ya en edad superior a la adolescente. En la clínica, se ha señalado un incremento de la ansiedad y la depresión en pacientes con obesidad, comparado con pacientes normopeso.

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

Por lo que la preocupación por el peso y la imagen corporal, la baja autoestima y la ansiedad pueden perpetuar la obesidad y actuar como barrera para lograr perder peso

Aspectos psicológicos de la obesidad

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha centrado en dos líneas: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios.

La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables.

Aunque a menudo se olvida considerar, los aspectos psicológicos y familiares ya que juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y por lo general se suelen tener en cuenta con menor frecuencia.

Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso estable o set point, después de haber alcanzado el peso ideal o deseable.

El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona, y en concreto en que un determinado ser humano padezca de obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Es decir, que la explicación, y el abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro.

De ello se desprende, la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática.

Algunas alteraciones son específicas y pueden encontrarse con relativa frecuencia en niños y adolescentes obesos, aunque sin ser patognomónicas de la enfermedad. Pero también existen otras que pueden estar presentes y dificultar el tratamiento para quienes intentan adelgazar y mantener un peso adecuado.

Características de personalidad y obesidad

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

La obesidad aparece asociada con 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 en la vida adulta expone a quien la padece a una más amplia lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, pero en el ámbito infanto-juvenil predispone en mayor medida a una vulnerabilidad psicológica en forma de depresión , ansiedad, que en algunos casos van asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal.

Los niños y adolescentes con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obesofóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en su autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de éxito social y mayores problemas de autoafirmación y comodidad con el propio cuerpo o imagen corporal(1).

Los niños y adolescentes obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a cada anamnesis personal y en combinación con los conflictos generados por su medio social hostil puede o no desarrollar en algunos casos trastornos alimentario (2).

Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, inadecuados y criticados por su fracaso ante familiares y compañeros. (3)

Alteraciones psicológicas frecuentes

a) Imagen corporal distorsionada

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real (Cash & Pruzinsky,). La imagen corporal

Slade la define como la representación que se tiene del tamaño, contorno y forma del cuerpo y el sentimiento que trae emparejado estas características.

Según Zukerfeld la imagen corporal definida como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado.

El registro de la *forma*, clásicamente conocido por esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales.

El registro del *contenido* corresponde a las percepciones interoceptivas, como son los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc.

El registro del *significado* se corresponde con el concepto que incluye la capacidad de comunicar, simbolizar y de crear relaciones vinculares afectivas y sociales.

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y a la percepción de la propia identidad.(4)

Estas tres variables están relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas aparecen alteradas en los individuos obesos.

Las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales en algunos casos a modo de distorsión y lo relativizan por lo que no ven la necesidad de hacer algún tratamiento o dieta.

Los trastornos a nivel de la percepción se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo, a la vez que generador y evacuador de tensiones psicosomáticas o como una defensa frente al impacto de las emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas a nivel psíquico.

Según Hilde Bruch, de producirse una exclusión de las necesidades corporales del niño en el vínculo afectivo madre-hijo, prevaleciendo arbitrariamente las emociones corporales de la madre sobre las del niño o al no haber una madre "suficientemente competente" (Winnicott) capaz de cualificar adecuadamente las necesidades del niño podría derivar en un desconocimiento de los límites del yo, de la imagen del propio cuerpo y del sentido de identidad. Muchos niños y adolescentes con sobrepeso desarrollan una imagen corporal negativa (Rosen) cuyas características son:

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

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 malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida del niño y el adolescente.

b) Descontrol alimentario. (BINGE EATING DISORDER)

The Binge Eating Disorder, es un trastorno alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria típica de la Bulimia Nerviosa (p.ej. no aparece autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo), sucediéndose por lo menos dos veces por semana durante seis meses esta conducta. (5)

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere gran cantidad de comida, generalmente , con una sensación de pérdida de control, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo/deseperación/decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la autoestima personal. (6)

Si bien el ***Binge Eating Disorder o Síndrome de Descontrol Alimentario (SDA)*** actualmente se considera una entidad autónoma cuyos criterios diagnósticos se especifican en el DSM IV-TR - Diagnostic Statistic Manual IV-TR de la American Psychiatric Association – (ver cuadro 1). Fue mencionado y estudiado por Stunkard quien en su tipificación de las modalidades de conducta alimentaria de los obesos utilizó la palabra “binge” para describir este síndrome.

Características clínicas:

El SDA aparece principalmente en personas obesas en tratamiento en un porcentaje mayor a los obesos sin tratamiento.; Spitzer observó que este porcentaje ascendía hasta el 30% en personas obesas con tratamiento frente al 5% en los obesos sin tratamiento.(6)

- Incomodidad, 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 debido a la apariencia física.

Etiología:

Diversos estudios han observado que la restricción alimentaria puede preceder al SDA (Berkowitz, Spitzer), quizás sea la “perdida de peso” el factor que interviene en la alimentación. :

El SDA puede estar asociado a las siguientes situaciones psicológicas:

Depresión, su presencia es mayor en este grupo de pacientes.

Ansiedad, angustia, aburrimiento podrían desencadenar el descontrol alimentario.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): no se ha encontrado un aumento de la prevalencia entre el SDA y TOC.

Adicción, diversos estudios han formulado hipótesis sobre la relación entre SDA y conductas de gratificación alimentaria o conducta adictiva, como son la *hipótesis dopaminérgica* donde habría una relación con el núcleo accumbens y el haz mesolímbico nigroestriado, la *hipótesis del papel central del NPY* (neuropéptido Y, péptido orexígeno sintetizado en el núcleo arcuato) y la *hipótesis serotoninérgica*.(7)

CUADRO 1: Criterios diagnósticos del Síndrome de Descontrol Alimentario (SDA) DSM-IV-TR.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. **Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.**
2. **Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).**

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

- 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.**
- 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.**
- 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.**
- 4. Comer a solas para esconder su voracidad.**
- 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.**

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej. ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.

Riesgos

Aparte de constituir un círculo vicioso difícil de abandonar para los que sufren este Trastorno de la Alimentación, éste puede originar también importantes enfermedades físicas, como diabetes mellitus, hipertensión y hipercolesterolemia, cardiopatías, patología renal, artritis, etc., e incluso conllevar en casos más acentuados mayor complejidad.

Por tanto, a la hora de tratar el trastorno, deben tenerse en cuenta también estos aspectos, junto a los de una pérdida de peso a menudo necesaria y la imprescindible Psicoterapia de Apoyo.(8)

El interés en este trastorno por nuestra parte en el Binge Eating Disorder sería el de informar que si la Bulimia Nerviosa no se resuelve en la adolescencia, y tras un tiempo de complicaciones de tipo físico, hernia de hiato, esofagitis de reflujo, los pacientes empiezan tras un tiempo y con mayor edad a cursar los síntomas asociados a este trastorno compulsivo de la alimentación.(5)

Características de la ingesta en el SDA

Los obesos con SDA ingieren en estos episodios grandes cantidades de comida cuyo valor calórico es más alto al consumido por obesos sin SDA en el mismo periodo.

También ingieren más alimentos del grupo hidratos que proteicos.

El peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que los obesos sin descontrol.

Aspectos psicopatológicos en el SDA

Los pacientes con SDA tienen mayor preocupación por el peso y la forma corporal que quienes no tienen el síndrome.

En pacientes mujeres habría mayor nivel de ansiedad relacionada con la inserción social y una disminución de la autoestima.

Estos pacientes tendrían un mayor porcentaje de alteraciones psicológicas y prevalencia de enfermedades psiquiátricas, particularmente, trastornos afectivos.

También una mayor relación entre depresión y obesos con SDA y mayor desinhibición alimentaria al salirse de la dieta y menor eficiencia para mantenerla.

Es de destacar que no toda ingesta excesiva de alimentos, significa descontrol alimentario, ya que para esta entidad se necesitan los criterios diagnósticos antes mencionados.

c) 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 los primeros años de vida, siendo un mecanismo defensivo frecuente.

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 están desajustados, 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 la amenaza interna que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando la amenaza es subjetiva o inconsciente. En el entorno de los seres vivos, el masticar implica una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) y se transforma en una forma de reducir la ansiedad de forma rápida.

La sobrealimentación como recurso anti-ansiedad se transforma en algo habitual en el tiempo y se establece en algunas personas como una "conducta compulsiva" donde la ansiedad se reduce comiendo, por tanto este aumento de peso genera un motivo de alarma y de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como "mecanismo compensatorio".

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

Las causas que de forma más frecuente despiertan ansiedad y facilitan el trastorno son:

- Miedo a ser abandonado, a quedar desatendido u olvidado por las figuras afectivas de referencia (padres, amigos, compañeros)
- Miedo a no controlar los propios impulsos agresivos: ya sea relacionados hacia determinadas personas, en un pasado amenazante o relacionado con fantasías de pérdida afectiva.
- Miedo a perder la estabilidad : generalmente más frecuente en el sexo femenino
- Miedo a la despersonalización.
- Miedo a no poder controlar las situaciones. se observa cuando los acontecimientos superan la capacidad de adaptación.
- Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales.
- Miedo a la repetición de acontecimientos responsables de estrés postraumático.

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquellas más relacionadas con la obesidad son la "ansiedad de separación" en el niño pequeño o escolar, la "ansiedad excesiva" en la infancia y la "ansiedad generalizada" en la adolescencia, esta última está presente a niveles no muy elevados, pero es casi siempre permanente. Si no se trata puede llevar a una conducta alimentaria compulsiva que predispone a la obesidad.

d) Manifestaciones depresivas

En este trastorno psicopatológico se pueden describir las siguientes características:

- Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes.
- 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 las obligaciones familiares, académicas y sociales habituales. .
- Bajo nivel de autoestima.
- Excesiva preocupación por el estado de salud.
- Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
- Llanto, miedo, angustia, sin situación alguna lo justifique. .
- Sentimientos de culpa y sensación de incompetencia personal.
- Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo

Estas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, cuya duración puede oscilar en el tiempo.

Además de las características mencionadas pueden agregarse elementos biográficos y psicológicos que facilitan la aparición de 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 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. El aumento de peso producido por el consumo de alimentos muy calóricos sería el precio que el niño o el adolescente tiene que realizar para poner un dique de contención a la depresión.

Dado que algunos niños o adolescentes no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, frecuentemente se aíslan del contacto social con lo que se puede establecer un círculo donde el alimentarse se convierte en un trastorno compulsivo.

Haciendo referencia al manual DSM IV-TR dentro de los trastornos del estado de ánimo se describe, dentro del episodio de depresión mayor, al trastorno alimenticio como uno de los criterios para su diagnóstico (ver cuadro 2). Normalmente, mientras que en unos el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse en comer. Otros, especialmente pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). transformándolo en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión.

CUADRO 2: Criterios diagnósticos para el episodio depresivo (DSM IV-TR)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad placentera. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío), o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo se manifiesta con frecuencia como irritabilidad.
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para disfrutar de las actividades la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o por el contrario aumento de peso (p. ej. cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- (4) insomnio o hipersomnia casi a diario
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación autolítica recurrente sin un plan específico .

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o académico.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, ideación autolítica o enlentecimiento psicomotor.

Investigaciones recientes

El objetivo del estudio de investigación llevado a cabo por la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica del Hospital San Juan de Dios de Barcelona junto con el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología U.B Barcelona, era evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y síntomas conductuales característicos de los trastornos de la alimentación y obesidad durante tres años consecutivos y publicado en 2009 , donde la muestra se componía de 297 adolescentes, 164(55,2 %) mujeres y 133 (44,8 %) varones entre 11 y 17 años de edad. La edad media de ellas 13,1 años(DE:1,6) y la de los varones 13,3 años (DE: 1,6).

Los pacientes se dividieron en cuatro categorías normopeso ,sobrepeso, obesidad y obesidad grave.El principal determinante se centró en que a medida que aumentaba el IMC , aumentaban los ´síntomas de ansiedad y alteraciones conductuales y emocionales. Apareciendo una mayor preocupación excesiva (insatisfacción corporal y obsesión por el hecho de adelgazar, donde se obtuvieron desde el (centil 85% al 79%).(9) A su vez ,por su entorno social (desconfianza interpersonal, centil 64%) y una moderada presencia de tensión subjetiva (A-E ansiedad estado y A-R ansiedad rasgo, centil del 62% y 64% respectivamente) Resultados similares encontraron otras fuentes Reilly et al y Doyle et al señalaron que los adolescentes con obesidad presentan más problemas psicológicos y psiquiátricos que los no obesos, aunque otros autores como Lamert et al, no encontraron relación entre el peso y los trastornos mentales.

Se ha podido apreciar que la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez son las escalas que mejor definen los tres grupos con exceso de peso.

En adolescentes normopeso, aparecían también pero destacaba la escala de miedo a la madurez (centil del 68%), a medida que los adolescentes aumentaban de peso se incrementaba su inseguridad en las relaciones sociales o la tendencia al aislamiento. Tal como indicaba Eremis et al, la mitad de los adolescentes con obesidad presentaría alteraciones emocionales tales como ansiedad, depresión, problemas sociales y aislamiento social. El grupo femenino también presentaba una mayor ansiedad rasgo A-R en las pruebas y una menor autoestima personal en su autoimagen(10)

Tabla 1. Descripción de la muestra: edad e índice de masa corporal por grupos y por sexo (11)

	<i>n</i>	<i>Edad en años</i>	<i>Promedio IMC</i>
Grupos			
Normopeso	16	12,3±1,3	23,2±1,4kg
Sobrepeso	68	12,8±1,4	26,7±1,4kg
Obesidad	65	12,9±1,5	28,8±1,7kg
Obesidad grave	148	13,4±1,8	34,6±4,1kg
Sexo			
Hombre	163	13,1±1,6	30±4,8kg
Mujer	134	13,3±1,6	31,5±5,2kg

IMC: índice de masa corporal.

Conflictos psicológicos relacionados con la obesidad

a) Valor simbólico de los alimentos

Muchos alimentos poseen además un valor simbólico y emocional por estar muchos de ellos, asociados a recuerdos gratificantes o a situaciones que representan un vínculo afectivo o formas de ofrecer afecto.

Muchas madres que se muestran inseguras, o que no establecen de forma adecuada el vínculo afectivo compensan y refuerzan con la alimentación su rol materno, sobrealimentando a sus hijos o dando un alimento en especial..

Existen asociaciones más o menos compartidas por la mayoría de culturas, como asociar los glúcidos a momentos de grata celebración como cumpleaños, a la experiencia de ser agasajados por sacar buenas notas, los helados en vacaciones de verano, a momentos de mayor libertad y relax. Pero hay asociaciones que tienen en el niño y en el adolescente obeso una función compensatoria que inducen a la obesidad.

Este valor simbólico puede aparecer unido a diferentes circunstancias:

Cuando el alimento va unido a la presencia de una persona importante desde el punto de vista de los afectos, o a un estado de ánimo determinado de una figura cercana o relevante.

Cuando su consumo era recibido como premio (esta asociación puede ser de mayor importancia en aquellos momentos de la vida en que la persona tiene la sensación de no ser reconocida por el entorno);

Cuando generalmente era reservado para una persona que tenía un status familiar más reconocido (en estas condiciones, un determinado alimento adquiere la impronta de un valor añadido).

Cuando haya sido consumido con ocasión del fin de un período de miedo o angustia, en estos casos el alimento ha sido asociado con el final de una situación desagradable. Por tanto, se hace más necesario su consumo cuando consciente o inconscientemente se perciba como angustiosa una situación presente o que amenaza con presentarse.

El simbolismo en pacientes con problemas afectivos ofrece una valoración más allá de la alimenticia.

El no comer lo que apetece “con intensidad”, o el comer algo “por última vez”, suele ser con frecuencia preludio de atracones, que pueden conducir a la “impulsividad”, en la línea de la Bulimia Nerviosa y es cuando después de ella en algunas ocasiones aparece el Binge Eating Disorder en la edad juvenil o adulta.

Muchas veces, finaliza el estresor que lo causó, problemas de relación familiar, selectividad o primeros años de una carrera son bastante frecuentes pero se mantiene el hábito adquirido en el tiempo como “conducta aprendida”, no habiéndose realizado las técnicas de “Coping Skills” o de afrontamiento necesarias a tiempo que repararan que esta conducta acabara fijándose como modelo de conducta.

Cuando las características de personalidad y en concreto la impulsividad se asocian a una actuación donde el “actúo,pienso” se dá a la vez y no hay reflexividad, sino inmediatez, estos rasgos hacen que no se consiga cumplir la dieta prevista y si ello se va repitiendo, aparece finalmente la alteración emocional y/o un trastorno compulsivo en algunos niños y adolescentes.

b) Comer como mecanismo de evasión

La alimentación se convierte en una estrategia de evasión, dejando los problemas “en espera” en lugar de enfrentarse a ellos y resolverlos. De esta manera no experimentan la incomodidad o perturbación que produce afrontar las situaciones.

Algunos niños y adolescentes comen para escapar de la toma de decisiones que hay que tomar en la vida, como las que se relacionan con pérdidas o separaciones afectivas, la continuidad de sus estudios, lazos afectivos o primeras relaciones, otros lo hacen para no tener que afrontar (y potencialmente rectificar) las malas elecciones que ya han hecho en algunas ocasiones, el problema lo constituye una anterior situación de estrés postraumático a la que no pueden hacer frente.

De modo que “comer” en estas situaciones resuelve una situación incómoda y permite sentirse temporalmente mejor. Lo malo de esta “temporalidad”, es que no resuelve ni hace desaparecer el problema, y se seguirá comiendo para evitarlo. (*factores de mantenimiento*).

Utilizar la alimentación como una estrategia de evasión es una conducta aprendida y siempre aparece algún estresor que causó el origen (*factores desencadenantes*).

La intervención terapéutica se centraría en desarrollar aquellos rasgos caracteriales que nos ayuden a salir de una situación (*factores protectores*).

Actitudes frecuentes por influencia de los padres serían: a) tranquilizar alimentando a sus hijos cuando están disgustados, cuando se enfrentan a contratiempos o problemas.,al ser repetitiva esta manera de actuar, se aprende el hábito ante un problema . b) a través de una conducta mimética cuando son los padres quienes evitan los conflictos con una conducta que incita a la obesidad.

Además de la influencia que tiene el entorno familiar, también la educación y los medios de comunicación pueden influir transmitiendo este mensaje.

En general, estos niños y adolescentes tienen dificultades para identificar sus sentimientos, para autoafirmarse, para gestionar sus emociones y darles salida de otro modo, para anteponer las necesidades propias a las de los demás, ignorando los problemas con la esperanza de que desaparezcan por sí solos. Muchas *técnicas de coping o afrontamiento* se orientan a tratar la etiología del problema (12).

Tabla 3. Estadístico F de ANOVA y efecto del grupo (normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad grave) y sexo en el Eating Disorders Inventory-2 y el Cuestionario ansiedad-estado-rasgo STAI (11)

	F	p	Análisis post hoc	F	p	Análisis post hoc
Subescalas del EDI-2	Grupos			Sexo		
Obsesión delgadez	5,375	0,001	4>2, 3	8,657	0,004	Hombre>mujer
Desconfianza interpersonal	3,068	0,028	4>2	-	-	-
Conciencia introceptiva	4,717	0,003	4>2	-	-	-
Insatisfacción corporal	9,039	0,000	4>2, 3	5,688	0,018	Hombre>mujer
Inseguridad social	4,455	0,004	4>2, 1	-	-	-
Subescalas del STAI						
Ansiedad-estado	4,874	0,003	4>2	-	-	-
Ansiedad-rasgo	11,696	0,000	4>2, 1	4,882	0,028	Mujer>hombre

1: grupo normopeso; 2: grupo con sobrepeso; 3: grupo con obesidad; 4: grupo con obesidad grave.

EDI-2: Eating Disorders Inventory-2; STAI: Cuestionario ansiedad-estado-rasgo.

Conclusiones

Existen niños y adolescentes obesos con diferentes perfiles psicológicos, pero no hay un trastorno psicopatológico propio del obeso.

En aquellos niños y adolescentes donde la “psicogénesis” predomina por encima de los factores constitucionales y biológicos, existirían diversas alteraciones emocionales que inducen a la obesidad. No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, hábitos incorrectos etc).

Sin embargo son de fundamental importancia a la hora de plantear una intervención, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado.

Se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto la etiología como los “factores de mantenimiento “de la obesidad, como así son las variables cognitivas (creencias), las variables afectivas(vínculos , interacciones) y las variables ambientales (conductas aprendidas, hábitos familiares). Todo ello debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico para cada paciente, aconsejándose por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación psicodiagnóstica completa de todo niño o adolescente que consulte por un problema de obesidad.

Sin embargo, hasta el momento determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas a nivel psicopatológico o en la propia personalidad o si son éstas las que desencadenan la obesidad, es un tema a debate y dependerá de si aparecen o no las alteraciones emocionales que se han ido comentando.

En el tratamiento de la obesidad, la identificación y tratamiento de las alteraciones emocionales es tan fundamental como los demás factores etiopatogénicos, ya sea porque éstas se encuentran en la génesis de la obesidad, ya sea porque son su consecuencia inmediata.(13).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Orlando H.** Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín. 2005
2. **Eremis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D.** Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?. *Pediatr Int.*2004;46:296–301.
3. **Halmi K, Stunkard A, Masson E.** Emotional responses to weight reduction by three methods: gastrics bypass, jejunileal bypass, diet. *Am J Clin Nutr*;1980. 33: 446 – 451: En Vazquez , V., López, J. C. Psicología y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2001; 9, 2: 91– 96.
4. **Faccini M.** Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 2002; 300:28.
5. **Diagnostic Statistic Manual IV –TR American Psychiatric Association.** Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa- versión electrónica- Masson SA-2000.
6. **Spitzer R, Devlin M Walsh B.** Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J.Disorders.* 1992;11:191-204.
7. **Southgate L, Tchanturia K, Treasure J.** Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *Journal of Mental Health.* 2005; 14(6): 553 – 566.
8. **Zúñiga A.** Entrevista sobre comedores compulsivos. *Eating Disorders.* 2004.
9. **Garner DM.** *Eating Disorder Inventory-2. (Edi-2 R).* Madrid :TEA Ediciones.1998.
10. **Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE.** Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Madrid: TEA Ediciones . 2002.
11. **Calderón C, Fornis M, Varea V.** Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *An Pediatr (Barc).* 2009;71(6):489–494.
12. **Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Surman CB, Johnson JL, Zeitlin S.** "Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study". *JDBP.* 2007; 28 (4):302–7.
13. **López-Aguilar X, Mancilla_Diaz JM, Vazquez-Arévalo, et al.** Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres adolescentes. *Journal of Behavior Health&Social Issues.* 2010; 2(1):25-38.