

CARACTEROLOGIA DEL OBESO

T. Pujol Sansó

INTRODUCCION

Con indudable sutileza, **Marañón** (1972) se refería a que la forma más común de dividir las personas es en gordos y flacos, esto se debe a que, quizás sin habernos dado cuenta, estos conceptos incluyen otros muchos como herencia, costumbres, carácter, sensibilidad e inteligencia. En definitiva, la gordura-delgadez es más clasificatoria que alto-bajo, cristiano-musulmán, o español-alemán; el ser gordo no es un hecho banal.

Desde muchos siglos atrás se ha intentado relacionar la morfología y el espíritu. Precisamente la fisiognomía ha pretendido diferenciar caracteres a partir del concepto volumétrico. De esta manera ya es clásica la clasificación de Kretschmer:

- Tipo pícnico: Se refiere al tipo gordo, de carácter ciclotímico, maníaco-depresivo.
- Tipo leptosómico o asténico: El flaco débil con carácter esquizotímico.
- Tipo atlético: Que representa al flaco fuerte.

Esta clasificación, igual que muchas otras que detallaremos, no es un fiel reflejo de la realidad, todo lo más una aproximación que puede resultar útil en determinados momentos. Es necesario precisar ante todo que no existe una obesidad, sino que cada obesidad es un caso particular. Como señala **Trémolières** (1975, p. 406): "*Chaque obèse a sa forme d'obésité mais elle est toujours faite de plusieurs composantes*".

A pesar, como hemos dicho, del interés de ciertas clasificaciones para el diagnóstico y tratamiento, e incluso de las que puedan aparecer en los próximos años, no se

debe olvidar la "singularidad" del obeso. El "etiquetamiento" es un medio de aproximación, pero jamás el objetivo del psicólogo clínico que ante todo persigue el estudio profundo de sujetos particulares cuya individualidad es reconocida y respetada.

LA PERSONALIDAD DEL OBESO: ASPECTOS PSICOPATOLOGICOS

Han sido muchas las investigaciones destinadas a detallar los rasgos característicos de la persona obesa, sin embargo, los resultados no han sido demasiado alentadores. En lo que coinciden la gran mayoría de estudiosos es en encontrar un porcentaje mayor de trastornos psicopatológicos.

De esta manera, Laxenaire (1975) y García (1978) señalan una serie de características bastante comunes del obeso: pobreza imaginativa, pobreza de expresión y dificultad de verbalización, ansiedad, inmadurez afectiva, dificultades sexuales de diverso tipo y trastornos del esquema corporal.

Desde la perspectiva nosológica García (1978) presenta los siguientes resultados obtenidos con 60 pacientes obesos:

- Angustia: 9 casos con gran angustia; 25 con angustia controlada y 21 sin angustia.
- Depresión: 8 casos con depresión evidente y en 20 discreta.
- Fobia: Se encontró en 6 casos.
- Obsesión: En un total de 8 casos y bajo síntomas distintos.
- Hipocondriasis: En 8 casos.
- Psicosis: Se encuentra en muy pocos casos.

Por su parte, Laxenaire (1975) sobre 100 protocolos de obesos en consulta externa y hospitalización da los siguientes resultados:

- Neurosis de histeria: 3 casos.
- Estructuras histéricas: 7 casos.
- Neurosis obsesivas: 2 casos.
- Neurosis fóbicas: 5 casos.
- Psicopatías: 2 casos.
- Neurosis de angustia: 10 casos.
- Psicosis maníaco-depresiva: 2 casos.
- Esquizofrenia: 2 casos.
- Psicosis con alucinaciones crónicas: 1 caso.

Diversos estudios estadísticos mediante tests nos completan la información. Así Zuczek (citado por Simonin, 1963) que aplicó diversas pruebas, entre ellas el M.M.P.I. y el T.A.T., a 300 obesos encontró:

-Por una parte unas características comunes: dan énfasis a su fortaleza psicológica, su normalidad, negación de toda debilidad, actitud que corresponde a la negación de la imagen corporal.

-En cuanto al T.A.T. encontró que tienen tendencia a utilizar términos simples, superficiales y muy convencionales.

-Mediante el M.M.P.I. distinguieron cuatro grupos:

- 1) Grupo con tendencia a interiorizar: son sujetos neuróticos que usan múltiples mecanismos de defensa, compulsivos, obsesivos, fóbicos o histéricos; gran ansiedad con tendencia a la depresión y a sentirse insatisfechos. Aquí es frecuente la obesidad elevada.
- 2) Grupo con tendencia a exteriorizar: que lucha contra su ansiedad por su represión y negación buscando la causa en los problemas externos, sin toma de conciencia. Se trata de obesos medios.
- 3) Grupo con tendencia esquizoide: que se caracteriza por su actitud replegada en su soledad, fuera del medio familiar y social.
- 4) Grupo con tendencias somatizantes: que desplazan la ansiedad hacia el cuerpo, con múltiples preocupaciones psicosomáticas.

Abram (1976) usando una amplia batería de tests (W.I.S.C., M.M.P.I., etc.) con 34 sujetos obesos de edades comprendidas entre 16 y 63 años, encontró un 24 % de sujetos con problemas psiquiátricos de diversos tipos.

Existen también muchos estudios que comparan los sujetos obesos con los no obesos. Así Karp y Pardes (1965) aplicaron tres pruebas: el Rodand-Frame Test (R.F.T.), el Body Adjustment Test y el Embedded Figures Test, a dos grupos de mujeres. El primer grupo era de 34 mujeres obesas voluntarias con un exceso de peso comprendido entre el 24 y el 134 %, con edades comprendidas entre 15 y 56 años; el otro grupo, era de 34 mujeres no obesas con características similares a las anteriores. Obtuvieron resultados significativos especialmente en las relaciones de dependencia.

Held y Snow (1972) aplicaron distintos tests, entre ellos el M.M.P.I., a dos grupos de adolescentes, 46 mujeres obesas con exceso superior al 20 % y edades comprendidas entre 14 y 19 años, y otro grupo de 23 mujeres no obesas. Del M.M.P.I. se aplicaron las tres escalas de validez, las diez clínicas y las escalas Es (fuerza del yo), A (ansiedad) y R (represión). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cinco escalas clínicas: D (depresión), Pd (desviación psicopática), Pa (paranoia), Pt (psicastenia) y Sc (esquizofrenia).

Pliner y otros (1974) demostraron que los sujetos obesos responden con mayor fuerza a los estímulos afectivos positivos.

Karpowitz (1975) estudiando dos grupos de adolescentes, obesos y no obesos respectivamente, encontró mayores problemas psicológicos en los sujetos obesos.

Por último queremos señalar que en nuestra práctica clínica hemos encontrado unos resultados similares a los que hemos señalado.

TIPOLOGIA DEL OBESO

Aquí nos referiremos a los distintos intentos de sistematizar y agrupar a los obesos. Del gran número de tipologías que hemos revisado vamos a presentar las que a nuestro juicio y el de las fuentes bibliográficas consultadas, tienen mayor validez. Las agruparemos según las premisas que los autores han elegido para la clasificación.

Según el punto de vista de la naturaleza de la demanda

Waysfeld y otros (1976) atendiendo a las diferencias de la demanda que implican actitudes terapéuticas diferentes, distinguen dos estructuras de personalidad básicas: la neurótica y la psicósomática.

—La personalidad neurótica: son sujetos caracterizados por ingerir una cantidad elevada de calorías, con presencia de alteraciones cualitativas del comportamiento alimenticio (bulimia). Estos pacientes suelen venir a la consulta en la fase de obesidad dinámica.

—La personalidad psicósomática: son sujetos caracterizados por ingerir una cantidad de calorías normal o baja, sin presentar alteraciones del comportamiento alimenticio. Generalmente vienen a consultar en la fase de obesidad estática.

Según el punto de vista del estado emocional

Sassolas y Pellet (1967) distinguen tres grupos bien diferenciados:

—Un grupo francamente patológico con labilidad emocional y tendencia a la depresión. Mantienen gran dependencia con el terapeuta.

—Un segundo grupo que niega o no acepta un problema afectivo o aspectos angustiosos. Sin embargo presenta cierta fragilidad. Suelen resolver su ansiedad de manera adaptada y son más accesibles a las exigencias terapéuticas.

—Y, por último, un tercer grupo que no parece presentar problemas emocionales. Aquí pueden diferenciarse dos subgrupos, el de obesos satisfechos, indulgentes y generosos; y el de obesos insatisfechos y agresivos.

Desde este mismo punto de vista y con un enfoque más amplio cabe señalar la clasificación de García y otros (1978) que se basan en las dominancias afectivas. Así distinguen tres grandes grupos:

—Un primer grupo bajo el dominio de la inmadurez en la expresión emocional y el control. Dificultades en el contacto con los demás, sugestionables, necesitan gran cuidado, atención y control. Presentan una fuerte demanda de alimentos (trastornos alimenticios) y suelen tener buenos resultados en el tratamiento.

—Un segundo grupo con características psicósomáticas, de gran inhibición afectiva y dificultades en la simbolización de sus problemas. No suelen presentar trastornos alimenticios y tienen grandes dificultades para adelgazar.

—Por último, un tercer grupo de individuos que parecen tener un potencial afectivo rico y concienciación profunda de sus problemas. El tratamiento suele ser satisfactorio por su extremada resistencia a la frustración.

Según el punto de vista del éxito en el tratamiento

Young, Berresford y Moore (citado por Simonin y otros, 1963) después de estudiar un grupo de 50 obesos hicieron la siguiente clasificación según los éxitos en el tratamiento:

—Grupo 1: Sujetos estables con pocos problemas emocionales. Buenos resultados en el tratamiento.

—Grupo 2: Sujetos con cierto grado de tensión, ansiedad o inseguridad. Los resultados en el tratamiento son irregulares y dependen mucho de su capacidad para resolver la ansiedad y de su motivación para adelgazar.

—Grupo 3: Sujetos con problemas emocionales profundos. Los éxitos en el tratamiento son ínfimos y además se acompañan de un aumento de la inestabilidad emocional.

Según el punto de vista del comportamiento alimenticio

Son muchas las clasificaciones que se pueden citar aquí, revisaremos las cuatro de mayor interés.

Trémolières (1973; 1975) presenta seis tipos básicos:

—Las personas constitucionalmente obesas debido a razones familiares, a fuertes tensiones o debido a una baja nutrición en la infancia.

—Las obesidades psicógenas que se presentan sobre dos aspectos principales:

a) Sujetos que engordan sin aumentar sus ingestiones bajo la sola influencia de la emoción.

b) Sujetos que la ingestión es desmesurada, en forma de bulimia, que surge ante la angustia y la fatiga.

—Los grandes comedores.

—Los que tiene trastornos más o menos importantes del esquema corporal.

—Las formas médicas, resultado de desórdenes endocrinos o obesidades complicadas.

—Por último cabe señalar un grupo, en general chicas jóvenes, que sin estar gruesas quieren adelgazar para seguir un patrón dictado por la época.

Otra clasificación que pone todavía más el acento en el comportamiento alimenticio es la de Stunkard (1959), que distingue tres modelos básicos:

—“The night eating syndrom”: Son sujetos caracterizados por una cierta anorexia por la mañana e hiperfagia por la tarde. Suelen presentar cierto grado de insomnio y ocurre en períodos de vida conflictivos.

—“Eating binge”: Tal alimentación tiene un sentido orgiástico, suelen consumir gran cantidad de comida en períodos breves de tiempo. Suele ocurrir también en momentos de tensión psíquica.

—“Comer-sin-saciarse”: Que se caracteriza por la dificultad en poder parar de comer, suele presentarse periódicamente y en cualquier momento del día. No suele tener relación con estados emocionales.

Aimez y otros (1972) señalan la necesidad de responder a dos cuestiones principales: ¿El comportamiento alimenticio del obeso es cualitativa o cuantitativamente diferente al del no obeso?, y en caso afirmativo, ¿esto se debe a un fallo en las estructuras y mecanismos del control alimenticio? Estas cuestiones son difíciles de responder, el comportamiento alimenticio del obeso es poco conocido. Las encuestas realizadas no pueden considerarse excesivamente válidas y esto por muchas razones: falseamiento, variedad, resulta difícil analizar la alimentación de años pasados, y sobre,

todo, existen grandes diferencias entre los mismos obesos. De todas maneras distingan cuatro grupos según el patrón alimenticio:

—Las hiperfagias: Que corresponden a la absorción de enormes cantidades de comida, excediendo manifiestamente las necesidades energéticas. La totalidad de hiperfagias tienen carácter neurológico, psiquiátrico, emocional o sociológico. Veamos:

- a) Neurológico: Hiperfagia que se acompaña de signos clínicos, radiológicos y endocrinos (lesiones hipotalámicas, tumorales, traumáticas, meningoencefálicas, etc.).
- b) Psiquiátrico: Las causas son evidentes, demencias, psicosis disociativas, oligofrenias y neurosis severas, en especial de angustia.
- c) Emocional: Hiperfagia asociada a un shock emotivo grave, a un traumatismo afectivo, a una situación existencial insoluble. En el caso de la mujer se refiere muchas veces a un episodio conflictivo de la vida genital (pubertad, matrimonio, embarazo, menopausia, etc.).
- d) Sociológico: Existe un contexto familiar (hábitos), o social (fiestas, etc.), que incitan al consumo exagerado.

—Las compulsiones alimenticias: Se caracterizan por una impulsión repetida e irresistible a comer. Suelen sobrevenir al final del trabajo o por la noche (“night eating syndrome”). No siempre se acompañan de hambre y suelen elegirse hidratos de carbono. Se observa en sujetos muy ansiosos que han recibido una educación a la vez autoritaria y frustrante.

—“Grignotages” (comer a todas horas): Se caracterizan por la toma de pequeñas cantidades de comida casi todo el día. Se observa en mujeres solas y ansiosas. Se trata de un medio de lucha contra la ansiedad.

—Grandes errores alimenticios: Gente con apetito que ingieren comidas muy ricas y casi siempre alcohol. Como ciertas hiperfagias son inseparables del clima familiar o sociocultural (gastronomía, comidas de negocios, etc.).

Todas estas observaciones, sugieren según Aimez (1972), que los obesos presentan trastornos en sus conductas alimenticias, ya sea en la cantidad (hiperfagia), cualidad (comidas muy ricas), ritmo (compulsiones), número (grignotage), o varias a la vez. De todas maneras se ha demostrado que estas conductas también las pueden presentar los no obesos.

Dentro de este apartado, la clasificación más detallada es la de Creff y Herchberger (1979), que distinguen los comportamientos alimenticios siguientes:

—El obeso común: Se trata del 50 % aproximadamente de los que acuden a consulta. Su consumo alimenticio es normal (normofágico). No hay perturbaciones psicológicas.

—El obeso hiperfágico: Representa cerca del 20 % de obesos. Tienen mucha necesidad de comer, son buenos conocedores de la gastronomía y les gusta todo.

—El obeso hiperfágico aberrante: Se trata de un caso exagerado del anterior, no suele ser buen conocedor de la gastronomía, se alimenta básicamente de pan, pata-

tas, legumbres y vino. Se trata de apetitos específicos que obedecen a pautas familiares aprendidas.

—El obeso bulímico: Representa el 10 0/0, suelen ser mujeres, sobre todo las jóvenes. Se trata de la necesidad de comer aún sin sentir hambre e incluso sintiendo saciedad. Los accesos bulímicos pueden aparecer en cualquier momento, pero sobre todo antes de las comidas o por las noches (“night eating syndrom”). Los períodos bulímicos pueden aparecer y durar meses o años y pueden estar cortados por fases de anorexia con el consiguiente adelgazamiento. En el sustrato se encuentran perturbaciones psicológicas que sobrepasan las vías metabólicas o nerviosas de información.

—El obeso hiperfágico mental: Se trata de un cuadro muy parecido al anterior, pero que sigue el ritmo horario de las comidas normales y además tiene accesos de bulimia. En este caso el sobrepeso aparece antes que en el bulímico.

—El obeso “grignoteur”: Son el 15 0/0, se trata de una bulimia reducida. Suelen ser sujetos con una estructura psicológica frágil. Su comportamiento de “grignoteur” suele ocurrir en momentos de fuerte tensión interna. Pero sólo puede consumir poca cantidad de comida.

—El dismorfofóbico: Suele darse en mujeres, en especial en las jóvenes. Abarca un 10 0/0 de casos. Rechazan su cuerpo de forma obsesiva y fóbica buscando remedios milagrosos para su obesidad. Su sobrepeso puede ser local y no demasiado acentuado. Les preocupa ante todo la forma.

—El disponderofóbico: Aquí se trata de antiguos obesos, son ya personas mayores que no les preocupa la forma, pero sí el peso, que lo quieren mantener igual que un joven.

Según el punto de vista psicodinámico

Dentro del grupo de autores que fundamentan su clasificación en principios psicoanalíticos caben destacar Bruch y Saltiel. El primero es una pediatra psicoanalista que puede considerarse como el mayor exponente del estudio psicodinámico de la obesidad, sus publicaciones son muy numerosas. Saltiel es un investigador con publicaciones más recientes, con un gran espíritu crítico y desde luego uno de los máximos representantes de la escuela francesa. Veamos sus respectivas clasificaciones.

Bruch (citado por **Boegner-Plichet**, 1963) después de incidir en la necesidad de un estudio clínico que permita eliminar las causas orgánicas distingue un tipo de obesidad sin problemas emocionales y dos de origen psicógeno. Veremos las dos últimas:

—La obesidad reactiva: Se presenta en ciertas familias caracterizadas por la “buena mesa”, comedores y gruesos. A causa de su esfuerzo en el trabajo han adquirido un buen nivel económico que traducen a una buena comida: la comida como sinónimo de riqueza. El recuerdo de haber pasado hambre les incita a sobrealimentarse y a sobrealimentar a sus hijos. El problema de los “restos de comida” puede incluirse aquí, el ama de casa se rebela a tirar los platos que ha cocinado y prefiere terminarlos. Además, el estudio de la madre demuestra que ella es ansiosa y que no soporta bien al hijo; enmascara su agresividad por una protección excesiva como medio de evitar la culpabilidad.

El nacimiento de un hermano puede generar también, en virtud de los celos, una obesidad reactiva, el niño compensa sus necesidades con la comida. Una decepción sentimental puede generar también bulimia y obesidad. A nivel más general los problemas familiares también pueden afectar al niño (divorcio, enfermedad). La mayoría de veces estas obesidades reactivas son pasajeras y retroceden con una dieta y una psicoterapia explicativa. En pocos casos estas obesidades resultan resistentes y entonces hay que sospechar un estado de perturbación mental que posiblemente indicará que la obesidad es parte intrínseca de un proceso de desarrollo.

—La obesidad de desarrollo (l'obésité, partie intrinseque d'un processus de développement): Aquí la obesidad puede llegar a ser monstruosa. Interesa estudiar profundamente las actitudes de la madre hacia el niño. Generalmente la madre es dominante y el niño no es capaz de comer solo, de vestirse solo, incluso en edades avanzadas. Las madres se caracterizan por un rechazo inconsciente del niño y de su sexo. Se encuentra en un 70 0/0 de casos.

En otras ocasiones, el niño es utilizado por los padres como una compensación a las severas frustraciones de su propia vida: lo ven como desean y no como es en realidad. Estos niños suelen caracterizarse por una gran corpulencia, buen apetito y buena capacidad intelectual; esto permite diferenciarlos de los hipotiroideos y los enajenados mentales. Además presentan por el contrario, una apatía extraordinaria que favorece el dominio materno, no les gusta andar, vestirse, comer, prefieren la "bulimia de biberón" en lugar de las comidas sólidas, es como una tendencia a quedarse en la primera infancia. A pesar de su inteligencia estos chicos son tímidos, miedosos, su inmadurez es evidente y se manifiesta en la escuela, no les gusta jugar con los otros y gastarse físicamente. Tienen pocos amigos y prefieren jugar tranquilos. No aceptan que les contraríen, no son capaces de aceptar la mínima frustración y el mínimo retraso en la realización de su deseo. Su dependencia es un medio de controlar agresivamente su entorno. Su voracidad explica a la vez su avidez de afecto y agresividad. Para ellos estar gruesos es un signo de fuerza y de autoridad, en ocasiones son brutales con los otros, aunque es raro, no osan manifestar su agresividad para no perder el afecto de los otros, el cual tanto necesitan. En fin, su imagen corporal está perturbada sin llegar a una imagen de escisión psicótica. Hay cierta confusión en su identidad sexual: la obesidad es una protección contra el peligro de una sexualidad naciente, es el medio para mantenerse niño.

Como vemos estas características se asemejan en algunos puntos a los niños psicóticos, de hecho pueden evocar conductas psicóticas (ansiedad extrema, fobias, actividad delirante, inestabilidad próxima a agitaciones pseudo-maníacas). La fragilidad de estos chicos es grande y son capaces ante una frustración muy importante de descompensarse y presentar un estado psicótico agudo. La obesidad es una protección contra la evolución esquizofrénica. Es preciso evitar tratamientos para adelgazar que en realidad no se aceptan en lo profundo. Es necesario saber que en estos casos es peligroso el tratamiento, antes debe aplicarse una terapia analítica.

En cuanto a la clasificación de Saltiel (1973), que es sin lugar a dudas la más completa, anotemos que hace especial hincapié en que su categorización no debe consi-

derarse reduccionista, en cambio sí como un instrumento de trabajo que contribuya a entender mejor el contexto y el pronóstico.

Existen, según él, una profunda diversificación de obesidades que se pueden encuadrar fácilmente según su historia y situación:

a) Los sucesos: La fecha de aparición de las primeras fluctuaciones de peso o de trastornos de la alimentación y la búsqueda del contexto precipitante aportan datos valiosos.

b) El binomio "oralidad-cuerpo": Es fundamental buscar las significaciones de la imagen corporal. A veces el sobrepeso es utilizado para ciertos fines (obesidades estructurales), o bien, simplemente asumido (obesidades exógenas), otras veces el cuerpo es "sufrido", visto a través de la mirada del otro (obesidades de conflicto). Además puede significar un conflicto profundo (modo compulsivo), representar una defensa ansiolítica (hiperfagia reiterativa) o no tener una significación intrínseca (hiperfagia prandial).

c) El comportamiento ante el terapeuta: la relación puramente técnica que establece el paciente hay que valorarla, neutralidad, dependencia culpabilizada o intención dominadora. Es importante porque predispone a pensar cómo actúa con los otros. El terapeuta es visto como modelo del otro.

A partir de las distintas entrevistas se intentará situar a cada paciente dentro de los tipos siguientes:

—Las obesidades estructurales:

a) Definición: Se definen sólo para mujeres como aquellas donde la carga ponderal es parte integrante e indispensable para el equilibrio relacional patológico. Se pueden distinguir dos tipos: las obesidades estructurales de dominación y las obesidades estructurales de renunciación.

—Las obesidades estructurales de dominación: En la génesis de muchas de ellas encontramos una identificación masculina en donde la obesidad se concibe como un símbolo de poder.

a) Aparición: Suele aparecer en la época adulta, muchas veces en los primeros años de matrimonio o de promoción profesional; de manera progresiva, sin grandes fluctuaciones.

b) El binomio "oralidad-cuerpo": La hiperoralidad se establece sobre una hipertonia simple del comportamiento alimenticio (hiperfagia simple o "grignotage"), nunca compulsiones. El "yo" está de acuerdo con un cuerpo hipertrofiado

c) El universo relacional: Se trata de mujeres activas, solteras o que el cónyuge está eclipsado y visto como inferior.

d) Qué exigen al médico: La decisión del tratamiento es estrictamente personal y se debe a motivos externos (cánones estéticos).

e) Pronóstico: Suelen culpar del fracaso al médico. La pérdida de peso suele generar graves estados de angustia que persisten hasta recobrar el peso anterior.

—Las obesidades estructurales de renunciación, que siguen estas características:

- a) Aparición: Casi siempre en la adolescencia y se opera progresivamente, sin importantes fluctuaciones espontáneas.
- b) El binomio "oralidad-cuerpo": Se trata de una simple hipertonia del comportamiento alimenticio al servicio del cuerpo para hipertrofiarse. Representa una estructura de compensación, el cuerpo es refugio o modo de identificarse a la madre.
- c) El universo relacional: Se trata de adolescentes o mujeres solteras que viven cerca del ámbito familiar en donde la madre es el personaje dominante.
- d) Qué exigen al médico: Casi nunca suele ser una demanda personal, casi siempre debido a alguna enfermedad asociada, o por indicación de la madre. Los aspectos psicológicos son rechazados, procuran estar alejados del médico y son desconfiados.
- e) Pronóstico: La pérdida de peso genera angustia. Sólo pueden esperarse buenos resultados si el ambiente también varía bruscamente.

—Las obesidades de conflicto:

- a) Definición: Son el resultado de un conflicto primario patológico, un conflicto oral prolongado en el tiempo.
- b) Aparición: Puede ser en épocas muy diferentes, desde la primera infancia a un período determinado del adulto (matrimonio, separación del medio familiar, etc.). La aparición coincide con un conflicto primario. El peso se adquiere con grandes fluctuaciones, de manera que según la época puede haber o no sobrepeso.
- c) El binomio "oralidad-cuerpo": La hiperoralidad es esencialmente sobre el modo de compulsión alimenticia, deseo irresistible de incorporar independientemente del hambre y en respuesta a cualquier tensión. El comportamiento alimenticio es anárquico con fases de compulsión y otras de anorexia. La hiperoralidad es más culpabilizante que gratificante. El cuerpo se ve con desprecio y como el ejemplo de un fracaso permanente: "cuerpo sufrido".
- d) El universo relacional: Hay un gran repliegue hacia sí mismo, utilizan gran parte de su energía en una lucha interna. Dificultades para comunicarse con los otros y la vida sexual está bloqueada. Se trata de un desierto relacional en donde la constelación familiar es el único oasis. La madre es sobreprotectora e intervencionista, suele interponerse entre el sujeto y el terapeuta. La compulsión oral aparece a la vez como una respuesta agresiva a una madre frustrante y el deseo de prolongar la simbiosis con ella. El alimento guarda aquí todo el valor simbólico de la infancia: es el conflicto primario que se prolonga.
- e) Qué exigen al médico: La demanda de tratamiento es siempre personal. Las primeras motivaciones son de orden funcional o de vestimenta. Hay fuertes sensaciones de culpabilidad y autodesprecio. La relación es de completa dependencia.
- f) El pronóstico: Es difícil de formular y está en gran parte en función del terapeuta, cuya actitud hacia el sujeto será definitiva.

—La estructuración secundaria de las obesidades de conflicto: Un cierto número

de obesidades de conflicto pueden evolucionar hacia una disminución del conflicto intrapersonal, en los casos en que se modifique la relación con el entorno y aparezca una nueva estructuración, que siempre se formará bajo el signo de la dependencia. Aquí la sobrecarga se acentúa progresivamente. Las grandes compulsiones tienden a disminuir y va apareciendo una hiperfagia prandial o "grignotage" simple. El cuerpo hipertrofiado se admite a partir de una compensación: la obesidad es utilizada. Ya no aparece demanda personal de tratamiento, en todo caso la dicta el personaje dominante: es la "demanda transmitida". El pronóstico depende del enfoque terapéutico.

—Las obesidades exógenas:

- a) Definición: Estas obesidades se definen como aquellas que no presentan ningún conflicto primario patológico y que no se acompañan de ningún desorden permanente y determinante en la vida de relación. Pueden distinguirse dos cuadros bien diferenciados: las obesidades exógenas de ambiente y las obesidades exógenas de circunstancias.
- b) Aparición: Las obesidades exógenas de ambiente aparecen en períodos muy diversos, a veces en la infancia, resultado de hábitos alimenticios familiares o étnicos, el alimento es transmitido como un lenguaje. Otras veces aparecen en períodos muy tardíos, especialmente en los hombres, debido a una vida sedentaria o a "comidas de negocios". El placer de la mesa se convierte en una obligación social, el alimento gratifica la relación.
Las obesidades exógenas de circunstancias aparecen en momentos muy precisos, con una especie de repliegues a la hiperoralidad, pero a título de compensación simple. Hay búsqueda de alimento que llena, colma hasta un punto determinado. Así las obesidades postmenopáusicas o contemporáneas a la toma de un anticonceptivo oral, se generan a partir de un sentimiento de castración; algunas obesidades del postparto tienen el mismo significado. En estos casos el sobrepeso se adquiere rápido.
- c) El binomio "oralidad-cuerpo": Las obesidades exógenas de ambiente se caracterizan por una simple hiperfagia prandial, el alimento sólo tiene un simbolismo gratificante, se da un entrenamiento oral que obliga a que la necesidad aparezca tarde. Por otra parte, las obesidades exógenas de circunstancias además de la hiperfagia prandial pueden ir acompañadas de "grignotage".
- d) Qué exigen al médico: La demanda de tratamiento se suscita sobre hechos precisos y exteriores, como aparición de trastornos somáticos correlativos al sobrepeso o susceptibles de mejorar con la reducción ponderal; se trata de una toma de conciencia del riesgo estadístico que comporta la obesidad. La decisión para acudir al tratamiento es estrictamente personal. El terapeuta es considerado como un simple consejero técnico.
- e) Pronóstico: Las de ambiente tienen un pronóstico favorable, hay una frustración inicial que luego pasa a segundo plano debido a la gratificación de la pérdida de peso. Las de circunstancia pueden tener resultados más desfavorables en algunos casos.

CONCLUSION

Como hemos visto son muchas las clasificaciones existentes, y en bastantes ocasiones resulta difícil encasillar a algunos obesos; por este motivo y el que hemos apuntado al principio con respecto a los objetivos del psicólogo clínico, estas clasificaciones no deben rebasar una función orientativa.

Desde luego parece evidente que las personas obesas padecen con mayor proporción alteraciones emocionales, en nuestra práctica clínica lo hemos podido observar a partir de estudios psicodiagnósticos amplios, ahora bien, resulta muy aventurado el poder discriminar si la obesidad y la alteración emocional son elementos combinados dentro de un mismo síndrome, o si alguno de ellos es causa del otro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABRAM, H.S. y otros (1976): Psychological adaptation to jejunoileal bypass for morbid obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, pp. 151-157.
- AIMEZ, P. y otros (1972): Controle du comportement alimentaire, role de l'environnement dans l'obésité humaine. *Revue de praticien*, 6, pp. 805-821.
- BOEGNER-PLICHET, M.J. (1963): Les obésités psychosomatiques de l'enfant. *Cahiers R.M.F.*, pp. 57-59.
- CREFF, A.F.; HERSCHBERG, A.D. (1979): *Abrégé d'obésité*. Ed. Masson, Paris.
- GARCIA, N. y otros (1978): La cure d'amaigrissement en milieu hospitalier. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 3, pp. 287-304.
- HELD, M.L.; SNOW, D.L. (1972): M.M.P.I. Internal-external control, and problem check lists-cores of obese adolescent females. *Journal of Clinical Psychology*, 28, pp. 523-525.
- KARP, S.A.; PARDES, H. (1965): Psychological differentiation in obese women. *Psychosomatic Medicine*, 27, pp. 238-244.
- KARPOWITZ, D.H. y otros (1975): Personality and behavior differences of obese and nonobese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, pp. 886-891.
- LAXENAIRE, M. y otros (1975): Le psychiatre et l'obésité. *Psychologie Médicale*, 7, pp. 71-76.
- MARAÑÓN, G. (1972): *Gordos y flacos*. Obras completas, tomo VIII. Ed. Espasa-Calpe, Madrid.
- OLINER, P. y otros (1974): Responsiveness to affective stimuli by obese and normal individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, pp. 78-80.
- SALTIEL, H. (1973): L'obésité-symptôme: Classification psychodynamique et conduite thérapeutique. *Sem. Hôp. Paris*, 53, pp. 3629-3638.

- SASSOLAS, G.; PELLET, J. (1967): Le psychisme des obèses. *Cahiers Med. Lyonnais*, 4, pp. 295-302.
- SIMONIN, R. y otros (1963): Psychopathologie des dyspondéroses. *L'oeuvre Med.*, 7, pp. 117-130.
- STUNKARD, A.J. (1959): Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, pp. 284-295.
- TREMOLIERES, J. (1973): Obesity as a global problem. *Proc. Nutr. Soc.*, 32, pp. 169-174.
- TREMOLIERES, J. (1975): Les troubles alimentaires des adolescents. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 23, pp. 405-424.
- WAYSFELD, B. y otros (1976): La demande de la femme obèse. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 18, p. 305.

