

2. F54 Factores psicológicos... [316]

Emoción y la obesidad como trastorno de la alimentación

La comida puede convertirse en un alivio temporal a un problema, sentimiento o emoción mucho más profundo.

www.habitualmente.com

En el mundo occidental, las sociedades industrializadas actualmente se caracterizan por presentar poblaciones significativas o individuos, con algún trastorno en la alimentación. Se ha visto que, en la sociedad estadounidense el número de individuos que presentan trastornos de éste tipo arroja un porcentaje de entre 90 y 95; y que predominantemente esta problemática se observa en mujeres, con mayor frecuencia. Aun cuando se tiene datos de que en la población masculina el porcentaje es de 5 al 10% que ha ido en aumento en los últimos 5 años (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996)

Así pues, también se observa que una sociedad industrializada tiene una sobreestimación de los valores estéticos y pérdida de ciertos valores humanos; relación que será conceptos erróneos en las personas, tales como: el mito de "belleza física = a éxito," "delgadez a amor", "esbeltez extrema = juventud, dinero, etc."

Es decir, que el individuo y su sociedad carecen de la información adecuada que permita establecer patrones alimenticios correctos tanto para no provocar confusiones en los conceptos y por consiguiente, como para que la enfermedad o el trastorno no se presenten.

Una consecuencia grave, de ésta desinformación, es la pérdida de la conciencia individual de "ser". Lo que determina el porqué de la conducta obsesiva que todo sujeto con trastornos en su alimentación presenta. Así también, estará provocando un incremento de su ansiedad por controlar sus problemas: de aspecto físico; su vida de interrelación, su vida laboral y económica, su vida amorosa, etc.

Así que en este tipo de sociedades, al individuo se le orilla a pensar que para funcionar adecuadamente en grupo debe necesariamente poseer un prototipo físico determinado. De otra manera, será socialmente "castigado": no obtendrá ninguno de los beneficios que, dicha sociedad promete. Hecho que orienta a las personas, con estas problemáticas, a vivir con el miedo de sentirse rechazado, a vivir aislados y por supuesto desvalorizados.

Es decir, que el castigo no sólo es el tener trabajos de poca remuneración si no que, le estará negado hasta el tener una pareja y procrear una familia. Como se ha explicado en párrafos anteriores, la pérdida de conciencia individual de "ser" determina que las sociedades industrializadas fomentan la aparición generalizada de ideas que carecen de valores humanos reales. Utilizando para la difusión de estos conceptos todo medio de información masiva posible, tomando esto en cuenta, se observa que la población que mayormente se ve involucrado es la juvenil

o adolescente y siendo esta edad de por sí de conflicto para un sujeto se encuentra que la aparición de los trastornos en la alimentación ocurre y evoluciona conjuntamente con la evolución de las etapas psicológicas de un individuo. Hecho que establece que el sujeto no se aperciba de la enfermedad oportunamente; y si llega a pensar que algo le sucede, el temor al "castigo" social le hará guardar silencio o a desarrollar a un más sus conductas alimentarias obsesivas.

Otro aspecto propio de estas sociedades, es la tendencia a industrializar "todo", hasta los resultados negativos de una conducta alimentaria específica. Ejemplos: el vender imágenes de modelos femeninos con aspectos anoréxicos o de drogadictos como ideales de belleza femenina; el hecho de poner en el mercado productos que aseguran perder peso de manera "milagrosa"; el afirmar que un sujeto puede ser más sano si consume productos comestibles, con la leyenda "light" o dietéticos: la comercialización de la idea de que la comida es la responsable de todos los males que le sucede a una persona, es decir, que la comida es el agresor; la confusión del concepto dieta y del concepto pérdida peso "sin ejercicio"; o por el contrario, el transmitir programas televisivos que fomenten la actividad física, invitando al espectador al ejercicio constante pero principalmente tienen como objeto vender aparatos caseros poco funcionales, a veces costosos y es quizás refuercen una conducta obsesiva de ejercicio físico.

Ahora bien, el problema de los trastornos en las conducta alimentarias no es exclusivo de las sociedades industrializadas, también se presenta en todas aquellas que tratan de imitar los modelos de vida que estos venden. Hecho que enfrenta a la comunidad humana a una problemática que con mayor frecuencia va creciendo y que en la medida que le venden imágenes falsas, se corrompe la integridad psicológica de cada grupo. Es pues urgente revalorizar las medidas de solución actuales para que los individuos reciban la información pertinente y así evitar la presencia de estos trastornos.

En el desarrollo de este breve análisis, se ha expuesto que los sujetos que presentan algún trastorno en la conducta alimentaria tienen también, alteraciones en su psicología. Estos aspectos originan que las personas, se provoquen un desequilibrio en su estado general de salud. Entonces el deterioro de un individuo es progresivo y puede ser de consecuencias fatales; si es que no se le atiende pertinente y oportunamente. Ha quedado establecido por los diferentes investigadores que las enfermedades psicósomáticas relacionadas con una conducta alimentaria específica (D.S.M.III, 1990), son Anorexia y Bulimia. Sin embargo,

se ha visto, que la obesidad cuando no es endocrinológica cae dentro de esta clasificación.

A continuación se describe cada uno de éstos padecimientos y sus características:

A) ANOREXIA NERVIOSA

Gull (Inglaterra) y la Ségue (Francia), en 1873, definen como enfermedad a la anorexia nerviosa, por primera vez. Es a partir de entonces que ha sido descrita ampliamente. Se habla de anorexia nerviosa, cuando un sujeto pierde y mantiene un peso de 15-25% de la media normal, en relación a edad, sexo y estatura (Stierling y Weber, 1997; D.S.M. III, 1990).

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (307.1) [Criterios CIE-10]:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).(DSM IV, 1998)

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ANORÉXICO.

Fundamentalmente se observa al individuo tendiente a desarrollar aspectos: 1) de índole social, tales como, mecanismos de defensa, protesta social, rechazo a los padres, etc. 2) de índole religioso, tales como, el ascetismo, el auto sacrificio por sentimientos de culpa, (Selvini-Palazzoli, 1999), Presentan actividades crónicas remitentes, con asociación a otras patologías (trastornos vasculares, cardíacas) que generalmente culminan con la muerte.

En ocasiones pueden descubrirse tempranamente conductas intermedias de la anorexia, tal como, el trastorno de rumiación.

Sujetos que tienen un miedo intenso a engordar, que no disminuye a medida que se pierde peso. Presentan una grave alteración de la imagen corporal y la ausencia del ciclo menstrual.

Este trastorno, se observa preferentemente conductas compulsivas de facies típicas, con ausencia de enfermedades somáticas que justifiquen la pérdida de peso.

B) BULIMIA

Generalmente se presenta en mujeres jóvenes que no presentan variaciones notables en su peso corporal. Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de bulimia, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Episodios recurrentes de atracones, que se caracteriza por los siguientes elementos: 1) ingesta en un período corto (por ejemplo, unas dos horas), de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente come durante un período similar y en circunstancias similares. 2) una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, una sensación, de no poder cesar de comer, o de no controlar qué o cuanto uno está comiendo).
- Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, exceso de laxantes. Diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un período de tres meses.
- La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

Se observa en este tipo de personas, miedo, interrupción de su vida social, preferencias de sabores y/o textura de los alimentos. Los episodios bulímicos no son debidos a anorexia nerviosa ni a otro trastorno somático conocido, (D.S.M. III, 1990).

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa (307.51) [Criterios CIE-10]:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
3. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
4. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
5. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. (DSM IV, 1998).

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

C) OBESIDAD

Resulta difícil definir la enfermedad por el carácter dual de la misma. Sin embargo, se considera como el exceso de tejido adiposo, aumento de excesivo peso respecto del peso medio ideal; debido a la sobre ingesta de alimentos. Es posible hablar de diferentes tipos de obesidad y diversos grados de sobrepeso y decir que todo individuo excedido de su peso medio ideal en un 20 %, es obeso (Bray, 1992).

Se habla de Obesidad Simple y Obesidad Concomitante a: Trastornos metabólicos, hereditarios, endócrinos y psiquiátricos. Se ha observado indistintamente en niños, mujeres o varones y principalmente en sociedades industrializadas y en clases bajas (Saldaña, 1988). Aunque el porcentaje de incidencia varía del 30 al 50 % en países desarrollados (Rodin, 1977); prevalece en ciertos grupos étnicos en los que se considera que puede ser inversamente proporcional al desarrollo intelectual (Saldaña, 1988).

En general, la personalidad del sujeto obeso describe problemas afectivos como factor determinante en la formación de la enfermedad, mismos problemas que condicionarán el resultado del tratamiento. Con esto se quiere remarcar el carácter psicológico del padecimiento y también, aclarar que no se le puede tratar exclusivamente a partir de factores fisiológicos, sino que es necesario que el terapeuta tenga información adecuada del medio social y familiar en el que se desenvuelve el paciente; así mismo, el terapeuta tendrá que establecer nexos afectivos con el individuo para lograr la transferencia que habrá de reconstruir el proceso cognitivo del paciente y facilitar el seguimiento de un régimen específico (Tordjman, 1978).

El paciente obeso presenta factores perceptivos en la elección de los comestibles, que son: gustativos, olfativos, cromáticos y térmicos. Estos factores son importantes en la medida en que el individuo desarrolla preferencias relacionadas con su edad y experiencias alimenticias y a medida que disminuyen y se deterioran las células gustativas o cuando por enfermedad se presentan cambios en el sentido del olfato y el aroma no es percibido adecuadamente. También por los comportamientos y hábitos que se van adquiriendo a consecuencia de factores socioculturales y psicológicos.

El obeso con frecuencia recibe un condicionamiento de un alimentador obeso, sufre discriminación social que provoca conductas depresivas tendientes al aislamiento, deterioro de la imagen personal, bajos niveles de autoestima, períodos de ansiedad recurrentes (Canning & Mayer, 1966; Mayer, 1968),

sobre todo en mujeres. Debido a que los obesos reaccionan a diversos factores que no están relacionados al estímulo hambre; se observa en ellos la tendencia a comer repetidas ocasiones. (Escandón-Nagel, 2016). Así como un decremento en la actividad física la cual se ve sustraída por alimento y tiene carácter lúdico y un valor de realidad subjetiva que sustituye a una actividad real. Estos hábitos son directamente proporcionales al desarrollo de una vida con mayor sedentarismo.

CONCLUSIÓN

Se ha comentado que es necesario hacer una revalorización de las medidas de solución por estos padecimientos. Actualmente, como parte de dicha revalorización algunos investigadores han dado un lugar importante al origen psicológico. Sin embargo, los tratamientos preponderantemente se enfocan a la recuperación de la salud física relegando un poco los factores emocionales, ya que estos para su tratamiento y recuperación no tienen temporalidad específica. Sin embargo, en el tratamiento de estos pacientes se debe dar inicio a la resolución integral y al mismo tiempo de todos los factores que desencadenan su enfermedad. Muchas veces se ha observado que el factor psicológico se relega a una resolución posterior al tratamiento médico; quizás se le dé inicio a una etapa intermedia, lo que podría originar que si se le devuelve al sujeto un nivel de salud físico adecuado pero no así su nivel de salud emocional

Otro problema que durante los tratamientos dados a pacientes con estas características, lo representa el hecho de que no exista una reeducación nutricional real; para evitar recaídas ulteriores. Es decir, que desde el inicio hasta el término del tratamiento médico existe un control y supervisión de las conductas, y sustancias alimenticias que un sujeto debe realizar y exclusivamente consumir; sin embargo, no se le permite tomar el control de sí mismo. Por lo que muy posiblemente este paciente al cabo de un tiempo repetirá sus "malas" conductas y repetirá la enfermedad.

Aquí es necesario que la supervisión y el control paulatinamente se deje en manos del paciente y que al mismo tiempo se vaya remarcando la importancia y valor nutricional de cada una de las sustancias alimentarias; además, de una conducta alimentaria apropiada; para la conservación de su salud general; un aspecto físico propio e individual. Sobre todo enfatizar que no es sano perseguir prototipos de belleza que no son reales ni propios; enseñarle que cada persona posee una belleza personal: Única. Todo ello servirá para que el resultado de un tratamiento sea efectivo y permanente.

Parte importantísima del tratamiento y reeducación de estos pacientes, será el enseñarles a discriminar sus necesidades reales de nutrición. Esto se hará en relación con su actividad física, y con sus niveles generales de Salud - Enfermedad. Al sujeto le debe quedar suficientemente claro que las sustancias alimentarias se han de ingerir porque las necesita y no porque un determinado aspecto publicitario o un personaje público ofrecen con éxito.

Parte del proceso reeducativo de un paciente es la enseñanza y aprendizaje de la autovaloración, para que no necesite del reconocimiento externo cuando realiza una conducta que sabe le favorece. Se hace importante que aprenda a detectar cuando

una emoción con influencia externa le provoca comer o no comer, o agredirse: Comiendo y vomitando luego. Ha de aprender que la prioridad es mantener sus emociones en equilibrio y a evitar influencias o manipulaciones extrañas. Finalmente, todo el tratamiento estará dirigido a devolver a un individuo, el control de su vida, y acciones que le permitan conservar permanentemente su salud e higiene mental.

Así pues, con todo lo anterior se fundamenta el hecho de que un tratamiento de una conducta alimentaria trastornada de un paciente específico, debe ser multifactorial e integral, i que el resultado final de éste, será lograr el devolverle al sujeto la responsabilidad de su individuación, conservación y desarrollo de sus recursos para enfrentar y resolver los problemas cotidianos. Si constantemente analiza lo que le provoca emociones fuertes y resuelve que tiene o no un valor determinante en el desarrollo de su vida, podrá entonces sentir y saber que es él quien tiene los elementos para controlar los eventos que posiblemente se desencadenen. Será más libre de elegir cómo quiere vivir y qué niveles de salud quiere tener, entonces su consciencia de "Ser" será real.

REFERENCIAS

- Bray, G.A. (1992). An approach to the classification and evaluation of obesity. En: Bjorntorp, P., Brodof, B., eds. *Obesity* (pp. 294-310). Philadelphia: JB Lippincott Co.
- Canning, H. & Mayer, J. (1966). Obesity: Its possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*, 275, 1172-1174

- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Escandón-Nagel, N. (2016). Comorbilidad entre trastorno por atracón y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 43(2), 206-208.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales D.S.M. III* (1990). USA: A.P.A.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales D.S.M. IV* (1998). USA: A.P.A.
- Mayer, J. (1968). *Overweight: Causes, Cosf and Control*. N.J.: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Rodin, J. (1977). Bidirectional influences of emotionality, stimulus responsivity, and metabolic events in obesity. En J.D. Moser & M.E.P. Selegman (Eds.). *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En M.A. Vallejo (Dir.). *Manual de terapia de conducta* (pp. 215-275), Madrid: Dykinson.
- Selvini Palazzoli, M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Stierlin, H. & Weber, G. (1997). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa.
- Tordjman, G. (1978). *Cómo comprender las enfermedades psicósomáticas*. Barcelona: Gedisa.

MARÍA DE JESÚS JAIME GARCÍA

Académica Carrera de Psicología, área de Metodología



Re-flexiones 2015. Archivo personal Raquel del S. Guillén Riebeling.