

## La obesidad y su tratamiento: consideraciones psicológicas sobre este problema

Por el Lic.:

ARMANDO COLLADO MESA\*

Collado Mesa, A, M. *La obesidad y su tratamiento: consideraciones psicológicas sobre este problema.*

En el estudio de la obesidad como problema de salud y en particular en el análisis de la eficacia de sus formas de tratamiento se impone cada vez más el estudio de los mecanismos psíquicos de la ingesta. El presente trabajo recoge el enfoque psicológico de la obesidad y sus diferentes concepciones; señala las dificultades que presentan las técnicas tradicionales de tratamiento que sólo se dirigen a los aspectos fisiológicos y de reducción calórica *per se* y se detiene por último en los resultados de un programa de tratamiento, basado en las técnicas de modificación de conducta que en los últimos años ha despertado gran interés debido a que mediante él, no sólo se logra una disminución significativa de peso en los obesos, sino mantener este resultado a largo plazo, aspecto éste en el que otras terapias fallan frecuentemente.

### INTRODUCCION

Uno de los más difíciles problemas que confronta en la actualidad la medicina, es el de la obesidad. Las implicaciones que ella trae a la sociedad son realmente nocivas; sin embargo, los que padecen tienden a subvalorar su peligrosidad, sin pensar que se convierten en personas propensas a un gran número de afecciones.

Generalmente se acepta que la obesidad puede tener en su etiología diferentes factores, ya sean endógenos o exógenos; aunque son estos últimos los señalados como prevalentes en más de un 90% de los casos diagnosticados.

Durante años, diferentes autores dentro del campo de la psicología, han tratado de explicar y enfrentar la problemática de la obesidad. El presente trabajo es una revisión de los estudios realizados hasta el momento actual, y sus resultados, con el fin de destacar la importancia de los aspectos psicológicos que determinan la conducta alimentaria humana y que frecuentemente son obviados por aquellos que preconizan tratamientos dirigidos solamente a los aspectos fisiológicos de los mecanismos de la ingesta.

\* Psicólogo. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN).

### *El enfoque psicológico del problema*

Ya desde la segunda mitad de los años cuarenta, *Richarson (1946)*<sup>1</sup> señaló la existencia de una relación directa entre obesidad y neurosis, especificando que los impulsos a ingerir alimentos están asociados a estados de depresión y ansiedad. Estos estudios dieron lugar a que hasta la década del 60, gran parte de la comunidad científica enfocara la obesidad como una manifestación neurótica, y se le diera un tratamiento específico, sino que se le abordaba indirectamente tratando su substrato neurótico supuestamente causal.

Por otra parte, *Buchowski (1950)*,<sup>2</sup> *Maslow (1951)*<sup>3</sup> y *Bruch (1971)*,<sup>4</sup> trataron de enfrentar el problema, mediante formulaciones causales de índole psicoanalíticas como, “una forma de gratificación sustitutiva frente al rechazo”; o “una perturbación profunda de diversos aspectos de las alteraciones tempranas madre-lactante” y señalaron la necesidad de utilizar la terapia psicoanalítica como medio para resolver estos conflictos y, por ende, la obesidad.

Sin embargo, estudios más recientes han puesto de manifiesto la debilidad de estas afirmaciones; *Moore (1962)*,<sup>5</sup> *Silvertone (1908)*,<sup>6</sup> *Gómez (1974)*<sup>7</sup> y *Alvisa (1975, 1977)*,<sup>8,9</sup> no hallaron neuroticismo en grupos de pacientes obesos estudiados. En relación a los conflictos señalados por los autores psicoanalistas, *Pudel (1975)*<sup>10</sup> y *Oetting (1976)*<sup>11</sup> informan que estos fueron encontrados también en niños que no desarrollan obesidad.

De todo lo anterior podemos concluir que si bien se puede aceptar que una población ignorada de obesos, presenta alteraciones emocionales.<sup>12</sup> no por ello, debemos inferir que éstas sean las causas explicativas de la obesidad; es plausible que muchas de estas alteraciones tengan su explicación (y la práctica clínica lo demuestre) en las intensas presiones sociales ejercidas por la “moda”, sobre los obesos, particularmente en el caso de las mujeres y los adolescentes, que son muy sensibles a este tipo de presión, o como consecuencia de la no aceptación de su imagen corporal.

Por tanto, estas alteraciones emocionales pasan a ser el efecto y no la causa de la obesidad. El mismo desarrollo científico en el campo de la medicina y la psicología ha ido descartando estos enfoques unifactoriales. y se considera en la actualidad la obesidad exógena como un problema multifactorial, en el que alcanza un papel destacado el estilo de vida del hombre.<sup>13</sup> Es aquí donde lo psíquico pasa realmente a desempeñar un papel importante como componente de la entidad.

Todos conocemos que el hombre, a diferencia de los animales, satisface sus necesidades alimentarias mediante una serie de conductas encaminadas a la ingestión de alimentos, las cuales están matizadas por las posibilidades materiales propias de cada sujeto, de su familia o grupo social de pertenencia, por su experiencia personal y por un sinnúmero de factores socioambientales más, en medio de los cuales desarrolla su vida. Es así como la actividad biológica (digestiva) se relaciona con lo social en los hábitos alimentarios adoptados.

La importancia de estas aseveraciones se ve reforzada a partir de finales de la década del sesenta, cuando *Schachter (1968)*<sup>14</sup> basado en toda

una serie de trabajos anteriores a él y a sus propias experiencias, enunció la llamada teoría de la externalidad, la cual ha marcado una nueva etapa en la comprensión de la regulación de la conducta alimentaria en los obesos. Para él los sujetos obesos pueden mantener o incrementar su peso, porque su conducta alimentaria está determinada mayormente por factores externos (olor, percepción visual, audición de referencias sobre alimentos, el tiempo que transcurre entre una y otra comida, disponibilidad de alimentos y los esfuerzos requeridos para su obtención), con una respuesta disminuida a los factores internos (desbalance energético, motilidad intestinal y niveles de glicemia), los cuales inician supuestamente la conducta alimentaria en los sujetos normopeso.

*Schacter* y sus colaboradores concluyen que el obeso se encuentra psicológicamente “atado” a los estímulos externos.

A similares resultados que *Schacter* han arribado posteriormente, *Nisbett* (1968),<sup>15</sup> *Pudel* (1975)<sup>16</sup> y *Stunkard* (1978)<sup>17</sup> al relacionar el consumo en función de la cantidad de alimentos disponibles. También *Goldman* (1978)<sup>18</sup> destacó la importancia en el consumo de alimentos, de las circunstancias que los facilitan. *Johnson* (1970)<sup>19</sup> señala que la visibilidad o no de los alimentos disponibles es un estímulo determinante en la conducta alimentaria del obeso, y por último, *Pliner* (1974)<sup>20</sup> afirma que los estímulos afectivos de carácter negativo desencadenan respuestas de ingestas alimentarias significativamente más altas en niños obesos que en normopesos.

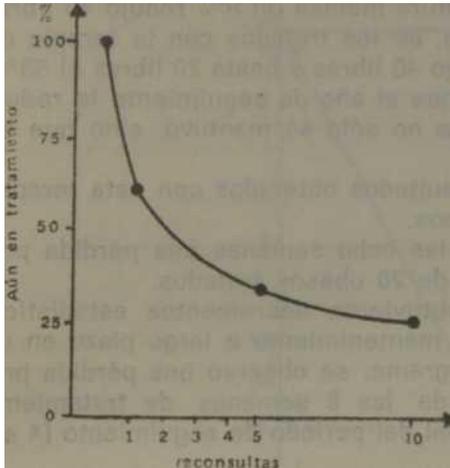
La influencia de estos estímulos y la existencia de hábitos alimentarios tradicionales fuertemente arraigados, pudieran explicar el bajo rendimiento de las terapias tradicionales como las dietéticas,<sup>21,23</sup> farmacológicas,<sup>24</sup> y la acupuntura,<sup>25</sup> porque ellas se dirigen a los aspectos fisiológicos de los mecanismos de la ingesta y de reducción calórica *per se*, y no toman en cuenta, y por tanto no modifican, los aspectos psicosociales que determinan la conducta alimentaria humana. Esto se constata en la práctica con claridad, al realizar un análisis de la baja tasa de permanencia en tratamiento de los obesos que han sido sometidos a distintos tipos de dietas reductoras, que son en la actualidad las que mayor importancia y popularidad han alcanzado en nuestro medio.

Si bien es conocido que el uso de dietas se ha generalizado debido a su difícil aplicación y manejo por parte de quien las prescribe, unido al hecho de que hay una disminución inmediata de peso si se cumple la misma rigurosamente, no todo terapeuta conoce que resulta muy difícil para el obeso adherirse a la dieta, ya que exige de él una disciplina estricta *a priori*, la cual no ha implicado modificaciones concientes en sus hábitos alimentarios tradicionales y resulta percibida por el paciente como una imposición altamente desagradable. Esto es, a nuestro juicio, lo que explica el alto nivel de abandono, informado en este tratamiento. Ello ha sido corroborado en estudios de seguimiento realizados por *Shipman* (1963)<sup>12</sup> (gráfico 1) y *Collado y colaboradores* (1982)<sup>26</sup> (gráfico 2), todo lo cual implica que se le está dando un uso masivo a una técnica que a largo plazo presenta dificultades, ya que en realidad el problema persiste, aunque se haya ejercido una acción terapéutica.

El enfoque terapéutico de la obesidad en los últimos años ha adquirido dimensiones nuevas, con los resultados obtenidos mediante un programa

Gráfico 1

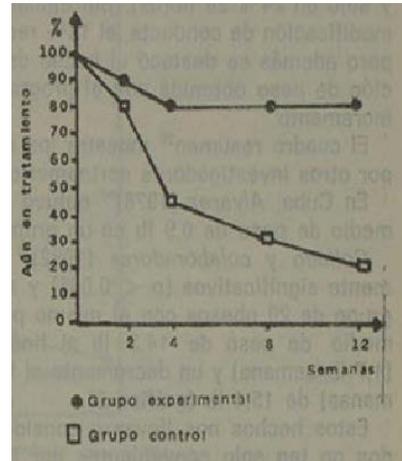
ABANDONO DEL TRATAMIENTO DIETETICO POR OBESOS



Fuente: Tomado de: SHIPMAN W.G.— Anxiety and depression In obese dieters. ARCH GEN PSYCHIAT (8)530-535. 1963.

Gráfico 2

ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN EL GRUPO CONTROL Y EN EL GRUPO EXPERIMENTAL



de tratamiento que tiene como basamento las técnicas de modificación de conducta.

El primer trabajo realizado en este sentido fue informado por *Stuard (1967)*.<sup>27</sup> Resumiendo sus resultados, podemos decir que en los ocho pacientes tratados, obtuvo una pérdida de peso de 1 libra semanal en el transcurso de 12 semanas; al final de un año que incluye el período de seguimiento, la pérdida promedio semanal fue de 3,7 libras.

El programa semanal utilizado por *Stuard* estaba conformado por un sofisticado grupo de técnicas de modificación de conducta que deban estructurarse a un tratamiento en cuatro pasos:

1. Descripción de la conducta que va a ser controlada (automonitoreo).
2. Control de los estímulos que preceden la comida.
3. Desarrollo de técnicas que controlan el acto de comer.
4. Modificación de las consecuencias del acto de comer (reforzamiento).

A través del mismo se logra modificar realmente los aspectos externos y subjetivos de la ingesta, regular el impulso de la necesaria recuperación de energía y de la verdadera necesidad del comer.

*Harris (1969)*<sup>12</sup> utilizó el mismo programa e informó excelentes resultados. De ocho sujetos obesos el 21% logró disminuir hasta 20 libras y el resto alcanzó cifras cercanas a las 40 libras.

También *Penick (1971)*<sup>25</sup> informa que al comparar la eficacia de tratamientos tradicionales como dieta y fármacos anorexígenos y la obtenida con el programa de terapia de modificación de conducta, encontró lo siguiente: la reducción de peso lograda con los métodos tradicionales fue comparable a la encontrada en la literatura médica (el 9% redujo 40 libras y sólo un 24% 20 libras). Sin embargo, de los tratados con la terapia de modificación de conducta, el 13% redujo 40 libras y hasta 20 libras el 53%, pero además se destacó el hecho de que al año de seguimiento la reducción de peso obtenida con el programa no sólo se mantuvo, sino que se incrementó.

El cuadro resumen<sup>29</sup> muestra los resultados obtenidos con esta terapia, por otros investigadores norteamericanos.

En Cuba, *Alvarez (1978)*<sup>30</sup> obtuvo a las ocho semanas una pérdida promedio de peso de 0,9 lb en un grupo de 20 obesos tratados.

*Collado y colaboradores (1982)*<sup>26</sup> obtuvieron decrementos estadísticamente significativos ( $p < 0,005$ ) y su mantenimiento a largo plazo en un grupo de 20 obesos con el mismo programa; se observó una pérdida promedio de peso de 14,3 lb al final de las 8 semanas de tratamiento (1,7 lb/semana) y un decremento al final del período de seguimiento (4 semanas) de 15,4 lb (gráfico 3).

Estos hechos nos llevan a considerar que esta técnica, ofrece resultados no tan solo convenientes por la reducción de peso, sino que logra modificar los hábitos de ingesta y por tanto debe ser tomada en cuenta a la hora de buscar vías para alcanzar un verdadero control a largo plazo del peso corporal.

#### CUADRO

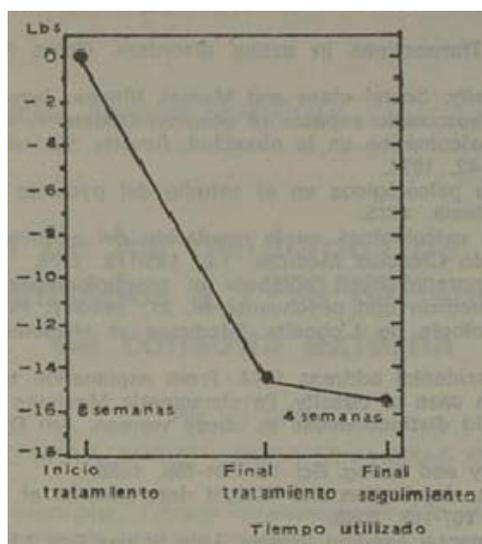
##### RESULTADOS EN LA REDUCCION DE PESO EN VARIOS ESTUDIOS UTILIZANDO LAS TECNICAS DE MODIFICACION

Estudios	No. pacientes	Duración del tratamiento (semanas)	Período de seguimiento (semanas)	Pérdida de
				peso hasta el fin de seguimiento (lb)
Stuard (1967)	8	12	52	37,7
Stuard (1971)	6	15	26	35,0
Harris (1969)	21	10	4	11,1
Wollersheim (1970)	79	12	8	8,61
Itagen (1974)	89	10	4	13,34
Bernard (1969)	1	18	6	10,20
Abrahms (1974)	49	9	8	12,28
Druner (1971)	32	12	43	0,6
Jeffery (1972)	43	18	18	16,31
Mahoney (1973)	53	4	16	11,5
Romanzyk (1974)	70	6	13	13,1
Media	41	11,27	18	23,78

(Pérdida peso/semana =r 1,55 lbs (0.62,429))

(Tomado de LEON, GR — A behavioral approach to obesity Am J Clin Nutr (30) 785-

Gráfico 3  
 PERDIDA DE PESO EN EL GRUPO  
 EXPERIMENTAL Y DEL SEGUIMIENTO



#### SUMMARY

Collado Mesa, A. M. *Obesity and its treatment: psychologic considerations on this problem.*

In the study of obesity as health problem and, particularly, in the analysis of efficiency of its form of treatment, each time, the study of psychical mechanisms affecting ingestion is more imperative. This paper takes up the psychological approach of obesity and its different conceptions; pointing out difficulties of conventional techniques of treatment, only directed to physiologic aspects as well as caloric reduction *per se*, and finally, go thoroughly on results from a programme of treatment based on techniques of behaviour modification which in the last years has awoken great concern because through it not only a significant weight decrement is achieved, but also to maintain long-term results, aspect in which frequently fail other therapies.

#### RÉSUMÉ

Collado Mesa, A. M. *L'obésité et son traitement: certaines remarques psychologiques sur ce sujet.*

L'étude de l'obésité en tant que problème de santé et notamment l'analyse de l'efficacité de ses formes de traitement, impose de plus en plus l'étude des mécanismes psychiques qui sont en rapport avec l'ingestion. Ce travail recueille l'approche psychologique de l'obésité et ses différentes conceptions; il est signalé les difficultés des techniques traditionnelles de traitement, car elles n'envisagent que les aspects physiologiques et de réduction calorique *per se*, et enfin, il est signalé les résultats d'un programme de traitement fondé sur les techniques de modification de la conduite, qui au cours des dernières années a attiré l'attention des spécialistes, parce qu'au moyen de ce traitement on parvient non seulement à une diminution significative du poids chez les obèses, mais au maintien de ce résultat à longue échéance, aspect dans lequel d'autres thérapies échouent fréquemment.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Fiicharson, H. B.*: Obesity as a manifestaron of neurotícism. Med Clin Nort Am 30: 1187-1202, 1946.
2. *León, G. R.*: Personalidad y obesidad morbosa. Clin Med Nort Am 4: 1003-1011, 1980.
3. *Masiow, A. H.*: Principies of abnormal psychology. Harper Brother Publishers. New York, 1951.
4. *Bruch, H.*: Family Transactions in eating disorders. Comp Psychiatry 12: 238-241, 1971.
5. *Moore, M. E.*: Obesity, Social class and Mental, illness. Jama 181: 962-966, 1962.
6. *Rawsléym, K.*: Psychosomatic aspects of obesity. Oupdate 1: 411-412, 1969.
7. *Gómez, R. C.*: Lo psicomático en la obesidad. Revista Sociedad Colombiana de Endocrinología 10 : 37-42. 1974.
8. *Alviza, R.*: Aspectos psicológicos en el estudio del paciente obeso. V Jornada Nacional IEEM. La Habana, 1975.
9. *Alviza, R.*: Factores psicológicos en la regulación del apetito. Simposio sobre obesidad. Información de Ciencias Módicas, 1-2: 125-133, 1978.
10. *Pudel, V. E.*: Zur personllchkeit adiposer in psychologiscentests. Zeltschritf für psychosomotische medizin und psychoanalyse. 21: 345-361, 1975.
11. *Oetting, M.*: Psychologie de L'obesite. Medicine et Hygiene 1191: 609-610. Abril, 1976.
12. *Stunkard, A. J.*: Presidential address 1974. From explanation to action en psychosomatic Medicine: The case of obesity. Psychosomatic Medicine 37: 195-236, 1975.
13. *Mayer, J.*: Body build distinctiveness in obese women. Am Diet Assoc 55: 454-458, 1979.
14. *Schacter, S.*: Obesity and eating. Sci 16: 751-756, 1968.
15. *Nisbett, R. E.*: Taste, deprivation and Weight determinants of eating behavior. J Per Soc Psychology 10: 107-117, 1968.
16. *Pudel, V. E.*: Experimental Feeding in man. Lipe Scices Res 13: 245-264, 1975.
17. *Stunkard, A.*: Smorgasbord and obesity. Psychosomatic Med 40: 173-175, 1978.
18. *Goldman, R.; Y. Kippur*: Air France, dormitory food and the eating behavior of obese and normal persons. J Pers Sóc Psychology 10: 117-123, 1968.
19. *Johnson, W.*: The effect of prior traste and food visibility. Rev Catholic University of America 40: 33.39, 1970.
20. *Pliner, P.*: Responsiveness to affective stimuli by obese and Normal individuáis. J Abn Psychology 1: 79-80, 1974.
21. *Drenick, E. J.*: Definición y consecuencias que la obesidad .tiene en Ja salud, Qljri. Med Nort Am. 4: 955-969, 1980.
22. *Pita de la Vega, H.*: Tratamiento de la obesidad por ayuno prolongado. Rev Cub Med 12: .21-28, 1973,
23. *Swarfe, D.*: Ayuno y dietas de adelgazamiento. Primer Simposium Internacional sobre obesidad y fibra dietética. Ed. Dietisa S. A. Barcelona. España, 1979. Pp, 33-37.
24. *Halmi, K. A.*: Emotional Responses to weight reduction by three methods: gastríe bypass, jejuncileal bypass, diet. Am J Clin Nort Am 33: 411-413, 1980.
25. *Victoria, M.*: Acupuntura: Antecedentes históricos, Mecanismos internos y aplicaciones. Revista 16 Tde abril 12: 32-40, 1981
26. *Collado, A.*: Las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento de' la obesidad, Rev Cub Med (En prensa). 1983.
27. *Stuard, R. B.*: Behavioraf Control of Obesity.' BehaviorRes Ther 5: 357^365, ,1967.
28. *Penick, S.*: BBehavior Modification in the treatment of obesity. Psychosomatic Medicine 33: 49-55. 1971.
29. *León, G. R.*: A Behavior approach to obesity. Am J'Clin Nutr 30 : 785-789, 1977.
30. *Alvarez, tí. A.*: Obesidad y psicoterapia conductual. (Éii prensa). 1978.

Recibido: 17 de septiembre de 1983

Aprobado: 12 de enero de 1984

Lic. Armando Collado

Departamento de Psicología

Instituto Nacional de Endocrinología

Zapata y D, Vedado,

Ciudad de La Habana.

Cuba.