

# Lo Psicossomático en la obesidad

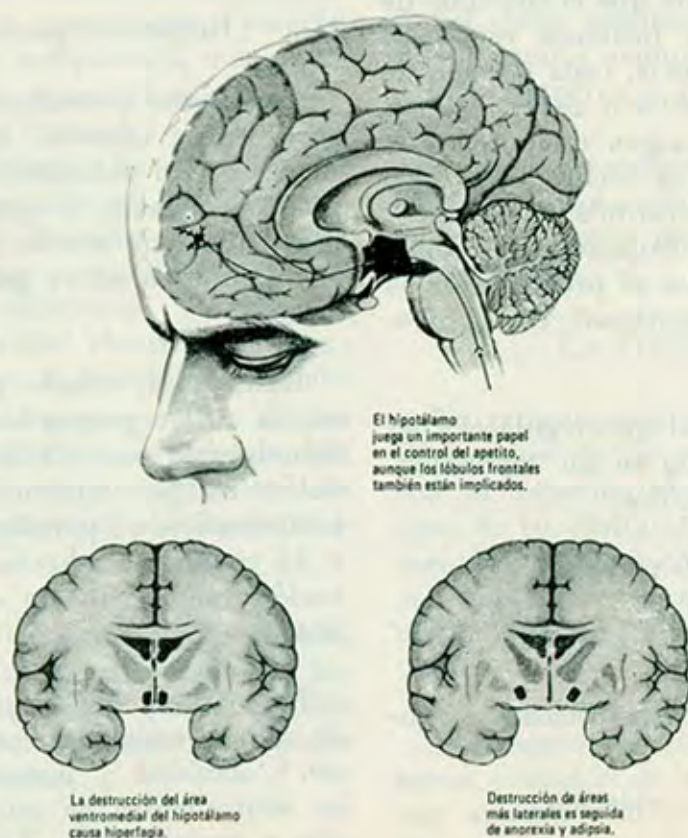
Rafael Gómez Cuevas \*

Ocasiones hay en que la obesidad es una enfermedad endocrina, otras las más, puramente exógena; en uno y otro caso he aquí que siempre está incurso entre sus aspectos etiológicos y sus fundamentos terapéuticos un importante fondo psicossomático. Aquí -ahora- nos ocuparemos de revisar las hipótesis de clasificación más veraces o aceptables, diferenciando lo concerniente a lo psicossomático, la conducta, lo analítico y lo psicológico, donde presentamos nuestro aporte.

## LO PSICOSOMÁTICO:

Decimos de intento psicossomático que no meramente psíquico, ya que es un hecho comprobado la muy directa relación entre los llamados por los neurólogos "centros de alimentación" correspondientes a las zonas hipotalámicas laterales, los "centros reguladores" correspondientes a las zonas ventromediales hipotalámicas y la corteza cerebral, sobre todo la correspondiente a los lóbulos frontales (Fig. 1).

FIGURA 1



\* Profesor Auxiliar de Medicina. Universidad Javeriana, Miembro de Número, Sociedad Colombiana de Endocrinología.

Este último ha sido probado, no solo por estudios anatómicos, sino también a través de experiencias clínicas cuidadosas.

Cobb:

74 pacientes

lobotomía prefrontal  
aumento del apetito.

73: falta de iniciativa.

56: dilación.

52: indolencia.

Este autor, Cobb, efectúa en sujetos con lobotomía prefrontal un estudio en que observó alteraciones del ejercicio físico, del balance de energía y aumento del apetito, y al mismo tiempo comprobó alteraciones de la conducta, principalmente dilación, falta de iniciativa e indolencia.

Teniendo en cuenta que el consumo de alimentos en última instancia está bajo control de la conciencia, cada porción de alimento es una decisión muchas veces difícil para el que sigue una dieta. El motivo por el cual se siente impulsado a consumir elevada cantidad de alimentos, merece que nos ocupemos de resumir los principales aportes al problema de la influencia de lo emocional en la obesidad.

El matiz emocional que regula el apetito ha sido estudiado en un representativo número de pacientes:

Freed: 500 pacientes

370, comían más: nerviosismo -  
angustia.

95, comían más: ociosos - abu-  
rridos.

35, no hubo relación.

Freed<sup>8</sup>, halló que una gran mayoría venía a aumentar su apetito cuando se hallaba bajo los efectos de la angustia o

de situaciones de inestabilidad emocional. Al otro lado, observó que solo en 35 de los 500 sujetos estudiados no hubo relación entre el apetito y estado de ánimo. Esto hace necesario revisar siempre en todos los casos la conducta a seguir respecto al tipo de medicación utilizada para controlar o regular el apetito en pacientes obesos o delgados.

No se deben, siempre, exagerar estas apreciaciones, pues se puede caer en la tentación de catalogar a muchos pacientes en lo que Halpern llama obesidad psiquiátrica:

Obesidad psiquiátrica:

a) Hiperfágicos.

b) s. de ingestión nocturna.

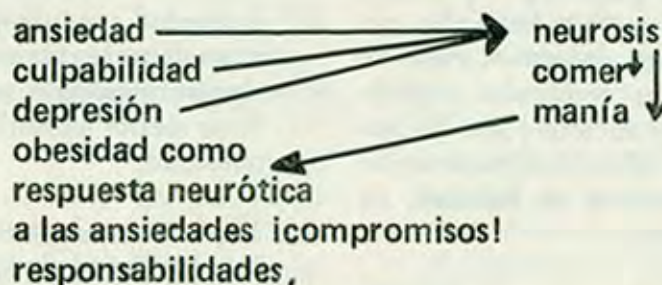
c) Trastornos psicológicos y  
emocionales mayores.

Reducción ponderal difícil.

Estos casos presentan una serie de características clínicas, que en principio parecen poco definidas, que entrañan un pronóstico malo, y que lógicamente no constituyen ni mucho menos, una cifra representativa en el grupo total de obesidades.

Hamburger, citado por Vélez<sup>1</sup>, preconiza cuatro grupos bien caracterizados. Sobreingesta por: a) situaciones emocionales; b) por sustitución de tensiones intelectuales; c) por depresión o histeria, y d) como una adicción. Es una clasificación fácil, pero no cabe en la práctica.

Parece muy lógico, pero a la vez peca de simple, encasillar como hace Richardson<sup>2</sup> obesidad y neurosis, relacionando los sentimientos de culpabilidad, depresión y ansiedad con el impulso a comer, hasta que estos se transforman en una verdadera "manía", y la obesidad es una respuesta neurótica.



En otras palabras, los compromisos, las responsabilidades, las ansiedades, son simplemente "aceleradores" de una reacción neurótica, lo que en la práctica, sabemos, no es absolutamente cierto.

No obstante, las relaciones entre obesidad y situaciones emocionales, parecen ser un poco más complicadas cuando se efectúan estudios psicológicos dirigidos. En este sentido, Stunkard, citado por William<sup>3</sup>, por ejemplo, ha observado en el diagnóstico psicológico de pacientes obesos, lo que él describe (en lenguaje solo entendible por psiquiatras) "estabilidad para la esquizofrenia", "desempleo para la productividad elevada", "dependencia pasiva para la hostilidad paranoide"; y, lo encuentra en el 80% de sus pacientes con sobrepeso, quedando tan solo un 20% de sujetos "estables" no encasillados en diagnósticos psicopatológicos.

Otra clasificación que intenta relacionar los problemas de obesidad con los aspectos emocionales es la de Hilde Bruch<sup>4</sup>. Esta autora clasifica a los obesos en 3 grupos distintos:

Un primer grupo de pacientes que tienen aumento de peso sin problemas emocionales demostrables. Un segundo grupo que denomina "obesidad reactiva"

propia de sujetos que tienden a comer solo en situaciones de alarma, siendo la sobrealimentación un mecanismo de defensa contra sentimientos de tensión o presión. Y un tercer grupo, "obesidad de desarrollo", en que el problema viene desde la niñez y puede ser definida como si "el obeso vendiera su derecho de independencia y madurez a cambio de abundancia nutritiva y protección continua".

Se atisba, entonces, un matiz evidentemente psicosomático en esta clasificación, reafirmado por la autora en otras publicaciones.

### LA CONDUCTA:

No se trata aquí propiamente de clasificaciones de la obesidad relacionadas con el aspecto psicosomático, sino más bien de las distintas modalidades de alimentación en los obesos. Tal vez la más conocida de ellas es la de Stunkard<sup>5</sup>, quien describe tres patrones característicos:

El primero, síndrome de la ingesta nocturna, situación en la que existe insomnio con aumento de la ingesta alimentaria, que empeora en situaciones emocionales y característicamente presenta anorexia matutina. El segundo tipo, denominado folclóricamente "parrandero comilón",

ingiere grandes cantidades de alimentos en cortos lapsos, verdaderas orgías alimentarias, que son seguidas por períodos de intranquilidad y autocondena. En un tercer grupo Stunkard coloca el caso de pacientes con defectos cerebrales orgánicos, en que no existe saciedad con la comida, hay una real dificultad para dejar de comer, pero no existe ni hambre, ni apetito, ni autocondena.

En ese aspecto, tercia opinando Wldff<sup>6</sup>, aportando casos de su experiencia en los que los pacientes catalogan los alimentos como "comida buena" y se establece una lucha psiconeurótica contra la sexualidad que se convierte en "comida sucia".

En sus casos, pacientes de sexo femenino, los períodos depresivos se caracterizan por un deseo exagerado de comer y las pacientes odian inconscientemente la madre y la feminidad.

Mayer y Beudoín<sup>7-13</sup> observaron cómo en un grupo de pacientes con sobrepeso, la distribución del ingreso de calorías, curiosamente se hacía fundamentalmente en las horas vespertinas, hecho que puede relacionarse con que en esos períodos la situación depresiva es más notoria.

### LO PSICOANALITICO:

Del estudio de tres pacientes psicoanalizados presentados en el trabajo de De Zubiría<sup>9</sup>, puede tomarse sistemáticamente el siguiente tipo de perturbaciones:

- 1) Ansiedad en relación con la deformación estética de la figura corporal, en la que intervienen factores culturales, ambientales y es lógicamente más común en el sexo femenino.
- 2) Fenómenos fóbicos representados por temor a conocer el peso real con mie-

do al aumento continuo de peso y con negación de la realidad del problema.

- 3) Ansiedad esquizoparanoide que desencadena perturbaciones psicóticas de tipo persecutorio, en las que el paciente se siente acusado o criticado por su obesidad.
- 4) Fenómenos depresivos que se justifican en forma de quejas y entonces el paciente los manifiesta como una pérdida de valores generalmente estéticos.

La experiencia del autor es buena utilizando terapia psicoanalítica, aunque lógicamente lo reducido de la muestra no permite conclusiones generales.

### LO PURAMENTE PSICOLOGICO:

Indudablemente, cada una de las clasificaciones enumeradas anteriormente puede ser manejada adecuadamente con fines académicos y un poco especulativos. Sin embargo, en la práctica es preciso una vez descartados los factores orgánicos propiamente dichos (endocrinológicos, neurológicos, etc.), valorar cumplidamente lo correspondiente a la esfera puramente psicológica, en particular, como ha sido ya anotado, en su relación con el control del apetito.

En otras palabras, no parece aventurado afirmar que hay un punto general de acuerdo: entre las causas, mantenimiento y terapia de la obesidad, el apetito juega un importante papel. Y aunque ya anotamos su relación cercana con estructuras del sistema nervioso central y sabemos el papel que las cifras de glicemia juegan en su regulación, el más importante factor corre a cargo del estado emocional. Simplemente basta recordar que en el niño el alimento significa protección y equivale a posesión. Para el niño ser alimentado equivale a ser amado y el sentido de seguridad se asocia al de saciedad<sup>10</sup>. La posesión equivalente a la

incorporación (oral) corporal y la frustración de esta tendencia posesiva y el deseo de recibir conducen a la aparición de impulsos agresivos para tomar por la fuerza lo que no se le da. Morder es entonces la primera manifestación de hostilidad.

En este punto se echa de ver fácilmente la tremenda importancia que una situación emocional agradable o displacentera puede tener en la regulación del apetito, y por ende, en la aparición de un tipo de obesidad <sup>11</sup>.

Interesados en este aspecto en particular, hemos tenido la oportunidad de colaborar en un estudio realizado en Colombia, cuya primera parte fue comunicada al VI Congreso Colombiano de Endocrinología <sup>12</sup> y que ha constituido una investigación psicológica de la obesidad.

El trabajo consistió en la elaboración de tests psicológicos proyectivos a un grupo de pacientes de similares condiciones. Se escogieron 24 sujetos del sexo femenino en edades comprendidas entre 20 y 30 años, con buen nivel cultural y social. Todas tenían diagnóstico de obesidad y se sometieron a los test de Rorschach y Machover.

Los hallazgos más importantes en este grupo de pacientes fueron:

- Incapacidad de controlar y manejar adecuadamente sus impulsos instintivos, especialmente de tipo agresivo, los cuales usualmente dirigen contra sí mismas (depresión, ingestión alimenticia excesiva para dañar aún más su figura).
- Rigidez emocional por temor a ser rechazadas y heridas. En un intento de manejar sus temores utilizan defensas de tipo maniaco, negándolos y aparentando gran alegría y jovialidad.

— Sentimiento de infravaloración e inseguridad y dificultades en la propia identidad, especialmente sexual, secundario a la deformación de la imagen corporal.

— Manejo regresivo de la vida afectiva con represión de la misma y desplazamiento de intereses al área intelectual o de valores materiales. Los deseos de dependencia y sumisión y la sensibilidad a la crítica social evidencian fijación y regresión a nivel oral.

— Los mecanismos de defensa más frecuentemente utilizados por estas pacientes son:

- a) *Represión*: Exclusión del campo de la conciencia hacia el inconsciente de deseos, impulso o pensamiento que son perturbadores e incompatibles con los autorrequerimientos del yo.
- b) *Negación*: Lo que es conscientemente intolerable para el yo es inconscientemente rechazado por medio de un mecanismo protector de no percepción.
- c) *Desplazamiento*: Un sentimiento emocional es transferido de un objeto real hacia un sustituto al cual se le otorga la importancia emocional originalmente asociada al primero.
- d) *Regresión*: Defensa ante una situación interna o externa desfavorable para el yo, mediante el "retroceso" psíquico o estadios de la personalidad en los cuales esta situación no se daba.

Sin pretender, ni mucho menos esbozar un "patrón psicológico" de la obesidad, sobre todo teniendo en cuenta que en esta muestra de mujeres de 20 a 30 años las consecuencias de la obesidad tienen una mayor repercusión afectiva sobre la personalidad, porque es una edad en la cual necesariamente se espera una mayor

aceptación, si nos parece interesante aportar estos datos parciales que justifican la importancia del factor psíquico en esta entidad. Así, ahora, ahondamos en la idea de estudiar al obeso un poco más allá de las cifras de laboratorio o la aguja de la balanza. Unos minutos más para inquirir así sea someramente, qué hay de angustia, cuánto de depresión y hasta qué punto de emocional. Para poder encasillarlos y por ende, más tarde al pautar un tratamiento no olvidar la psicoterapia, o la psicofarmacología, o la psiquiatría. Qué de todo esto puede hallarse necesario aconsejar en la terapia correcta y global de un paciente obeso.

### RESUMEN

Se pretende hacer resaltar la importancia de los factores psicosomáticos en la etiología y condicionamiento terapéutico de la obesidad. Se reseñan en su orden los factores psicosomáticos trayendo a

colación los estudios de Cobb, Freed, Halpern, Hamburger, Richardson, Stunkard y Bruch. La conducta del obeso a través de los aportes de Stunkard, Wulff y Mayer. Lo psicoanalítico tomado de la experiencia de De Zubiría y lo psicológico propiamente dicho donde presentamos nuestro aporte (Castellanos N., Gabriel N., Gómez-Cuevas R.) en el resumen de una experiencia realizada en 24 pacientes obesos sometidos a tests de Rorschach y Machover, concluyendo en que existe una abigarrada matización psicológica, que pocas veces es reseñada, donde aparecen: rigidez emocional, defensa de tipo maniaco, sentimiento de infravaloración e inseguridad, manejo regresivo de la vida afectiva con represión y desplazamiento de intereses, lo que a nuestro juicio justifica cumplidamente "romper una lanza" por la importancia que lo psicosomático tiene en la obesidad.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.—Vélez A., Borrero R., Restrepo M. Fundamentos de Medicina. Tomo 1, 2ª Ed.
- 2.—Richardson H. B. Obesity as a manifestation of neurosis. *M. Clinics* 1187, 1946.
- 3.—Williams R. Tratado de Endocrinología. Salvat, obesidad 731.
- 4.—Bruch Hilde. Psychiatric Aspects of obesity in Children. *a. J.* XCIX, 1943.
- 5.—Stunkard A. J. Dieting depression: Incidence and clinical characteristics... *Am. J. Me.* 23, 77, 1957.
- 6.—Wulff, citado por: Fenichel Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 277 Ed. Paidós. Bs. Aires.
- 7.—Mayer Jean. Obesidad en la infancia y la adolescencia. *Clin. Med. sep.* 64, 1347
- 8.—Freed S. C. Psychic factors in the development and treatment of obesity. *J. A. M. A.* 133, 369, 1947.
- 9.—De Zubiría Roberto. Aspectos psicosomáticos de la obesidad. *Rev. Soc. Col. de Endocrinología.* Vol. VII, No. 2, Jul. 70.
- 10.—Franz Alexander. Medicina psicosomática. Trastornos del apetito y de la alimentación. Pág. 62, 1954. La Habana.
- 11.—Mendelson Myer. Aspectos psicológicos de la obesidad. *Clin. Med. sep.* 64, 1374.
- 12.—Castellanos N., Gabriel N., Gómez-Cuevas R. Estudios psicológicos en la obesidad. VI Congreso Colombiano de Endocrinología. Bucaramanga.
- 13.—Gastineau C. F. Obesidad, causas y peligros. *Clin. Med. Julio/72.* 1021.