



Aspectos psicológicos del comportamiento alimentario y sus consecuencias en la obesidad

P. Cervera y R. Rigolfas*

(Este artículo es continuación del publicado en el número anterior con el título «Comportamiento alimentario y psicología».)

Resumen

Ya se vio el comportamiento alimentario y su regulación, así como las diferentes dimensiones de lo que significa comer. Aquí se comenta el comportamiento alimentario, en el caso concreto de la obesidad, y desde una perspectiva particular, que es la forma en que el paciente habla de ella, de su cuerpo y de su relación con los alimentos. Cabe destacar que no todos los obesos son hiperfágicos e, inversamente, que no todos los hiperfágicos son obesos.

Después de un detallado interrogatorio sobre los hábitos del paciente, en el que debe hacerse hincapié no solamente en lo que come, sino también en **cuándo come y por qué come** se hallan tres formas de hiperfagia:

1. Hiperfagia prandial

Es un aumento del volumen y de la calidad de las comidas, que se basa en la hiperorexia; es decir, en un aumento del apetito (apetito insaciable). Éste es el caso del gran comedor que para llegar a tener la sensación de bienestar —consecuencia de la plenitud gástrica— necesita gran cantidad de alimentos. Este tipo de hiperfagia es más frecuente en el hombre que en la mujer.

Los grandes comedores están orgullosos de su corpulencia y de su forma de comer; por lo tanto, no sienten culpabilidad a pesar de las grandes cantidades que ingieren.

Su hiperfagia es, algunas veces, más cualitativa que cuantitativa, con preferencia por alimentos como la carne roja, los quesos fuertes, el vino y el alcohol, que relacionan con la potencia y la fuerza. Creen que los alimentos están sexualizados, es decir, que hay alimentos para **hombres** y alimentos para **mujeres, niños y enfermos**.

Consideran que el vino tinto, las carnes rojas y el alcohol son alimentos para los hombres, mientras que la leche, las

verduras y el agua mineral son para las mujeres. Al proponérseles una alimentación diferente, están convencidos que no van a poder realizar su trabajo ni desarrollar una vida normal.

Estos hiperfágicos se encuentran generalmente en familias con hábitos alimentarios hipertrofiados, que pasan de padres a hijos.

2. Bulimia

La bulimia se opone, prácticamente punto por punto, a la hiperfagia prandial, tanto en su descripción como en su mecanismo psicopatológico.

Más que una exageración, la bulimia es una desviación o perversión del comportamiento alimentario, en un proceso que está totalmente desligado del fisiológico.

El hiperfágico prandial come porque tiene apetito, mientras que la bulímica (casi siempre son mujeres) come a deshoras, sin apetito y sin placer consciente. Suele comer cuando está sola y escondida.

Este comportamiento carece de toda base nutricional. Las crisis de bulimia (la bulimia se produce por crisis) se desarrollan de una manera estereotipada para cada individuo.

Desarrollo de la crisis:

a) Sensación de malestar indefinible tanto a nivel somático como psíquico. Esta sensación es difícilmente explicable en palabras (es una forma de angustia).

*Tec. Sup. en Dietética y Prof. E.U.E. de Barcelona

Esta angustia es interpretada como una necesidad de comida, y poco a poco, la idea de comer se impone en el ánimo del individuo que, en principio, procura resistir a esta necesidad: conoce muy bien como acaba este tipo de proceso.

b) Fase de lucha interior, inútil ya que la tensión emocional aumenta hasta llegar a un punto en el que se produce la descarga.

c) Fase de descarga, mediante la ingesta alimentaria de unas característi-

cas determinadas: masiva, rápida e irresistible.

d) Fase de remordimientos, que puede ser origen de una nueva crisis.

En la bulimia, la finalidad no es nutrirse, sino de compensar; llenar un **vacio** insoportable. La bulimia es una respuesta automática, que da el individuo a cualquier tensión o excitación. El acto alimentario es una especie de mecanismo de descarga.

Esta enferma bulímica, sometida a la repetición de estas crisis que es incapaz de controlar, experimenta una sensación de doble fracaso: fracaso por no poder controlar su alimentación y fracaso ante su obesidad que ella rechaza.

3. Pícar

Es mucho más frecuente y banal. Consiste en una absorción casi continua de tomar de alimentos en pequeña cantidad. Esta absorción desconoce la periodicidad y el equilibrio de una ración normal.

Representa un comportamiento desligado de la función fisiológica. El estímulo del hambre debería ser el único que provocara la ingestión de alimentos. Por el contrario, **pícar** constituye la respuesta inadecuada y estereotipada a incitaciones emocionales que pueden ser diversas: aburrimiento, ansiedad, espera, insatisfacción, cólera... El obeso dice: «**Pico** cuando estoy aburrido, cuando espero, cuando me enfado...»

Pícar es una respuesta universal a todas las situaciones de tensión. Esta carece de respuesta anormal, estereotipada, es lo que le da su aspecto patológico. Para estos individuos, el alimento es un refugio y una fuente de compensación. **Pícar** produce una sobrecarga ponderal que a veces puede ser importante

y que el paciente rechaza. Se ve, así, el empleo casi permanente de la palabra **complejo**. El cuerpo es fuente de sufrimiento, pero, a la vez, de beneficio: constituye una barrera entre el individuo y el entorno que el sujeto no se atreve a afrontar.

La obesidad sirve entonces de justificación ante todos los fracasos.

Problemas psicológicos derivados del régimen hipocalórico

Estos problemas son individuales y variables; dependen también del grado de restricción y de individualización de cada dieta.

El régimen restrictivo—incluso cuando está personalizado y adaptado—provoca una frustración: presupone siempre algunas renunciaciones. Para ser aceptado, estas renunciaciones deben tener en contrapartida unas compensaciones suficientes y perceptibles por el paciente.

Si el régimen significa malestar, es preciso encontrar una compensación que les cause placer.

El régimen restrictivo aísla al individuo del grupo social y familiar. Por lo tanto es importante encontrar un entorno muy favorable, sobre todo a nivel familiar.

Puede ser muy útil intentar cambiar los hábitos excedentarios de la familia, en beneficio de una alimentación más equilibrada y coherente.

El régimen restrictivo, sobre todo en la bulimia, provoca la desaparición de un

medio de defensa, por lo que es importante encontrar otras vías, para solucionar los problemas de angustia o agresividad que sienten estos pacientes.

La psicoterapia es quizá la solución para este tipo de pacientes.

El adelgazamiento, aunque sea deseado, necesita una recomposición a nivel psicológico, ya que el paciente deberá reconsiderar su situación en relación a los alimentos, a su cuerpo y a los demás.

En algunos obesos, el adelgazamiento significa la pérdida de cierto singularismo o su popularidad y en algunas mujeres jóvenes la entrada a la competición sexual, ya que su cuerpo se transforma en un objeto de posible deseo.

El obeso, cuando haya adelgazado, se encontrará en una situación diferente en relación a los demás. Algunos obesos encuentran ventajosa esta situación y otros no; por lo tanto vuelven a engordar.

Conclusión

El comportamiento alimentario posee raíces profundas y múltiples que ponen en juego el entorno sociocultural, las experiencias nutricionales precoces y la forma individual de alimentarnos.

Bibliografía:

- Laxenaire, M.: *La nourriture, la société et le médecin*. Masson, 1983.
Westphall, M.: *Conference*. Nancy, 1983.

