

# Psicosociología de la alimentación: Su incidencia en la obesidad común. Hacia una perspectiva multifactorial (y II)

*T. Pujol Sanso*

*Universidad de Palma de Mallorca*

## 1. INTRODUCCION

En la primera parte de este artículo hemos repasado los fundamentos neurofisiológicos de la obesidad, cuya importancia para su comprensión etiológica es crucial, si bien incompleta. Muchos aspectos quedaban sin explicar, al carácter estático y estructural de lo biológico es preciso incorporar la dinamicidad que ofrece la perspectiva psicosocial. No es posible entender la etiopatogenia de la obesidad si no situamos al sujeto en interacción con su medio. Está claro, como indica Saltiel (1976), que la obesidad es el resultado de una situación.

A nivel general, Crosato y Benedetti (1963) se refieren a las aportaciones de la psicología en el estudio de la obesidad:

a) Estudio de los distintos aspectos tipológicos sin significación patológica.

b) Los trastornos psíquicos primitivos asociados a la obesidad.

c) Los trastornos psíquicos de reacción a la condición de ser obesos.

d) Los trastornos psíquicos que se dan o que se agravan por la restricción alimenticia destinada a corregir la obesidad.

Como puede observarse, y las investigaciones más recientes lo han corroborado, la ciencia psicológica interviene de forma directa en la comprensión de la etiología, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y profilaxis de la obesidad común.

Las principales escuelas, tendencias y especialidades de la psicología se han ocupado del tema, de manera que en muchas ocasiones resulta difícil compaginar las distintas aportaciones. Para señalar un criterio más o menos común y unificado, se puede argumentar que la obesidad aparece ante un desarrollo psicosocial patológico, un episodio crítico, en resumidas cuentas, ante una crisis de identidad, un trastorno de adaptación; se trata de una conducta de fracaso, la reac-

ción a la frustración (Michaux y Widlöcher, 1962; Corraze y Bayourthe, 1966; Aimez, 1975). En general, desde esta perspectiva, la obesidad pasa por alguna forma de bulimia (Hamburguer, 1951).

Sería interminable repasar los diferentes aspectos psicológicos que se han involucrado con la sobrealimentación, sin embargo, los aspectos cognitivos (Woolley, 1972), afectivos (Delay y Pichot, 1975) y la ansiedad (Herman y Polivy, 1975), son los más citados; siempre, claro está, dentro de una perspectiva psicogenética (Aimez, 1979).

Los tiempos en que la aportación psicológica en el terreno de la obesidad era vetada o situada en un nivel secundario ya han pasado. Especialistas en nutrición como Young (1957), y otros muchos, han ayudado a que en la actualidad sea un deber científico reconocer la influencia fundamental de la ciencia psicológica en este área de estudio.

En los próximos apartados repasaremos, por tanto, la perspectiva psicosocial, para terminar con un intento de explicación multifactorial.

## 2. LA IMAGEN CORPORAL DEL OBESO

La obesidad en un sentido fenomenológico se expresa mediante el volumen del cuerpo, de ahí que la vivencia corporal supone un elemento de especial interés en el sujeto con sobrepeso. Aunque ha sido un tema poco estudiado, es lógico pensar, como afirma Bruch (1978), que la imagen corporal del obeso no tiene las mismas connotaciones que la del delgado.

Muchos autores (Watzalwick y Helmick Beavin, 1981; Stewart, 1973; Davis, 1976; Nierenberg y Calero, 1976; Fast, 1978; etc.), coinciden en destacar el importante papel que el cuerpo juega en los procesos comunicativos; es el elemento intermedio entre la psique y el mundo. Cuando

estas dos esferas generan un conflicto, la emisión normal mediante las palabras se torna inoperante y la somatización aparece entonces como el resultado patológico de dicho conflicto (Solignac, 1976; Pujol, 1978). En este encuadre es donde podemos situar algunos tipos de obesidad común.

Bruch (citado por Aimez, 1972) aporta una contribución esencial al señalar que los obesos presentan, en su mayoría, un trastorno de la imagen corporal, en particular un defecto del sentimiento de identidad próximo a la escisión esquizofrénica. El sobrepeso se ha convertido en la expresión de una insatisfacción o en la búsqueda de una adaptación.

El mismo autor (Bruch, 1952) se refiere también al rasgo del obeso de «ser especial», de tener que ser más grande y mejor que cualquier otra persona. Esta imagen megalomaniaca está muy vinculada al exceso ponderal. La comida representa la esperanza de compensar los defectos; el aumento de talla realiza a un nivel simbólico el deseo de ser grande, sentimiento que se ve frustrado cuando lo único que consigue el obeso son continuas humillaciones sociales.

Fisher y Cleveland (1969) señalan que la imagen corporal sirve con frecuencia como pantalla sobre la que se proyectan los sentimientos, ansiedades y valores. Esto precisamente es lo que de forma distorsionada ha hecho el obeso.

Schilder (1977) matiza que cuando experimentamos afecto o amor, el cuerpo tiende a expandirse, y eso es, pensamos nosotros, lo que nos comunica el obeso: un deseo imperioso de conseguir afecto ante las múltiples frustraciones que siente.

## 3. PSICOANALISIS DE LA OBESIDAD

El niño recién nacido, a diferencia de otras especies, es incapaz de procurarse

alimento, alguien deberá hacerlo por él. En el marco del proceso madurativo el niño pasará de una alimentación pasiva, de simple transferencia a través de la placenta de alimentos ya digeridos y dispuestos para su inmediata utilización por las células, a una alimentación cada vez más activa en la que debe succionar, deglutir, digerir y absorber (Guerrero, 1979; Arbelo, 1979).

Sin entrar en las consecuencias psicológicas que la cantidad y cualidad del alimento pueden tener y que no han sido suficientemente estudiadas (Veylon, 1976), es preciso reconocer el carácter vinculante de la alimentación, la comida es el vehículo de la energía y del amor maternal. El hambre estará en adelante asociado al sentimiento de bienestar, el miedo a la inanición queda en el fondo de los sentimientos de inseguridad; en el niño el hecho de ser alimentado equivale al sentimiento de ser querido (Alexander, 1970). Estará comenzando la socialización de la alimentación.

Ha sido la escuela psicoanalítica quien ha puesto el acento en el hecho de que el alimento es el principal intermediario en las relaciones madre-hijo, que estarán fundamentadas en lo oral (Simonin, 1963). Al principio en la perspectiva oral-receptiva, después oral-sádica, con carácter agresivo y que desembocarán hacia una ambivalencia con respecto a la madre.

Durante los primeros años de vida, y de manera muy especial en los primeros meses (Sassolas y Pellet, 1967), la afectividad está ritmada por la alternancia placer-displacer, que depende del hambre-satisfacción del hambre. Esta dinámica está ejercida por la madre o sustituto materno, que actúa como primer agente de frustración: señala los horarios, la cantidad de alimento, etcétera. Resulta o, pues, de acuerdo con Bruch (1943), que las particularidades de la madre con respecto a la comida serán de gran trascendencia. Si la actitud materna es ansiosa establece-

rá a través de la comida una relación distorsionada.

Es tradicional pensar que las personas gruesas son alegres y tranquilas, pero para la inmensa mayoría esto es falso y mucho más en el caso de niños obesos, que según Bruch (1941), son infelices, mal ajustados, tímidos y retraídos. El estudio de la estructura familiar revela siempre la existencia de factores que impiden el desarrollo personal del niño y que llevan a la inactividad y exceso alimenticio. Soulé (1965) destaca una serie de aspectos a analizar de la familia del niño obeso: dominancia de la madre, posible ambivalencia materna, situación económica, hábitos alimenticios, nivel intelectual y normas culturales.

Los elementos orales del inicio de la vida se van integrando con los nuevos aprendizajes, y de manera especial, cuando ha ocurrido alguna problemática en el primer año. De esta forma, para todas las personas resultará que con mayor o menor grado los estadios posteriores del desarrollo psicogenético quedarán ligados con la oralidad, ya sea mediante sublimación, desplazamientos o formaciones reactivas. Como indica Fenichel (1973), hay muchas maneras de usar la boca en busca de placer y todas ellas reflejan la oralidad. Estamos en una sociedad muy afianzada en lo oral, desde esta perspectiva se explican comportamientos como los de «gourmet», fumar, beber, besar, etcétera.

Cuando la evolución afectiva de los primeros meses no es satisfactoria, el niño queda fijado a la etapa oral. Dos sucesos, entre otros menos importantes, pueden conducir a esta fijación-regresión:

— El exceso de gratificación oral por una madre autoritaria y demasiado protectora.

— La ausencia de satisfacción, una privación oral acentuada.

Cuando se dan estas situaciones aparecerá en algún momento del desarrollo el comportamiento oral (Fenichel, 1968),

que en general se mediatiza por una dependencia acentuada, carácter particular de la boca en la vida del sujeto, la depresión se trata mediante comida, frecuencia de trastornos digestivos y asociación comida-amor.

Queda claro que no es posible entender la aparición de la obesidad si no la ligamos al proceso psicogenético y dinámico que sugiere lo anterior. La relación objetal con la madre será un elemento de primordial interés para la comprensión etiológica. Desde luego que en algunos casos más que en otros, como ya hemos mencionado en otro lugar (Pujol, 1980).

#### 4. ANALISIS CONDUCTUAL DEL SUJETO OBESO

En las dos últimas décadas los investigadores en modificación de conducta se han ocupado con especial atención del estudio de la obesidad. Centenares de artículos han profundizado en sus aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos.

La mayoría de autores (Hagen, 1976; Ferster —citado por Yates, 1977), tienden a explicar la aparición del sobrepeso a partir del aprendizaje instrumental, de manera que la obesidad es un ejemplo de efectos reforzantes a corto plazo del exceso de alimento.

La ecuación de Kanfer y Phillips (1976), que hemos aplicado a la sobrealimentación, permite una buena comprensión de este fenómeno:

E -- O -- R -- K -- C

— E (ambiente externo e interno): se refiere a las condiciones ambientales específicas que tienen relación funcional con el comportamiento. Aquí podemos incluir multitud de estímulos externos, como por ejemplo la hora del día, sensaciones olfativas, gustativas o visuales, etc., y

estímulos internos como las contracciones del estómago.

— O (organismo): es indudable que las variables organísmicas influyen en la conducta y concretamente en la alimentación. Las variables genéticas (factores hereditarios), metabólicas (metabolismo basal, metabolismo de los principios básicos, etc.) y neurológicas (regulación hipotalámica), bioquímicas, mecánicas, etc., tienen un valor importante.

— R (respuesta): abarcaría la conducta de comer, alimentarse. Aquí debe señalarse la importancia del aspecto cualitativo del alimento y, en general, todos los hábitos relacionados con la conducta de comer.

— K (relación de contingencia, respuesta-consecuencia): existe una relación particular entre el comportamiento y sus consecuencias. Para la alimentación, la relación de contingencia es muy fija, a corto plazo se consigue siempre la aparición de los refuerzos positivos.

— C (consecuencia): en conjunto se sabe que las consecuencias satisfactorias incrementan la conducta, las insatisfactorias la disminuyen. La reducción de la ansiedad es fundamental para comprender muchos casos de sobrealimentación. La relajación que induce la satisfacción actúa de forma similar a la desensibilización sistemática. Además de la relajación se podrían añadir otras consecuencias como la de favorecer la relación social, la búsqueda de afecto, etcétera.

Como vemos, la aportación conductista ofrece una panorámica ambientalista de crucial interés. El mejor reflejo puede encontrarse en sus aplicaciones terapéuticas que hemos repasado y valorado en un artículo reciente (Pujol, 1982).

#### 5. LOS HABITOS ALIMENTICIOS

El estudio de los hábitos alimenticios permite una nueva aproximación al tema

que nos ocupa, en general, se confirma que los obesos no comen por las mismas razones que los no obesos.

Nisbett (1968), a partir de un interesante experimento, concluyó que los obesos responden con mayor intensidad a los estímulos alimenticios externos, mientras que los no obesos lo hacen hacia los estímulos internos de privación. Los sujetos obesos son más influenciados, están más ligados a la estimulación externa relacionada con el comer, dependen más de los estímulos discriminativos. Todo ocurre como si el sujeto normal tuviera una especie de termostato que marcara un límite de ingestión.

La investigación de Price y Grinker (1973) es también muy sugerente, demostraron que bajo todas las condiciones experimentales utilizadas, los obesos comían más que los individuos normales.

Pliner (1973), por otro lado, concluyó que las diferencias en la conducta de comer entre sujetos obesos y normales pueden explicarse en base a diferencias en la conducta de pensar.

Desde una perspectiva más amplia, Garrido (1979) señala una serie de características propias del sujeto con sobrepeso:

a) El comer en exceso suele ocurrir por la tarde al poco tiempo de haber realizado una comida, por tanto, sin indicio fisiológico.

b) Los que realizan esta conducta suelen explicar que no saben por qué comen.

c) Los alimentos que ingieren suelen ser fáciles de preparar.

d) Los comen con rapidez, sin saborearlos.

e) Suelen afirmar que más que por hambre es para salir del estado de inactividad y tensión, según ellos, si estuvieran ocupados no se acordarían.

## 6. PERCEPCION Y OBESIDAD

A partir de todo lo visto hasta ahora,

queda claro, de acuerdo también con Bruch (1973), que se establece una estrecha relación entre las sensaciones corporales de desagrado y la ingesta a través de la cual son reducidas dichas sensaciones. Esta afirmación nos sitúa en el terreno de la percepción que, con toda seguridad, en un futuro no muy lejano podrá aportar datos de gran interés. La mayoría de presupuestos psicológicos apuntan en este sentido.

Hasta el momento son pocos los estudios relacionados con esta temática y, en todo caso, se limitan a centrar la atención en parcelas del problema. Aquí repasaremos la importante contribución de Chiva (1979), que se refiere a algunos aspectos de la percepción gustativa infantil. Destaca que la evolución de la sensación gustativa y su función ocupan un lugar importante en la génesis de la persona y en el establecimiento de las conductas alimenticias. Se refiere a que la alimentación pone en juego la sensibilidad gustativa, el olfato, la percepción térmica, la estereognosis bucal y la percepción de la textura de los alimentos, también la percepción visual. De todas maneras, y por razones experimentales, el autor citado sólo repasa algunos aspectos relativos al gusto:

— Al nacer la sensación gustativa es pobre, incluye cuatro sensaciones básicas: salada, dulce, ácida y amarga. Pero tiene una notable repercusión afectiva, ante el estímulo gustativo hay una reacción emocional.

— Los botones gustativos, asiento de las células sensoriales, son más numerosos en el recién nacido que en el adulto y esto podría tener gran importancia en el establecimiento de las costumbres alimenticias, y mucho más, si tenemos en cuenta que estos botones gustativos tienen una vida muy corta, se renuevan aproximadamente cada cien horas.

— La sensibilidad gustativa, es decir, la capacidad de sentir y distinguir los

diversos estímulos sápidos, parece ante todo una aptitud individual.

— Se ha demostrado con recién nacidos que la sensación gustativa establece un reflejo gusto-facial, la mímica es diferente según se suministre un estímulo salado, dulce, ácido o amargo, pero idéntica para un mismo estímulo en un individuo que en otro. Es pues un fenómeno innato.

Ante estas reacciones se presentan unas pautas sociales culturales que hacen que poco a poco se socialice la reacción primaria.

Una vez más queremos incidir en la importancia de este tema, de hecho Bruch (1962) ya señaló la posibilidad de estudiar la hiperfagia a partir de los mecanismos precoces de integración del hambre. Es indudable que las complicadas interrelaciones entre las sensaciones externas e internas, las cogniciones y la afectividad están en el fondo de las alteraciones alimenticias.

## 7. LOS MOMENTOS DE LA ADQUISICION DE LA OBESIDAD

Una sistematización de especial importancia y que tiene unas pautas muy objetivas es la que se fundamenta en el momento cronológico de aparición de las oscilaciones de peso, que, como veremos, supone una premisa de indudable apoyo a la perspectiva psicológica. La obesidad puede comenzar a aparecer en cualquier instante, pero en general, suele presentarse en situaciones bien determinadas que por su intensidad emocional, o por influir en el modo de vida, alteran el comportamiento alimenticio, o mejor el equilibrio termodinámico.

En la infancia pueden distinguirse dos épocas más o menos diferenciadas, la que abarca desde el nacimiento hasta los cuatro años, y la que comprende desde los

cuatro hasta los diez años. En los cuatro años primeros la obesidad representa ante todo una «etiología maternal»: sobreprotección, dependencia, etc. No hay que olvidar que la comida está investida de un valor simbólico afectivo. A partir de los cuatro años aproximadamente, pueden incluirse, además de las razones anteriores, las nuevas influencias que el niño pueda recibir merced a su mayor contacto social. De todas maneras, esta fase sigue estando muy mediatizada por la relación madre-hijo. Suele darse en niños obedientes, estudiosos, sometidos a sus padres y con una gran dosis de pasividad.

En la pubertad y adolescencia el rol materno desempeña todavía una contribución importante. Steele (1974) se refiere a las situaciones de dependencia-independencia tan frecuentes a esta edad. Kreisler (1975) estudia con profundidad este momento, la obesidad del adolescente tiene destinos muy diversos: algunas veces desaparece después de la adolescencia, otras se instala por mucho tiempo, en ocasiones para siempre. Dicha diversidad se explica según las estructuras mentales subyacentes:

— El rechazo inconsciente de la sexualidad adulta. Se siente amenazado y usa una serie de mecanismos de defensa (regresión a satisfacciones orales, medidas destinadas a negar el cuerpo sexuado, etc.). A esta edad el cuerpo es siempre objeto de preocupaciones, muchas veces de carácter obsesivo.

— Las formas tenaces responden a estructuras que sobrepasan el cuadro de una simple crisis de adolescencia y responden mejor a una estructura psicodinámica.

En el período adulto, como indican Creff y Herschberg (1979), las causas pueden ser variadas, e incluso influir varias al mismo tiempo. Veamos las más importantes:

— En general la edad es un factor de predisposición, en el hombre la masa

grasa pasa del 15 por 100 al 28 por 100 entre los 18 y 50 años. En la mujer del 20 por 100 al 40 por 100 entre los 13 y 50 años.

— Con motivo de una operación o enfermedad que exija reposo y una alimentación abundante.

— A causa de un tratamiento farmacológico. Diversos medicamentos parecen actuar a favor del sobrepeso, así ocurre con la fenotiacinas, las reserpinas y el supiride; ciertos efectos poco comprobados de la vitamina B<sub>12</sub>; las hormonas, que favorecen el aumento de la masa muscular y una fuerte retención de agua; en cuanto a minerales, el litio puede frenar la función tiroidea, con lo que disminuye la combustión y se favorece la constitución de reservas grasas; y por último, algunos antibióticos.

— A raíz de dejar de fumar. Diversas experiencias demuestran que los fumadores están más delgados. La interrupción del tabaco suele producir un aumento de unos 6 Kg. en 2 ó 3 meses, y el peso así conseguido suele mantenerse luego. Este efecto puede explicarse por tres mecanismos: el acto reflejo de llevar algo a la boca (el cigarrillo se sustituye por comida), por el efecto anorexizante de la nicotina, o por los efectos estimulantes de la nicotina que favorecen el consumo energético.

— Por condiciones profesionales, trabajos nocturnos, comidas de negocios, mayor sedentarismo, etcétera.

— El matrimonio, con sus influencias en la organización de la vida diaria, es también un momento desencadenante.

— El embarazo es una causa muy frecuente. Fisiológicamente el peso de la gestante no debe cambiar en los tres primeros meses y luego debe aumentar de 1 a 2 Kg. por mes para así llegar a un máximo de 9 a 11 Kg.; este peso corresponde al feto y a la retención hídrica. Después del parto y en pocas semanas debe recuperarse el peso inicial. Sin embargo, se observan muchas veces aumen-

tos de peso considerables desde las primeras semanas de embarazo, especialmente en gestantes jóvenes. En general se debe al trasiego importante de aspectos conscientes e inconscientes; además las influencias socioculturales influyen para que la futura madre tenga un «hermoso y grueso» niño.

— En el posparto o posaborto se encuentran también bastantes casos, son mujeres que han mantenido un peso normal durante el embarazo y que en los 3 ó 4 meses siguientes ganan de 8 a 12 Kg. Ocurre a partir de la incapacidad de aceptar la separación del niño, la sobrealimentación es una forma de continuar la fusión del embarazo, prolongar el estado de plenitud.

— La menopausia es, por último, un momento importante, la exclusión del mundo de la genitalidad hace que la oralidad represente la compensación.

Se puede concluir con certeza que las distintas situaciones desencadenantes tienen un notable trasfondo psicológico.

## 8. ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS

Aunque no se puede afirmar de manera absoluta que los fenómenos psicopatológicos subyacen en la etiología de la obesidad, es seguro que entre los sujetos obesos se encuentra un porcentaje considerablemente mayor de trastornos psíquicos. Es significativo que en nuestra práctica clínica hayamos encontrado que más del 80 por 100 de sujetos obesos reconocen sentir crisis de ansiedad. En sentido similar apuntan los estudios de Laxenaire (1975) y García (1978).

Existen algunas investigaciones mediante tests que confirman lo anterior (Simonin, 1963; Karp y Pardes, 1965; Held y Snow, 1972; Plinier, 1974; Karpowitz, 1975, y Abram, 1976).

También apuntan en la perspectiva psi-

cológica todos los intentos de establecer una tipología del obeso, que aunque no reflejan con exactitud la individualidad de cada uno, permiten una buena comprensión del caso y, desde luego, muy superior a cualquier clasificación de otro orden. En este sentido destacan los estudios tipológicos de Stunkard (1959), Bruch (citado por Boegner-Plichet, 1963), Sas-solas y Pellet (1967), Aimez (1972), Saltiel (1973), Trémolières (1973; 1975) y Waysfeld (1976).

## 9. SOCIOLOGIA DE LA ALIMENTACION

No es posible la comprensión global de la obesidad si no situamos la alimentación en el contexto social. La familia, las tradiciones, la religión, en definitiva, el grupo social, ha ritualizado la alimentación (Tordjman, 1978). El antecedente cultural determina lo que hay que comer, así como en qué ocasión y de qué manera.

Los hábitos alimenticios se basan principalmente en la disponibilidad, en factores económicos y en simbolismos. Ciertos alimentos pueden ser considerados como muy importantes y saludables en ciertas culturas, mientras que en otras se rechazan. Así, por ejemplo, ciertos pueblos descartan la leche por ser una secreción mucosa animal, otros como la tribu de los Ifugao comen moscas gigantes, cigarras, grillos, hormigas rojas y escarabajos. En todas las culturas existen ocasiones apropiadas para comidas especiales. Los diferentes países tienen costumbres muy distintas en cuanto al desayuno, almuerzo y cena.

En definitiva, los hábitos alimenticios fijados (moda, frecuencia, invitaciones, tradición familiar, usos y sociabilidad), el modo de vida (actividad física y sed de placeres) y el ambiente (obligaciones sociales y profesionales, comidas en restaurantes y festividades), pueden alterar profundamente la regulación fisiológica del

hambre y la saciedad. La comida tiene una función eminentemente social, reúne los individuos, simboliza afecto, diálogo y seguridad.

Fijémonos, como indica Rodwell Williams (1973), que al observar la forma en que come una familia podremos saber mucho de su cordialidad, jerarquía, tensiones, rigidez, «status», etc. Una comida rígida y formal, con cada cosa en su justo sitio, indica mejor que cualquier estudio psicológico una dinámica familiar rígida, poco afectiva y atrincherada en la forma para encubrir el fondo. A través de las necesidades y deberes higiénicos y de respeto traslucen siempre elementos clasi-sistas.

Existe incluso una sociología del peso, es indudable que el volumen corporal juega un importante papel en el aspecto erótico, estético e incluso místico. Está claro que la moda fuerza a adelgazar, de la voluptuosidad se ha pasado a líneas rectas y movibles en función de una vida más agitada que exige actividad y comodidad.

La sociedad impone un fuerte castigo a la persona obesa y, en especial, a las mujeres. Como indica Genevart (1952), muchas mujeres obesas se quedan en sus casas, temen los lugares públicos, se sienten observadas y eliminan ciertas actividades. Aparecen sentimientos de inferioridad, problemas sexuales, angustia y sentimientos de desvalorización.

Es evidente la doble y contradictoria estimulación que recibe el obeso, no en vano Corraze y Bayourthe (1966) aseveran que los obesos ante estos estímulos recuerdan los animales sometidos a neurosis experimentales, se encuentran ante un conflicto entre la publicidad alimenticia y el instituto de adelgazamiento. Como puntualiza Klotz (1972), podría hablarse de racismo contra los gruesos. Se hace sentir vergüenza al obeso de su propia imagen.

No podemos terminar esta revisión sin



incidir en las importantes connotaciones de la economía. A lo largo de la historia, el «status» socioeconómico ha desarrollado importantes pautas sobre el peso. En algunas sociedades antiguas o incluso en la actualidad, el sobrepeso o la sobrealimentación se consideran como un signo de riqueza; en otros grupos ocurre todo

lo contrario. El sobrepeso se ha convertido en un símbolo económico de significado variable.

En nuestra cultura occidental las estadísticas demuestran una notable influencia de los factores socioeconómicos, así Goldblatt y Moore (1973) dan los siguientes resultados:

	%		
	<i>Ricos</i>	<i>Medios</i>	<i>Pobres</i>
<i>Delgadas</i> .....	37	19	9
<i>Normales</i> .....	58	65	61
<i>Obesas</i> .....	5	16	30

Estas cifras son sugerentes, las clases acomodadas presentan un porcentaje de obesidades muy inferior a las clases humildes y, desde luego, no nos imaginamos que sea por motivos hereditarios o neurofisiológicos.

10. **CONCLUSION:  
HACIA UN ENFOQUE  
MULTIFACTORIAL**

En la actualidad la organización etiológica de la obesidad debe entenderse desde una perspectiva interdisciplinaria, multifactorial e integradora, nos estamos refiriendo siempre a la obesidad común, desligada de alteraciones orgánicas bien caracterizadas. No tiene sentido científico seguir la polémica entre organicistas y psicologistas, la estructura biológica es indiscutible, pero no lo es menos la dinámica psicológica.

Antes de intentar perfilar una explicación etiológica global es preciso detenerse en dos cuestiones que a nuestro juicio están en el sustrato de la obesidad, se trata del modelo termodinámico y de la estabilidad del peso.

— El modelo termodinámico: está cla-

ro que la obesidad común es el resultado de un desequilibrio entre la ingesta y los gastos, y cualquier explicación etiológica debe descansar en este fundamento. Esto deriva en el hecho de que la mayoría de excesos ponderales serán debidos a la sobrealimentación. Es cierto que muchos autores han intentado demostrar mediante entrevistas que los obesos no comen más que los no obesos, pero es mucho más cierto que, como señala Simonin (1972), hay que desconfiar de las encuestas practicadas a sujetos obesos, es posible la equivocación, no es fácil recordar o saber si un trozo de carne pesa 100 ó 200 gramos, y si se han tomado uno o dos vasos de vino. Además, el obeso puede mentir y esto ocurre en muchos casos, algunos autores han señalado el carácter toxicómano de algunos que no dicen jamás la verdad sobre su consumo. Por otro lado, también puede ocurrir como indican Apfelbaum y Lepoutre (1978), que ahora el obeso coma normal o incluso algo menos, pero que en un período anterior haya seguido una alimentación exagerada.

— La estabilidad del peso: una de las principales cuestiones es la extraordinaria capacidad de que el peso se mantenga

constante. Stunkard y Mahoney (1976) señalan diversas experiencias en que personas de peso normal inducidas experimentalmente a una sobrealimentación, con su consiguiente aumento de peso, demuestran una fuerte habilidad para volver a su peso original en pocos meses. También es cierto que personas caracterizadas por su sobrepeso y sujetas a dieta tienen gran dificultad para recuperar el peso anterior. Resulta difícil poder explicar esta capacidad de regulación, muchos autores señalan la posibilidad de que exista un centro regulador del peso, un ponderostato. De todas maneras, lo que resulta sorprendente en la regulación ponderal no es tanto la aparición de una sobrecarga o de un déficit ponderal, sino más bien la homeostasia del peso corporal, que constituye la regla para la mayoría de la población. A pesar de todo, nosotros pensamos que este equilibrio ponderal es perfectamente comprensible a partir de todo lo que llevamos dicho, en realidad la noción de ponderostato se explica merced al equilibrio termodinámico.

La visión de conjunto, pues, debe fundamentarse de acuerdo con Oetting (1976), en el balance energético. Sobre este modelo descansarán los tres principales componentes etiológicos que ahora veremos (Ruedi y Jequier, 1972; Ruedi, 1974; Trémolières, 1973; Trémolières (1975):

a) *El sistema de reserva*: comemos du-

rante una hora y media y consumimos durante veinticuatro. Esto quiere decir que primero almacenamos y luego distribuimos. Así es, pues, como ciertos alimentos y ciertos estados favorecen la reserva, es el caso de los glúcidos que permiten el hiperinsulinismo, algunos fármacos, etc.

b) *El sistema de consumo*: que incluye los gastos base, de semirreposo y de trabajo.

c) *El sistema de regulación del comportamiento alimenticio*: en donde podríamos incluir básicamente los factores psicossociológicos.

Así pues, el modelo termodinámico quedaría modulado por estos tres sistemas que actuarán con absoluta interacción y reciprocidad (Rodin, 1977; Wulliemier, 1979). Todo ello sin olvidar cierta predisposición hereditaria (Perrault y Dry, 1964; Hincky, 1976).

La interdependencia continua de los tres sistemas, que incluyen de alguna manera el soporte biológico, la influencia psicossocial y el factor cualitativo y cuantitativo del alimento, explica con precisión el complejo proceso etiopatogénico de la obesidad común.

Sólo a partir de esta óptica etiológica podrá planificarse un correcto diagnóstico, que, a su vez, dará lugar a un tratamiento de pronóstico más favorable.

Es bien cierto, en la obesidad se juntan el hambre con las ganas de comer.

## Referencias

- ABRAM, H. S.: «Psychological adaptation to jejunoileal bypass for morbid obesity.» *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1976, 162, 151-157.
- AIMEZ, P.: «Contrôle du comportement alimentaire, rôle de l'environnement dans l'obésité humaine.» *Revue de Praticien*, 1972, 6, 805-821.
- AIMEZ, P.: «Les troubles alimentaires des adolescents.» *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 1975, 23, 405-424.
- AIMEZ, P.: «La regulación alimenticia del carácter: Mitos, realidades y consecuencias prácticas.» *Revista Infancia y Aprendizaje*, 1979, 8, 50-56.
- ALEXANDER, F.: *La médecine psychosomatique*. Paris. Payot, 1970.
- APFELBAUM, M. y LEPOUTRE, R.: *Las mangeurs inégaux*. Paris. Stock, 1978.
- ARBELO, A.: «El recién nacido: Metabolismo». En *Nacer y Crecer*. Madrid. Orgaz, 1979.
- BOEGNER-PLICHET, M. J.: «Les obésités psychosomatiques de l'enfant.» *Cahiers R.M.F.*, 1963, 57-59.
- BRUCH, H.: «Obesity in childhood and personality development.» *Am. J. Orthopsychiatrie*, 1941, 11, 467-474.

- BRUCH, H.: «Food and emotional security». *Nerv. Child.*, 1943, 3, 165-173.
- BRUCH, H.: «Psychological aspects of reducing». *Psychosom. Medicine*, 1952, 14, 337-346.
- BRUCH, H.: «Perceptual and conceptional disturbances in anorexia nervosa». *Psychosom. Medicine*, 1962, 24, 187-194.
- BRUCH, H.: *Eating disorders*. Nueva York. Basic Book Inc. Publishers, 1973.
- BRUCH, H.: *Les yeux et le ventre*. París. Payot, 1978.
- CORRAZE, J. y BAYOURTHE, L.: «Le problème psychologique dans le traitement de l'obésité commune». *Concours Médical*, 1966, 88, 4035-4042.
- CREFF, A. F. y HERSCHBERG, A. D.: *Abrégé d'obésité*. París. Masson, 1979.
- CROSATO, F. y BENEDETTI, A.: «Aspects psychologiques et psychiatriques de l'obésité». *Annales Méd. Psychosomatiques*, 1963, 121, 821-822.
- CHIVA, M.: «Cómo se forma la persona al comer». *Infancia y Aprendizaje*, 1978, 8, 40-48.
- DAVIS, F.: *La comunicación no verbal*. Madrid. Alianza, 1976.
- DELAY, J. y PICHOT, P.: *Manual de psicología*. Barcelona. Toray-Masson, 1969.
- FAST, J.: *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona. Kairós, 1978.
- FENICHEL, O.: *Psicología profunda del carácter*. Buenos Aires. Paidós, 1968.
- FENICHEL, O.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires. Paidós, 1973.
- FISHER, S. y CLEVELAND, S. E.: «Personalidad, percepción del cuerpo y límites de la imagen corporal». En S. WAPNER y otros: *El percepto del cuerpo*. Buenos Aires. Paidós, 1969.
- GARCÍA, N.: «La cure d'amaigrissement en milieu hospitalier». *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1978, 3, 287-304.
- GARRIDO, I.: «Alteraciones de la conducta alimentaria en humanos». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1979, 159, 661-671.
- GENEVARD, G.: «Aspects psychiatriques et psychologiques de l'obésité». *Praxis*, 1952, 41, 393-412.
- GUERRERO, J.: «La alimentación infantil». En *Nacer y Crecer*. Madrid. Orgaz, 1979.
- HAGEN, R. L.: «Theories of obesity: Is there any hope for order». En B. J. WILLIAMS y otros: *Obesity behavioral approaches to dietary management*. New York. Brunner/Mazel, 1976.
- HAMBURGER, W. W.: «Emotional aspects of obesity». *Med. Clin. N. Am.*, 1951, 35, 483-499.
- HELD, M. L. y SNOW, D. L.: «M.M.P.I. Internal-external control, and problem check lists-cores of obese adolescent females». *Journal of Clinical Psychology*, 1972, 28, 523-525.
- HERMAN, C. D. y POLIVY, J.: «Anxiety, restraint, and eating behavior». *Journal of abnormal Psychology*, 1975, 84, 666-672.
- HINCKY, J. M.: «Le comportement alimentaire humain». *Nouvelle Presse Médical*, 1976, 5, 1861-1863.
- KANFER, F. H. y PHILLIPS, J. C.: *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México, Trillas, 1976.
- KARP, S. A. y PARDES, H.: «Psychological differentiation in obese women». *Psychosomatic Medicine*, 1965, 27, 238-244.
- KARPOWITZ, D. H.: «Personality and behavior differences of obese and nonobese adolescents». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 6, 886-891.
- KLOTZ, H. P.: «L'Obésité: problèmes psychologiques et psychosomatiques». *Gaz. Med. Fr.*, 1972, 79, 3831-3834.
- KREISLER, L.: «Les troubles alimentaires des adolescents». *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 1975, 23, 405-424.
- LAXENAIRE, M.: «Le psychiatre et l'obésité». *Psychologie Médicale*, 1975, 7, 71-76.
- MICHAUX, L. y WIDLOCHER, D.: «Problèmes posés par l'obésité et la maigreur chez l'homme. Aspects psychologiques». *Thérapie*, 1962, XVII, 795-802.
- NIERENBERG, G. I. y CALERO, H. H.: *El lenguaje de los gestos*. Barcelona: Hispano Europea, 1976.
- NISBETT, R. E.: «Taste, deprivation and weight determinants of eating behavior». *Journal of Personality and Social Psychology*, 1968, 2, 107-116.
- OETTING, M.: «Psychopathologie de l'obésité». *Méd. Hyg.*, 1976, 34, 606-610.
- PERRAULT, M. y DRY, J.: «L'Obésité commune». *Revue de Praticien*, 1964, 14, 3497-3503.
- PLINER, P. L.: «Effect of external cues on the thinking behavior of obese and normal subjects». *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 82, 233-238.
- PLINER, P.: «Responsiveness to affective stimuli by obese and normal individuals». *Journal of Abnormal Psychology*, 1974, 1, 78-80.
- PRICE, J. M. y GRINKER, J.: «Effects of degree of obesity, food deprivation and palatability on eating behavior of humans». *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1973, 2, 265-271.
- PUJOL, T.: «La comunicación en psicología clínica». *Mayurqa*, 1977-1978, 17, 293-295.
- PUJOL, T.: «Caracterología del obeso». *Mayurqa*, 1980 (en prensa).
- PUJOL, T.: «La terapia de conducta en obesidad». *Análisis y Modificación de Conducta*, 1982 (en prensa).
- RODIN, J.: «Research on eating behavior and obesity: we he does in fit in personality and social psychology». *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1977, 3, 333-355.
- RODWELL WILLIAMS, S.: *Nutrición y dietoterapia*. México. Pax México, 1973.
- RUEDI, B.: «Influence respective des facteurs psychologiques dans la genèse de l'obésité». *Rev. Suisse Infir.*, 1974, 12, 428-432.
- RUEDI, B. y JEQUIER, E.: «L'équilibre pondéral de l'obèse». *Rev. Gynäk Rundschau*, 1972, 12, 214-221.
- SALTIEL, H.: «L'obésité-symptôme: Classification psychodynamique et conduite thérapeutique». *Seminaire Hôpitalier Paris*, 1973, 53, 3629-3638.

- SALTIEL, H.: «Conduite à tenir devant une obesité». *Revue de Médecin*, 1976, 39, 2158-2163.
- SASSOLAS, G. y PELLET, J.: «Le psychisme des obèses». *Cahiers Méd. Lyonnais*, 1967, 4, 295-302.
- SCHILDER, P.: *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires. Paidós, 1977.
- SIMONIN, R.: «Psychopathologie des dyspondéroses». *L'Oeuvre Médical*, 1963, 7, 117-130.
- SIMONIN, R.: «L'obésité: Aspects métaboliques, psychologiques-thérapeutiques». *Revue. Lyonnais Mediter.*, 1972, 28, 2801-2832.
- SOLIGNAC, P.: «La parole et le corps». *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1976, 18, 305.
- SOULE, M.: «L'obésité chez l'enfant. Aspects psychosomatiques». *Cahiers Méd. Lyonnais*, 1965, 41, 1123-1128.
- STEELE, C. I.: «Obese adolescent girls: some diagnostic and treatment considerations». *Adolescence*, 1974, 33, 81-96.
- STEWART, D. K.: *Psicología de la comunicación*. Buenos Aires. Paidós, 1973.
- STUNKARD, A. J.: «Eating patterns and obesity». *Psychiatric Quarterly*, 1959, 33, 284-295.
- STUNKARD, A. J. y MAHONEY, M. J.: *Behavioral treatment of the eating disorders*. En H. Leitenberg: Handbook of behavior Modification and behavior therapy. New Jersey: Prentice-Hall, 1976.
- TORDJMAN, G.: *Cómo comprender las enfermedades psicósomáticas*. Barcelona: Granica, 1978.
- TREMOLIÈRES, J.: «Obesity as a global problem». *Proc. Nutr. Soc.*, 1973, 32, 169-174.
- TREMOLIÈRES, J.: «Les troubles alimentaires des adolescents». *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 1975, 23, 405-424.
- VEYLON, R.: «Le retentissement de l'alimentation de l'enfant sur son avenir». *Nowvelle Presse Médicale*, 1976, 5, 1863.
- WATZLAWICK, P. y HELMICK BEAVIN: *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Herder, 1981.
- WAYSFELD, B.: «La demande de la femme obèse». *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1976, 18, 305.
- WOOLEY, S. C.: «Physiologic versus cognitive factors in short term food regulation in the obese and nonobese». *Psychosomatic Medicine*, 1972, 1, 62-68.
- WULLIEMIER, F.: «El obeso y su médico». *Noticias Médicas*, 1979, 156, 3-9.
- YATES, A. J.: *Terapia del comportamiento*. México. Trillas, 1977.
- YOUNG, CH.: «Psychologic factors in weight control». *The American Journal of Clinical Nutrition*, 1957, 2, 186-191.

## Resumen

En este artículo, continuación de otro publicado con anterioridad, se revisan las aportaciones de la psicología en el estudio etiológico de la obesidad común. Al carácter estático y estructural de lo biológico es preciso añadir la dinamicidad de la perspectiva psicossocial. Al final, dentro de un encuadre biológico-psicológico-social, se intenta una explicación etiológica multifactorial de la obesidad.

## Summary

In this article, a continuation of another published earlier, the contributions of psychosociology in the study of etiology of normal obesity are revised. To the structural and aesthetic character of the biologist has to be added the dynamity of the psychosocial perspective. At the end, in a biological-psychosocial syntheses, a multifactorial explanation of obesity is attempted.

## Résumé

Dans cet article, suite d'un autre publié antérieurement, on passe revue les apports de la psychosociologie dans l'étude étiologique de l'obésité commune. Au caractère statique et structural de l'aspect biologique, il faut ajouter le dynamisme de la perspective psychosociale. Enfin, dans un cadre biologique-psychologique-social, on tente une explication étiologique multifactorielle de l'obésité.