

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

EL PSICÓLOGO EN EL ABORDAJE

MULTIDISCIPLINAR

DE LA OBESIDAD

Cristina Martín Reina

Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología.

Tutores: M.^a Concepción Cristina Ramos Pérez

Pablo García Medina

Curso 2018/2019

Facultad de Psicología y Logopedia

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Conceptualización de la obesidad	5
4. Concepto de Psiconutrición	7
5. Aspectos que trabaja el psicólogo	9
a. Imagen corporal	9
b. Ansiedad	11
c. Conducta de atracón	13
6. Conclusión	15
7. Bibliografía	17

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo presentar la obesidad como un estado psicopatológico que requiere la intervención de diversos profesionales de la salud para poder desarrollar un tratamiento óptimo que asegure resultados a largo plazo.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el fin de explicar todos aquellos factores que están asociados a la obesidad como pueden ser la gestión de las emociones, el entorno social o la situación económica, además de una conducta inadecuada alimentaria que puede ser causada por estos factores.

Además, se ha dado consideración a aquellos aspectos más concretos que se pueden trabajar desde el ámbito de la psicología, exponiendo la importancia y relación que mantienen con esta condición física.

Palabras clave: Obesidad, Psiconutrición, Imagen corporal, Ansiedad y Atracón.

ABSTRACT

This paper aims to present obesity as a psychopathological state that requires the intervention of various health professionals to develop an optimal treatment that ensures long-term results.

To this end, a bibliographical review has been carried out in order to explain all those factors that are associated with obesity, such as the management of emotions, the social environment or the economic situation, as well as inappropriate eating behaviour that can be caused by these factors.

In addition, importance has been given to those more specific aspects that can be worked from the field of psychology, exposing the importance and relationship they maintain with this physical condition.

Key – Word: Obesity, Psiconutrition, Body Image, Anxiety and Binge Eating.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una condición que, dependiendo de su gravedad, puede llevar a un estado psicopatológico. Es relativamente fácil encontrar estigmas sociales referidos no sólo al aspecto físico, sino también a aspectos de comportamiento, personalidad e incluso habilidades (Guzmán Saldaña, del Castillo Arreola, & García Meraz, 2010). Un ejemplo de dichos estigmas es la ridiculización que se ve a través del cine o el considerarlos como personas menos exitosas.

Esos mensajes negativos crean un sesgo anti-obesidad que se ve reflejado en los medios de comunicación, relaciones sociales, ámbito escolar y laboral (Schwartz & Brownell, 2004).

Los medios de comunicación son una vía que generan y alimentan factores de riesgo para los temas relacionados con el peso y las dietas. Esto se observa, por ejemplo, a través de anuncios publicitarios, redes sociales o televisión, donde se exponen “dietas milagro”, productos para bajar de peso, estereotipos de “cuerpos ideales”, etc. (Jáuregui Lobera, 2006). De la misma manera, en las industrias textiles existe una discriminación ya que, en determinadas marcas o tiendas, no hay variedad de tallas, lo que obliga a las personas con sobrepeso u obesidad a no vestir de una determinada manera.

Hay una predisposición a asociar delgadez con salud y los medios fomentan esta creencia con el objetivo de vender delgadez y no salud (Jáuregui Lobera, 2006). Esto influye de manera notoria en la población que tiene un patrón estricto de aceptación (Guzmán Saldaña et al., 2010) y la obesidad y sobrepeso quedan fuera de él.

Por otro lado, en la sociedad actual tenemos instaurada la cultura del comer como una costumbre típica ante cualquier interacción social: almuerzos, cenas, ir a “tomar algo”, etc. Incluso la forma de festejar algo, ya sean bodas, cumpleaños, navidades etc., es enfrentarse a cantidades exageradas de comida. Estas costumbres se van transmitiendo de generación en generación haciendo que los niños, desde muy pequeños, comiencen a tener esta relación con la comida (Guzmán Saldaña et al., 2010), olvidando la función principal que esta tiene, nutrirnos.

Según el estudio ENPE (Estudio Nutricional de la Población Española) en 2016 se estimó que el 39.3% de la población adulta en España tenía sobrepeso (IMC>25

kg/m²) y el 21.6% tenía obesidad. Por lo que, en conjunto, supone más de la mitad de la población adulta en España (Aranceta-Bartrina, Pérez-Rodrigo, Alberdi-Aresti, Ramos-Carrera, & Lázaro-Masedo, 2016).

Para poder prevenir esta enfermedad y mantener un adecuado control de peso, se ha visto la necesidad de cambiar el enfoque de los tratamientos para centrar la atención en lo que concierne a la salud y no al aspecto físico. De este modo se creará una relación positiva y saludable con el cuerpo (Bray, Slater, Lewis-Smith, Bird, & Sabey, 2018).

En esta misma línea, se comienza a ver la reducción de peso como un proceso continuo de cambios y no como un objetivo final. Algunos de los cambios que se van afrontando a lo largo de este proceso son: tener un estilo de vida menos sedentario, integrar el ejercicio físico, aceptación de la propia imagen corporal y un cambio de hábitos en la alimentación, lo que llevará a un incremento en la calidad de vida y una reducción de las posibilidades de padecer alguna enfermedad asociada (Villaseñor Bayardo, Ontiveros Esqueda, & Cárdenas Cibrián, 2006).

Se puede destacar que hay un concepto erróneo bastante extendido que es el creer que un hábito se puede cambiar con el mero hecho de proporcionar información, pasando por alto que puede estar fuertemente controlado por vías internas o externas. Esto ocurre no solo con obesidad, sino con diversas conductas inadecuadas como pueden ser el hábito tabáquico o conductas sexuales de riesgo (Baile, 2019).

El objetivo del trabajo presente es exponer la obesidad no solo como una característica corporal, sino como un trastorno de la alimentación que requiere tratamiento por parte de diversos profesionales. Además, se quiere presentar una visión compleja en la que hay multitud de factores que pueden estar implicados en el desarrollo de la obesidad para así acabar con la falsa creencia de que está causada simplemente por un superávit calórico.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA OBESIDAD

Desde el punto de vista de la multicausalidad, atendiendo a aspectos biológicos y psicosociales (Sánchez Arenas & Ruiz Martínez, 2015), la obesidad se define como un trastorno metabólico en el que hay un exceso de grasa corporal causado por diversos

factores y que puede llevar a desarrollar una serie de enfermedades (Pallaruelo Lanau, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2016, el 39% de la población adulta tenía sobrepeso y el 13% obesidad. En función a estos datos, se estima que hay más personas con obesidad que con un peso inferior al normal («Obesidad y sobrepeso», 2019).

Por lo general, para determinar si las personas se encuentran por encima o por debajo de su peso ideal, se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal), cuyo cálculo matemático es: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$. Según el resultado de este cálculo, se puede determinar entre qué intervalos te encuentras.

A pesar de esto, el IMC muchas veces no resulta fiable ya que no se tiene en cuenta el porcentaje de grasa que tiene el organismo. Por ello es mucho más fiable guiarse por los valores del índice de la grasa corporal, además, su fórmula es más compleja que la del IMC. El único inconveniente que presenta este porcentaje según Guzmán Saldaña et al., (2010) es “la carencia de un estándar universalmente aceptado sobre el contenido graso “correcto” en las diferentes etapas de vida de las personas”.

La obesidad afecta gravemente a la salud ya que supone un riesgo para el desarrollo de enfermedades como diabetes tipo II, cáncer o enfermedades cardiovasculares, entre otras. Resulta interesante saber que es la segunda causa de muerte evitable, estando en primera posición la causada por el tabaco (Guzmán Saldaña et al., 2010).

Por otra parte, el aumento de peso también trae consigo problemas como baja autoestima, ansiedad, trastornos alimentarios, discriminación social, etc. (Latzer & Stein, 2013; Puhl & Latner, 2007). A pesar de esto, se encuentran más investigaciones que estudian la relación entre obesidad y complicaciones médicas, que entre obesidad y problemas psicológicos (Ríos Martínez et al., 2008), aunque hay evidencias de que la salud mental y la reducción de la obesidad están claramente relacionadas (Jorm et al., 2003). Por esta razón, el tratamiento psicológico debe recibir la importancia que merece.

Hay estudios que demuestran que, para conseguir una mayor reducción del peso corporal, las técnicas cognitivo-conductuales son más efectivas que las intervenciones

basadas en la mera proporción de información (Alvarado Sánchez & Guzmán Benavides, 2005). En esta línea, hay que tener en cuenta que, por lo general, las personas con obesidad subestiman su ingesta calórica real (Villaseñor Bayardo et al., 2006), es por esto por lo que, los controles sobre sus comidas deben ser más minuciosos con registros diarios (Seijas Buschiazzo, 1997).

En cuanto a los factores genéticos hereditarios de esta enfermedad, según investigaciones, la genética materna contribuye en un 50% y la paterna en un 38% (Ball & Crawford, 2006), predisponiendo a la acumulación de grasa, la dispar distribución de esta e, incluso, factores conductuales que favorezcan el aumento de peso (Bersh, 2006).

Otro aspecto para destacar es la relación que se encuentra con la población con escasos recursos económicos. Por un lado, se relata que dicha población no está tan expuesta como las clases altas a los cánones de belleza de cuerpos delgados. Al haber más amas de casa, estas adquieren un típico “rol materno” lejos de los ideales impuestos por la sociedad (Guzmán Saldaña et al., 2010).

Por otro lado, los alimentos que más consumen, este tipo de poblaciones, son aquellos que proporcionan saciedad y energía rápidamente, siendo estos los hidratos de carbono, grasas y azúcares, que, además, son los que menos coste económico tienen. De esta manera, los alimentos saludables quedan en un segundo plano (Álvarez-Dongo, Sánchez-Abanto, Gómez-Guizado, & Tarqui-Mamani, 2014). Más adelante se volverá a mencionar este aspecto.

CONCEPTO DE PSICONUTRICIÓN

La Psiconutrición es un enfoque de trabajo multidisciplinar en el que están implicados nutricionistas, entrenadores, y con especial preocupación por el factor psicológico. Con lo que toma protagonismo la figura del psicólogo.

Este enfoque ha surgido por la necesidad de tener que llegar al origen de los problemas de alimentación y afrontarlos de la mejor manera posible. Comienzan así a tomar relevancia conceptos como “comer emocional”, “imagen corporal”, “ansiedad”, etc. Algunos de estos aspectos se tratarán más adelante en el presente trabajo.

Se parte de la idea que una mala alimentación puede ser provocada por una mala gestión de las emociones y la conducta. El papel del psicólogo en este aspecto es

fundamental para un correcto desarrollo en la intervención. Así mismo, junto con nutricionistas y entrenadores, podrán ser capaces de abordar el problema trabajando en un cambio de hábitos, asegurándose que los resultados se mantengan a largo plazo (Herrero Martín, 2017). De esta manera se tiene en cuenta que el ser humano es un ser bio-psico-social (Silvestri & Stavile, 2005).

En este enfoque se trabajan las variables cognitivas, afectivas y ambientales. Por ello, es necesario realizar un estudio exhaustivo, antes de comenzar la intervención, donde se analicen las creencias que tiene acerca de la alimentación, obesidad o salud; el manejo de las emociones y cómo se relacionan estas emociones con su comportamiento alimentario; y el entorno del usuario, teniendo en cuenta el ambiente laboral, familiar, red de amigos, hábitos, etc. (Guzmán Saldaña et al., 2010).

Según Bersh (2006), “los factores conductuales y de estilo de vida son determinantes tanto de causa del problema como del éxito del tratamiento”. En consonancia con estas líneas, y con lo ya mencionado, se encuentran estudios que demuestran cómo influyen estos factores en nuestro comportamiento alimentario.

El estudio “enKid” realizado en España, demostró que hay diferencias entre los alimentos consumidos por las clases sociales altas y bajas. Por un lado, las clases con más recursos económicos consumían más alimentos como verduras, frutas, queso o carnes; mientras que las clases con menos recursos económicos consumían más embutidos, hidratos o alcohol (Guzmán Saldaña et al., 2010).

Cabe destacar la importancia de trabajar los factores psicológicos implicados en la producción y mantenimiento de la obesidad, ya que estos son los responsables del “descontrol” a la hora de comer. Por ello, una intervención adecuada en la que en un primer momento se trabaje la motivación para fomentar el compromiso del usuario con el tratamiento, será un predictor de una reducción de peso adecuada y un mantenimiento de este a largo plazo (Guzmán Saldaña et al., 2010).

La terapia conductual es muy utilizada en este ámbito. Se centra en la modificación de hábitos de alimentación y del nivel de actividad física (Fairburn & Brownell, 2005). Además, se trabaja la alimentación saludable, balanceada y flexible (Bersh, 2006). En función a esto, los niveles de ansiedad se reducen notablemente ya que, a pesar de que habrá una reducción de grasas y un cambio en el tipo de hidratos que se consuman, se eliminará el concepto de “alimentos prohibidos”.

Según Bersh (2006), algunas estrategias utilizadas durante el tratamiento son el automonitoreo y el control de estímulos. En cuanto al automonitoreo, la persona a tratar debe realizar registros detallados sobre el momento en el que come: qué come, velocidad, cómo se siente, dónde se encuentra, con quién, ha ocurrido algo durante el día, etc. De esta manera se podrán valorar los factores asociados a su conducta alimentaria.

Atendiendo al control de estímulos, para evitar la ingesta excesiva desencadenada por aspectos externos a la persona, se trata de controlar la exposición a dichos estímulos externos y cómo reaccionar frente a ellos.

Existen muchas investigaciones que intentan demostrar la efectividad de las dietas hipocalóricas reforzadas con el ejercicio físico. Sin embargo, lo cierto es que los resultados no se mantienen a largo plazo. Casi el 90% de las personas sometidas a este tipo de intervención, recuperan el peso e, incluso, lo superan (Silvestri & Stavile, 2005).

De este modo, queda reflejado que la implantación de programas con carácter multidisciplinar hace que se alcancen de manera satisfactoria los objetivos que se proponen (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez, & Vidal, 1997).

ASPECTOS QUE TRABAJA EL PSICÓLOGO

Los aspectos de mayor relevancia vista la bibliografía, en los que insiste más el psicólogo son:

Imagen corporal

La imagen corporal, según Sánchez Arenas & Ruiz Martínez (2015): “es una representación mental del cuerpo en función de la conciencia de cada persona, es decir, la autoimagen es aquello que el individuo piensa de sí mismo y cómo se percibe físicamente”.

También podemos encontrar más autores que definen este concepto como es el caso de Schilder (1935), que la define como “*la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta*” (representa). Este es un aspecto clave en la formación del autoconcepto y autoestima en menores.

Está conformada por elementos perceptivos, subjetivos y conductuales (Raich, 2000); los cuales pueden cambiar en función de la edad y los estándares socioculturales de cada momento. Siendo estos estándares los que se erigen en modelo dominante y nos ayudan a comprender el por qué de la insatisfacción corporal (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Esta da lugar a unas ansias por intentar modificar el cuerpo, lo que puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria (Sánchez Arenas & Ruiz Martínez, 2015).

Según Zukerfeld (2002), la imagen corporal se realiza a nivel de tres registros:

1. **Forma:** percepciones conscientes relacionadas con el tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones, ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, que son detectables a través de los sentidos.

Con respecto a estos componentes, las personas con obesidad presentan una imagen distorsionada en relación al tamaño corporal, tendiendo a la subestimación, por la que el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales, presentándose insatisfechas y preocupadas por su apariencia.

2. **Contenido:** percepciones interoceptivas o propioceptivas, cinestésicas, habitualmente preconscientes y relacionadas con las necesidades (hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc.).

En función a esta dimensión, se encuentran con dificultades a la hora de percibir, discriminar y nominar las sensaciones interoceptivas y sentimientos, especialmente los basados en hambre y saciedad. Este fenómeno es debido a que el alimento puede adquirir un valor peligroso y atractivo, produciendo tensiones endosomáticas o psicobiológicas, como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas.

3. **Significado:** concepto de cuerpo erótico que incluye representaciones inconscientes del deseo, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear vínculos personales.

En una sociedad preocupada en exceso por la apariencia física, las personas con obesidad son consideradas físicamente menos atractivas, carentes de voluntad y conducta, lo que les puede llevar a desarrollar una imagen corporal negativa.

Pallares y Baile (2012), en una de sus investigaciones, estudiaron la tendencia a identificarse con un tipo de cuerpo u otro. Se les presentó a niños con obesidad o sobrepeso una serie de figuras con distintas complejidades y se debían identificar con

una de ellas. Además, asignaron un conjunto de adjetivos positivos a las figuras con normopeso e infrapeso, y adjetivos negativos a las figuras con sobrepeso u obesidad. Encontraron que el 94% de los niños participantes, se identificó con una figura más delgada a su complexión real, ubicándose en el rango de normopeso y evitando así identificarse con los adjetivos negativos. De esta manera, al no estar aceptando su problema de peso, llevará a una falta de resolución de este mismo.

Estudios similares compararon personas con anorexia nerviosa, obesidad y sujetos de control en normopeso. Las personas con anorexia nerviosa sobreestimaron su tamaño corporal; las que tenían obesidad lo subestimaron; y los sujetos de control fueron precisos en su estimación (Bell, Kirkpatrick, & Rinn, 1986).

Bruch (1973) fue la primera investigadora que propuso el concepto de distorsión de la imagen corporal, estando relacionado actualmente con la mayoría de los trastornos alimentarios (Guzmán Saldaña et al., 2010). Este aspecto resalta la idea de que nuestra apariencia física real no coincide con nuestra percepción, de ahí la importancia de crear una valoración y un autoconcepto positivo.

El cuerpo considerado como “perfecto” en la cultura actual está caracterizado por una figura esbelta que está al alcance de muy pocos. No poder conseguir este ideal causa frustración y hace que se generen estrategias y conductas de riesgo para modificar el cuerpo. Un ejemplo de ello son las dietas mal realizadas sin la supervisión de un profesional (Bersh, 2006).

Ansiedad

Según Shearer & Gordon (2006) y Westenbergh & Liebowitz (2004), la ansiedad es un mecanismo natural que, ante un peligro o amenaza, hace que se manifiesten reacciones físicas o psicológicas debido a la percepción de riesgo externo o interno que se ha tenido, e incluso puede ser causado por miedo subjetivo o inconsciente.

Se hallan diversos estudios que demuestran la relación entre ansiedad y pacientes con obesidad, encontrando niveles más altos en las mujeres que en los hombres (Ríos Martínez et al., 2008).

Atendiendo a este aspecto, también se ha demostrado que la reducción del nerviosismo y la ansiedad en mujeres mejora las relaciones e interacciones sociales y favorece la pérdida de peso (Laederach-Hofmann, Kupferschmid, & Mussgay, 2002).

Karlsson, Taft, Sjöström, Torgerson, & Sullivan (2003), evidencian dichas mejoras a través de un tratamiento psicosocial antes y después de que se produzca la reducción de peso. Esto provoca, además, un adecuado funcionamiento de los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

Según Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & González Martínez (2013), la presencia de síntomas de ansiedad también está asociado a factores como la disfuncionalidad familiar o la falta de apoyo de amigos. Como se ha comentado anteriormente, el entorno de la persona que se somete a un tratamiento es muy importante para el correcto desarrollo de este. Por ello, suponiendo el caso de un sujeto que decide someterse a una intervención basada en un cambio de hábitos y pérdida de peso, no recibir apoyo o ayuda por parte de sus familiares y amigos supondrá un factor de riesgo para la evolución de este tratamiento.

Por otra parte, también puede ser un factor de riesgo los cambios que surgen en el cuerpo a lo largo de la adolescencia y el impacto social y cultural al que se enfrentan debido a los cánones de belleza establecido y al momento vital en el que se encuentran (Small & Aplasca, 2016).

La ansiedad puede generar respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales. En las fisiológicas están aquellas manifestaciones corporales como pueden ser los problemas digestivos, acné o eczemas, entre otros. En las respuestas cognitivo-conductuales podemos encontrar diversas psicopatologías entre las que destacan los trastornos del comportamiento alimentario (Torres-Mendoza & Valdivia-Hernández, 2009).

Otro aspecto que puede derivar en un TCA es que las personas con obesidad suelen confundir la ansiedad con el hambre, por ello, al sentirse ansiosas, el acto de comer hace que se reduzcan estos niveles pero que incremente la probabilidad de aumentar de peso (Bruch, 1973). A esto hay que añadir que, masticar los alimentos y todo lo que ello implica (desgarrar, triturar), es un proceso que también favorece la reducción de la ansiedad, ya que supone un gasto de energía (Guzmán Saldaña et al., 2010).

En consonancia con lo anterior, cabe destacar que la ansiedad generalizada es la que más se relaciona con la obesidad. Esta se caracteriza por una preocupación continua y extrema sobre aspectos de la vida cotidiana, aunque no haya razón para dicha preocupación. A pesar de que es continua, los niveles a los que se encuentra no son muy elevados, debido a esto, el acto de comer hace que desciendan de manera importante (Guzmán Saldaña et al., 2010).

Conducta de atracón

La conducta de atracón puede ser considerada un trastorno con falta de control. Los criterios diagnósticos para el Trastorno de atracones según el manual diagnóstico DSM-V (APA, 2014) son:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3. Comer grandes cantidades de alimento cuando no se tiene hambre físicamente.
 - 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como el de la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia.

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación).

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Stunkard, en 1959 fue quien identificó por primera vez la presencia de atracones en personas con obesidad. Lo describió como “consumos episódicos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico)” (Guzmán Saldaña et al., 2010).

Investigaciones que comparan obesos con TA y sin TA muestran que el peso de los obesos con TA suele ser mayor que el de los obesos sin el trastorno. Una de las causas que puede explicar este problema es que aquellos que padecen el trastorno por atracón consumen más alimentos grasos que proteicos (Silvestri & Stavile, 2005).

Por otra parte, otro estudio comparativo informa de un nivel significativamente mayor de malestar general en paciente con TA y obesidad (Escandón-Nagel, Però, Grau, Soriano, & Feixas, 2018). Además, Leehr et al (2015) observaron que estas personas recurren más frecuentemente a la comida frente a emociones negativas que sus homólogos.

Resulta curioso que los especialistas en TCA no estén acostumbrados a tratar con pacientes obesos, cuando gran parte de las personas que padecen trastorno por atracón presentan, a su vez, obesidad. Ocurre lo mismo con los especialistas en obesidad. Cuando se encuentran con un trastorno por atracón asociado a la patología, derivan a los servicios de psiquiatría. En este aspecto se ve reflejada la carencia de un enfoque multidisciplinar que aseguraría mejores resultados (Sánchez Planell y Fernández-Valdés Marí, 2002).

Se plantea una teoría sobre la restricción dietética en la que se señala que aquellas personas que limiten su ingestión para controlar el peso, lo único que conseguirán será una sobreingesta cuando acabe esta restricción, teniendo un aporte calórico mucho mayor que el que se hubiese tenido con una dieta adecuada (Poliyy y Herman, 1985).

Para el tratamiento del TA se utiliza la terapia cognitivo conductual cuyos objetivos principales son: “eliminar los atracones mediante el establecimiento de una pauta alimentaria estable, afrontamiento de los desencadenantes del atracón y reducir la evitación de “alimentos prohibidos” por el propio paciente”. Se da importancia a la implantación de hábitos saludables que favorezca la normalización de la ingestión y la autoaceptación, además de mejorar el estado de salud (Sánchez Planell y Fernández-Valdés Marí, 2002).

CONCLUSIÓN

El presente trabajo pone de manifiesto la existencia de una multitud de factores, tanto internos como externos, que pueden estar relacionados con el desarrollo de la obesidad. Además, justifica la importancia que supone llevar a cabo un trabajo multidisciplinar en el que haya una correcta comunicación entre profesionales donde puedan delegar entre ellos las tareas que corresponden a cada uno.

Esto queda demostrado a través de los resultados obtenidos en diversos estudios, expuestos en este trabajo, en los que se concluye que esta forma de trabajo es la que más asegura una correcta reducción de peso y un mantenimiento de los resultados a largo plazo.

A lo largo de la intervención es importante no centrar la atención de la persona en el peso, sino que sus resultados puedan ser medidos mediante otros parámetros más cualitativos. Estos pueden ser: el nivel de conocimientos adquiridos en cuanto a nutrición y su aplicación práctica, aumento de energía, reducción de ansiedad, interés por llevar una vida saludable, etc. A pesar de ello, el peso es un factor a tener en cuenta y a trabajar para evitar la obsesión del paciente con este.

También se puede concluir que existe una asociación entre los niveles altos de ansiedad y la obesidad. Por lo que, un adecuado manejo de esta sería crucial para tener una mejor tolerancia al tratamiento, así como una mejor adherencia y permanencia.

En lo que se refiere a los patrones estéticos marcados por la sociedad, cabe destacar el impacto que estos tienen en la población adolescente. El poder de las redes sociales puede suponer un arma de doble filo. Por un lado, estar expuestos a la presión mediática por conseguir un cuerpo “ideal” puede desembocar en el desarrollo de trastornos de la alimentación y en una posible distorsión de la imagen corporal. Sin embargo, un adecuado uso de estas redes puede ser beneficioso ya que existen movimientos “body positive” que defienden y normalizan todo tipo de cuerpos.

En cuanto a la presencia de atracones, es necesario incluir en el tratamiento algún apartado en el que se trabaje la reeducación alimentaria. De este modo se podrían evitar las dietas restrictivas a las que se someten y que generan una falta de control de impulsos que puede desembocar en la sobreingesta.

Finalmente, hemos de destacar que a pesar de todas las investigaciones que demuestran la relación entre psicología, nutrición y otras áreas con respecto al tratamiento de la obesidad, en líneas generales, sigue habiendo una tendencia a abarcar el tema desde una sola disciplina. Esto se puede observar por la falta de derivación a otros profesionales, tanto en la sanidad pública como en la privada, o la escasez de centros especializados que ofrezcan estos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado Sánchez, A. M., & Guzmán Benavides, E. (2005). *Obesity: low self-esteem? Psychological intervention in obese patients*. *10*(2), 13.
- Álvarez-Dongo, D., Sánchez-Abanto, J., Gómez-Guizado, G., & Tarqui-Mamani, C. (2014). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *29*(3). (<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2012.293.362>; consultado: 1/4/2019)
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., & Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Revista Española de Cardiología*, *69*(06), 579-587. (<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.010>; consultado: 9/3/2019)
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *42*(2), 173-181.
- Baile, J. I. (2019). Why we are not we effective in the treatment of obesity? The necessary contribution of psychology. *Medicina Clínica (English Edition)*, *152*(2), 72-74. (<https://doi.org/10.1016/j.medcle.2018.06.007> consultado: 1/3/2019).
- Ball, K., & Crawford, D. (2006). An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *International Journal of Obesity*, *30*(8), 1240-1249. (<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803267> consultado: 9/3/2019).
- Bell, C., Kirkpatrick, S. W., & Rinn, R. C. (1986). Body image of anorexic, obese, and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, *42*, 431–439.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (4), 11.

- Bray, I., Slater, A., Lewis-Smith, H., Bird, E., & Sabey, A. (2018). Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. *Preventive Medicine, 116*, 219-221. (<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.08.011>; consultado: 1/3/2019).
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). *Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. 1(1)*, 17.
- Escandón-Nagel, N., Peró, M., Grau, A., Soriano, J., & Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18(1)*, 52-59. (<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003>; consultado: 18/4/2019)
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (2005). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Guilford Press.
- Guzmán Saldaña, R. M. E. G., del Castillo Arreola, A., & García Meraz, M. (2010). *Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad*. Recuperado de https://www.academia.edu/3757974/Factores_psicosociales_asociados_al_paciente_con_obesidad
- Herrero Martín, G. (2017). *10 de noviembre de 2017 | MESA REDONDA Entorno alimentario como condicionante de la elección de alimentos Ponencia. 2*.
- Jáuregui Lobera, I. (2006). *Instituto de ciencias de la conducta de sevilla. 27*.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B., & Parslow, R. A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 27(4)*, 434-440. (<https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00423.x>; consultado: 4/4/2019)
- Karlsson, J., Taft, C., Sjöström, L., Torgerson, J. S., & Sullivan, M. (2003). Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of*

- the International Association for the Study of Obesity*, 27(5), 617-630. (<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802272>; consultado: 15/5/2019)
- Laederach-Hofmann, K., Kupferschmid, S., & Mussgay, L. (2002). Links between body mass index, total body fat, cholesterol, high-density lipoprotein, and insulin sensitivity in patients with obesity related to depression, anger, and anxiety. *The International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 58-71. (<https://doi.org/10.1002/eat.10063>; consultado: 18/4/2019)
- Latzer, Y., & Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1, 7. (<https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-7>; consultado: 18/4/2019)
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134 (doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.008; consultado: 15/5/2019).
- Obesidad y sobrepeso. (2019). Recuperado 1 de junio de 2019, de Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pallares, N. J. & Baile, A. J. (2012). Estudios de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia, Avances de la Disciplina*, 6(2), 13-21.
- Pallaruelo Lanau, S. (2012). *Prevención y educación en obesidad infantil*. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/5683>
- Polivy J, Herman CP (1985). Dieting and binging: a causal analysis. *American Journal Psychology*, 40:193-201.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580. (<https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>; consultado: 4/4/2019).
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Ríos Martínez, B. P., Rangel Rodríguez, G. A., Alvarez Cordero, R., Castillo González, F. A., Ramírez Wiella, G., Pantoja Millán, J. P. P., ... Ruiz Ochoa, K. (2008).

- Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.
- Sánchez Arenas, J. J., & Ruiz Martínez, A. O. (2015). Relationship between self-esteem and body image in children with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 38-44. (<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>; consultado: 4/4/2019)
- Sánchez Planell, L. & Fernández-Valdés Marí, R. (2002). *Trastorno por atracón y obesidad*. mayo 31, 2019, de Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Servicio de Psiquiatría. Sitio web: (http://www.centregaudi.com/down/transtorno_obesidad.pdf; consultado: 1/4/2019)
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Oxford, England: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.p. 64-67
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56. ([https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X); consultado: 12/3/2019)
- Seijas Buschiazzo, D. (1997). *Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos*. 26.
- Shearer, S., & Gordon, L. (2006). The Patient with Excessive Worry. *American Family Physician*, 73(6), 1049-1056.
- Silvestri, E., & Stavile, A. E. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad*. 37.
- Small, L., & Aplasca, A. (2016). Child obesity and mental health: A complex interaction. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25, 269-282. ([http:// dx.doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.008](http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.008); Consultado 3/5/19).
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. (<https://doi.org/10.1037/10312-000>; consultado: 12/3/2019)
- Torres-Mendoza, B. M., & Valdivia-Hernández, N. (2009). *Asociación entre ansiedad y obesidad*. 10.
- Villaseñor Bayardo, S. J., Ontiveros Esqueda, C., & Cárdenas Cibrián, K. V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, VIII (2), 86-90.
- Westenberg, H. G. M., & Liebowitz, M. R. (2004). Overview of panic and social anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 14, 22-26.

Zukerfeld, Rubén. (2002). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, N° 300. Agosto 2002.