

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen 12
Volume

Suplemento 3
Suplemento

Octubre-Diciembre 2004
October-December

Artículo:

¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Tratamiento de la obesidad

¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?

Verónica Vázquez Velázquez

INTRODUCCIÓN

La obesidad es, sin lugar a dudas, una enfermedad multifactorial, cuya etiopatogenia, expresión clínica y tratamiento sólo se pueden entender mediante un enfoque biopsicosocial.

Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico. Esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única, sino múltiples definiciones, que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, la neuroquímica, la genética, la celular, la endocrina, la ambiental y finalmente las teorías psicológicas.

Wadden y Stunkard han propuesto tres mecanismos fisiopatológicos para este abordaje: 1) la obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos; 2) puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas; y 3) puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas. Como puede suponerse, en los dos primeros casos, se le ha asociado frecuentemente a la psicopatología.

Gold clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional: a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira; y c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

La consideración de que diferentes estados disfóricos conducen a una conducta de sobreingesta (y la consiguiente obesidad) se sitúa en la base de todas las teorías psicósomáticas formuladas desde la publicación del ya clásico trabajo de Kaplan y Kaplan en 1957. La

sobreingesta sería, según esta teoría, una conducta aprendida por el paciente con finalidades ansiolíticas o, dicho de otra manera, que busca reducir la activación secundaria a estados emocionales internos. Sin embargo, Robbins y Fray señalan que si bien parecía claro que la sobreingesta sería el resultado del estrés, la relación entre ansiedad e ingesta sería curvilínea, de manera que grados bajos de activación incrementarían la ingesta mientras que los elevados tendrían una capacidad inhibitoria de la ingesta y que el obeso mantendría la alteración de la ingesta no por su capacidad ansiolítica, sino porque el alimento actuaría como un refuerzo positivo de esa conducta.

Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como es la obesidad.

La sociedad es hostil con los individuos que tienen sobrepeso. Históricamente, la sociedad ha creído que la pérdida de peso es una cuestión de fuerza de voluntad. Los individuos obesos han sido considerados débiles y poco motivados, una visión que se ajusta a las demandas de pérdida de peso fácil prometida por muchos libros de dietas. Los médicos no son inmunes a estas creencias. En un estudio, los médicos describieron a sus pacientes obesos en tales condiciones negativas como "débiles de voluntad", "feos" y "torpes". Desgraciadamente, muchas personas obesas parecen haber aceptado esta visión de ellos mismos. Rand y MacGregor encontraron que la mayoría de los candidatos a cirugía de derivación gástrica informaron que ellos habían sido tratados irrespetuosa-

mente por los médicos debido a su obesidad. También se ha encontrado que las mujeres obesas tardan o evitan el cuidado médico debido a su preocupación por el peso.

Las actitudes hacia la obesidad, sin embargo, parecen estar cambiando con el reconocimiento de que la obesidad es una enfermedad compleja y multideterminada, con un componente genético. Además, los resultados sugieren que los factores fisiológicos y genéticos pueden limitar la cantidad de peso que un individuo puede perder y mantener. Estos resultados han llevado a una nueva empatía por los individuos con sobrepeso, así como a un cambio en las metas del tratamiento de la obesidad.

¿LOS PACIENTES OBESOS PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA PROBLEMAS PSICOLÓGICOS?

Es un hecho que, independientemente del grado de obesidad, la preocupación por la comida se puede conectar con la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de prácticas riesgosas como son las dietas restrictivas, que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, situación que causa, favorece y mantiene el problema de obesidad.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer. Esto, aunado a las condiciones ambientales –culturales y sociales– en que se desenvuelve un paciente, influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social; independientemente de que no sea una enfermedad incluida en la clasificación de la American Psychiatric Association en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) ni por la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

¿EL TRASTORNO POR ATRACÓN ES UN PROBLEMA COMÚN?

El trastorno alimentario más común es el **trastorno por atracón**, encontrado hasta en un 30% de los pacientes obesos que asisten a clínicas de reducción de peso y en los candidatos a cirugía bariátrica.

A pesar de su elevada frecuencia en los pacientes obesos, muchas veces no se identifica claramente por el médico, nutriólogo, psicólogo e incluso por el mismo paciente. Los criterios determinados por el DSM-IV para diagnosticar este trastorno se encuentran en el *cuadro 1*.

Algunos datos adicionales para el reconocimiento y objetivación de los episodios de atracón son los siguientes:

1. Hay que tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón, es decir, lo que se consideraría un atracón en un contexto normal no lo sería por ejemplo en una fiesta.
2. Los atracones no tienen por que producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa.
3. No se considera atracón al ir "picando" pequeñas cantidades de comida a lo largo del día, aunque esto signifique un aumento considerable en las kilocalorías consumidas al final del día.
4. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos con alto contenido calórico, como helados y pasteles.
5. Los atracones se realizan por lo general a escondidas o lo más disimuladamente posible.
6. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta.

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico del trastorno por atracón.

- a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingestión de grandes cantidades de alimento en un período corto de tiempo (dos horas).
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingestión de alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar la cantidad o el tipo de comida que se ingiere).
- b. Los atracones se asocian con tres o más de los siguientes síntomas:
 - Ingestión mucho más rápida de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho.
 - Ingestión de grandes cantidades de alimento a pesar de no tener hambre.
 - Comer a solas para esconder su voracidad.
 - Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión y culpa después del atracón.
- c. Profundo malestar al recordar los atracones.
- d. Los atracones ocurren al menos dos días a la semana durante seis meses consecutivos.
- e. El atracón no se asocia con conductas compensatorias inadecuadas, como en el caso de la bulimia nerviosa (como provocarse el vómito, ayunos prolongados, ejercicio excesivo, uso de laxantes, diuréticos o enemas

Fuente: DSM-IV

7. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio, culpa y estado de ánimo depresivo.

El atracón también parece estar asociado con una mayor frecuencia de depresión, mayores y más frecuentes fluctuaciones en el peso, una angustia más severa por el peso e incluso con el trastorno límite de la personalidad. Un elevado estrés emocional frecuentemente correlaciona con el trastorno por atracón. No es posible determinar una causalidad, pero sí una clara relación entre estos factores.

La importancia de realizar un diagnóstico oportuno de este trastorno, es que se sugiere una distinción entre los pacientes obesos que no tienen atracones y los que sí tienen atracones, debido a la resistencia que muestran estos pacientes a los tratamientos para reducción de peso, por lo que es indispensable determinar su presencia y poder orientar el tratamiento según sea el caso.

El reto del tratamiento de pacientes con sobrepeso que cometen atracones ha sido elegir entre las intervenciones de tratamiento que son diseñadas para eliminar los atracones y las intervenciones dirigidas principalmente a la pérdida de peso. Un área de desacuerdo es el papel de la dieta, ya que se ha documentado la progresión del comenzar haciendo dieta y terminar en un atracón, en respuesta a la restricción.

Si los obesos con un trastorno por atracón pueden tanto normalizar su conducta alimentaria y bajar de peso; y qué tipo de tratamiento puede ayudarlos mejor a lograr y mantener esas metas, son las preguntas centrales de muchas de las investigaciones que continúan.

¿QUÉ OTROS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS SON FRECUENTES EN LOS PACIENTES OBESOS?

Aproximadamente entre el 25% y el 30% de los pacientes obesos que buscan tratamiento para reducción de peso padecen una marcada depresión u otro trastorno psicológico. Los médicos o psicólogos deben inquirir rutinariamente sobre el estado de ánimo, el sueño, el apetito, las actividades de diversión, así como el patrón de alimentación de los pacientes obesos. Los individuos obesos con una depresión marcada, con ansiedad o con trastorno por atracón pueden requerir tratamiento farmacológico y/o psicoterapia antes de intentar perder el peso.

En cuanto a las alteraciones de la personalidad y los problemas psiquiátricos, se ha reportado que los más frecuentes son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Asimismo, se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad,

conductas de evasión y agresión. Pero muchos de estos reportes no pueden representar el grado de psicopatología asociada a la obesidad, debido a la exclusión de grupos control apropiados en muestras clínicas.

Ya que algunos estudios no demuestran diferencias en la psicopatología de obesos y no obesos, esto puede ser debido a que los obesos que buscan tratamiento muestran mayor alteración psicopatológica que aquellos que rechazan la atención médica. Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad, o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos.

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad es en sí misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no tiene que ver exclusivamente con un problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad de la persona, afectando a cualquier tipo de población a cualquier edad.

Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo-yo), donde los pacientes se sienten culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir al paciente obeso dentro de un círculo vicioso del que resulta francamente imposible salir, volviendo después de tantos esfuerzos de nuevo a la depresión, la ansiedad, angustia y el trastorno por atracón.

¿CUÁL ES EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE OBESO?

Las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia. La conversación se vuelve un elemento importante en la práctica diaria. No es sólo prescribir un medicamento y esperar que éste haga efecto sobre la enfermedad. Más aún, se trata que el paciente obeso acepte como base un programa de alimentación como tratamiento.

Como en toda consulta clínica, el paciente debe definir cuál es la principal queja de su consulta. Si de acuerdo a la presente enfermedad, el psicólogo considera que no procede considerar a la obesidad, no es necesario que se tome en cuenta. Si el paciente consulta por diabetes mellitus, alteraciones musculoesqueléticas u otros procesos en los que se piense que la disminución de peso pueda mejorar la condición, es necesario comentarlo al paciente para

que lo ubique en el contexto. Desde la primera entrevista es necesario que el paciente tenga la idea que se trata de un padecimiento de toda la vida, que deberá tratarse dirigido a toda la familia, debido al fuerte componente de herencia y a que el ambiente familiar puede influir en la etiopatogenia y persistencia de esta enfermedad.

Por esto, será necesario tomar en cuenta algunos de los aspectos que ayudan a formar el modelo explicatorio que el paciente tiene de la obesidad, que son (modificados de Kleinman):

1. ¿Qué es lo que considera que ha causado la obesidad?
2. ¿Cuándo empezó la obesidad y por qué cree que empezó en ese momento?
3. ¿Qué efectos tendrá la obesidad sobre usted?
4. ¿Qué tan mala cree que es su obesidad? ¿Cree que durará mucho tiempo o que mejorará pronto?
5. ¿Qué tipo de tratamiento le gustaría tener?
6. ¿Cuál es el resultado más importante que espera tener con el tratamiento?
7. ¿Cuáles son los problemas más importantes que le ha causado la obesidad?
8. ¿Cuál es el mayor temor que tiene de su obesidad?

Esto permite al médico y al psicólogo comprender mejor lo que el paciente piensa de la enfermedad y lo guiará para abordar el problema del paciente.

¿CÓMO SABER SI EL PACIENTE ESTÁ LISTO PARA BAJAR PESO?

Un paciente puede tener obesidad mórbida y puede tener complicaciones médicas mayores pero no estar listo para hacer un compromiso para la reducción de peso. Así, es importante para el psicólogo hablar con los pacientes para determinar si ellos reconocen la necesidad de la pérdida de peso, en lugar de asumir implícitamente que ellos lo hacen. Los resultados del examen físico, de la historia clínica y las pruebas de laboratorio pueden ayudar para educar a los pacientes con respecto a la necesidad de la reducción de peso.

El psicólogo también debe determinar si es el tiempo favorable para que el paciente pierda peso. La pérdida de peso requiere de concentración y de esfuerzo sostenido, los cuales pueden estropearse por la ocurrencia de estresores en la vida, como puede ser un cambio de trabajo, problemas económicos o una enfermedad en algún familiar. Si los pacientes sienten que ellos serán incapaces de hacer el compromiso con el tratamiento, ellos deben esperar hasta que sus circunstancias de vida mejoren. Si esto sucede, la meta inmediata de tratamiento es la prevención de mayor ganancia de peso en lugar de la inducción de la pérdida de peso.

Para evaluar la **disposición al cambio** que tiene cada uno de nuestros pacientes, es necesario identificar si se manifiestan ambivalencias y resistencias ante el tratamiento si el paciente no está motivado. Prochascka, DiClemente y Norcross han propuesto un modelo de los niveles de motivación en los pacientes con trastornos de alimentación (*Cuadro II*).

¿ES NECESARIO ESTABLECER METAS Y EXPECTATIVAS REALISTAS DEL TRATAMIENTO PARA OBESIDAD?

Antes del tratamiento, el psicólogo debe examinar las razones que tiene el paciente para bajar de peso y sus expectativas. Esto incluye evaluar cuánto peso esperan perder los pacientes, así como los cambios en la salud o en el estado psicológico que ellos prevén. Nuestra sociedad sobrevalora la delgadez y la realización de dietas en la persecución de cambios estéticos (en lugar de médicos). Éstas son quizás las razones más comunes de las personas que buscan perder peso. Este énfasis en la delgadez puede llevar a las personas obesas a intentar lograr un peso que es imposible mantener, dados los factores genéticos y fisiológicos.

En un estudio reciente, Foster y colegas encontraron que las mujeres obesas escogieron un peso meta que requería de una reducción de 32% del peso inicial. Ésta es una pérdida mucho mayor a la que se produce incluso mediante el programa más exitoso (no quirúrgico)

Cuadro II. Modelo de los niveles de motivación para seguimiento del tratamiento en los pacientes obesos.

Modelo de los cinco niveles de motivación para tratamiento

1. Precontemplación	No hay intención de cambio.
2. Contemplación	Hay conciencia de los problemas, se piensa en ellos, pero no hay intención de cambiarlos.
3. Preparación	Existe la intención de cambiar, pero no lo ha hecho en el último año.
4. Acción	Se cambian conductas, actitudes, experiencias o el entorno para superar el problema.
5. Mantenimiento	Ya se han modificado las conductas, se previenen recaídas y se consolidan los logros.

de control de peso. A pesar de perder más peso que lo que habían perdido en cualquier esfuerzo anterior, así como el informe de cambios positivos físicos y psicológicos por la pérdida de peso, la mayoría de los pacientes en este estudio estuvieron insatisfechos con su pérdida de peso al final del tratamiento. Este estudio resalta la importancia de educar a los pacientes sobre lo que ellos pueden esperar realmente del tratamiento de obesidad y de proporcionarles el criterio para definir un resultado exitoso del tratamiento. Además de clarificar las expectativas sobre el tratamiento, los psicólogos deben definir el curso prescrito de tratamiento, describir las demandas conductuales del programa (e.g. automonitoreo, la disminución de ingestión de energía y el aumento de actividad física) y discutir los riesgos y beneficios del procedimiento.

La satisfacción con el tratamiento depende de la comparación entre lo que se obtuvo y lo que se esperaba. Con esta perspectiva, los pacientes probablemente estarán más satisfechos con su pérdida de peso si el psicólogo les ayuda primero a definir expectativas realistas. Para la mayoría de los pacientes una meta realista es perder entre el 5% y 10% del peso inicial.

¿ES POSIBLE PLANTEAR PROPUESTAS DE TRATAMIENTO PARA CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA?

Al momento de plantear un tratamiento, los pacientes con obesidad pueden generar angustia y decepción en el personal médico que lo trata, ya sea por falta de apego al tratamiento nutricional, por mentiras deliberadas, por las alteraciones en la percepción de las raciones y tamaño de los alimentos o incluso por el mismo miedo del paciente hacia el médico.

Sin embargo, es indispensable recordar que las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia. Estamos frente a personas que tienen un padecimiento incurable y con un tratamiento que no convence: el **cambio en el estilo de vida**. Es un tratamiento que no convence no por ser un planteamiento erróneo, sino por ser responsabilidad total del paciente y de su familia; los cambios en la alimentación y en la actividad física son la clave del éxito. ¿Pero quién mantiene el éxito por más de un año? O incluso menos.

¿ES POSIBLE DISMINUIR LAS RESISTENCIAS DEL PACIENTE ANTE EL TRATAMIENTO?

Para disminuir las resistencias que presentan los pacientes obesos, es importante lo siguiente:

1. Incrementar la empatía entre médico y paciente.

2. Fomentar la conciencia de enfermedad, tanto en el paciente como en su familia.
3. Reconocer las consecuencias positivas y negativas del tratamiento.
4. Reconocer las inconsistencias previas entre los objetivos y las conductas de los pacientes en los tratamientos previos.
5. El paciente debe adquirir un papel activo en su cambio conductual.

No importa qué tipo de terapia o tratamiento para la obesidad haya sido escogido, la manera en que el psicólogo discute el tratamiento con los pacientes puede tener potencialmente un efecto profundo en el resultado. Como se comentó previamente, los profesionales del cuidado de la salud pueden compartir muchas de las creencias negativas de la sociedad sobre los individuos obesos; los pacientes parecen estar conscientes de este hecho. Los pacientes obesos merecen ser tratados con el mismo respeto y preocupación que los individuos con otras enfermedades crónicas. Entre más los psicólogos demuestren que entienden lo frustrante y desafiante que es el control de peso, los pacientes se sentirán más apoyados y entendidos.

En ningún tratamiento la necesidad de empatía y de expectativas realistas es más evidente que en el desafío de mantener la pérdida de peso. La recuperación del peso es común después de la mayoría de las intervenciones a corto plazo para la obesidad. Por ejemplo, los pacientes tratados de 16 a 26 semanas por un programa conductual comprensivo de grupo recobran aproximadamente un tercio de su pérdida de peso durante el año posterior al tratamiento, con una mayor recuperación después de cierto tiempo. Los resultados de algunos programas comerciales son comparables.

Estos resultados han llevado a la conclusión de que la obesidad, como otras condiciones crónicas, requiere de un cuidado a largo plazo. Es más, el mantenimiento del peso requiere un conjunto de habilidades diferentes a las utilizadas durante la pérdida de peso. Perder peso es excitante y socialmente premiado; el mantenimiento de esa pérdida de peso requiere tanto o más esfuerzo que dicha pérdida, pero tiene menos gratificación o satisfacción. Así, los pacientes necesitan un apoyo extra con el mantenimiento de la pérdida de peso.

¿QUÉ PAPEL JUEGA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE OBESO?

Debido a que se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática.

La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Entonces, la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso.

El ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad. Los estilos de vida de los padres influyen en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los pacientes para regular su selección e ingesta, logrando establecer el ambiente emocional, nutricional y de actividad física en el que puede o no desarrollarse la obesidad.

Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimientos de las conductas alimentarias y de ejercicio.

Cuando hablamos de obesidad infantil, las intervenciones basadas en la familia son necesarias para modificar estas variables; teniendo como consecuencia un mejor resultado a corto y largo plazo en la regulación del peso cuando se incorpora al menos a uno de los padres como participante activo en el proceso de pérdida de peso, siendo más beneficiados los hijos que los padres en cuanto a pérdida de peso se refiere. El apoyo de la familia y amigos para el cambio conductual está relacionado con los resultados a largo plazo (hasta de 10 años).

El profesional de la salud –médico, nutriólogo o psicólogo– debe tratar de incluir en el proceso terapéutico a la familia del obeso.

Por esto, se recomienda una propuesta de dieta para todos. Los alimentos que son ingeridos fuera de casa deben ser planeados y negociados con el paciente, como son los que se consumen a media mañana (en la escuela o el trabajo) o en la merienda.

Resulta inadecuado para el tratamiento del obeso que sus familiares compren y lleven a casa alimentos inapropiados para el seguimiento de la propuesta de dieta.

En la medida que exista congruencia entre los objetivos del paciente y de su familia, será más fácil el cambio y por consiguiente, el mantenimiento de este nuevo estilo de vida. Ya que la familia en ocasiones promueve la obesidad de sus miembros desde la infancia, al ofrecer alimentos para distraer la atención de los niños, brindarles golosinas en los momentos en que están "ocupados" y no pueden atenderlos o los premian con pasteles, dul-

ces, chocolates y helados, comprar alimentos "prohibidos" o tentadores para los pacientes. Por esto, convivir durante los horarios de alimentación, poner límites y compartir los alimentos en familia, favorece el instituir buenos hábitos en todos los integrantes.

Lo más conveniente es que el paciente sea responsable de seguir las recomendaciones de la dieta, supervisado por el equipo multidisciplinario y acompañado en el proceso por su familia, quienes deben estar convencidos y de mutuo acuerdo con todas las medidas que se llevarán a cabo para alcanzar el éxito del tratamiento.

Sin embargo, un mal control sobre la alimentación puede ser causado, mantenido o exacerbado por una restricción alimentaria. Por lo tanto, aconsejar la utilización de una dieta restrictiva puede ser contraproducente para la aparición de atracones, así como predisponer al paciente a efectos psicológicos adversos, incluyendo trastornos alimentarios.

Otro de los cambios sobre los que se puede trabajar con la familia es con respecto a la disminución del sedentarismo, no sólo para reducir el peso sino también para conseguir un mejor estado de salud. Se puede empezar por disminuir el número de horas que ven televisión y luego incorporar la actividad física a la rutina diaria (caminar, salir de compras, algún juego). Poco a poco se puede aumentar el tiempo de ejercicio e indicar la práctica de deportes más activos.

LECTURAS RECOMENDADAS

- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson, 1994.
- Black DW, Yates WR, Reich JH, Bell S. DSM-III: Personality disorder in bariatric clinic patients. *Annals of Clinical Psychiatry* 1989; 1(1): 33-37.
- Borecki IB, Bonney GE, Rice T, Bouchard C, Rao DC. Influence of genotype-dependent effects of covariates on the outcome of segregation analysis of the body mass index. *Am J Hum Genet* 1993; 53: 676-687.
- Bouchard C. Human variation in body mass: evidence for a role of the genes. *Nutr Rev* 1997; 55(pt 2): S21-S30.
- Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord* 2002; 32(1): 72-78.
- Consumer's Union. Losing weight: what works and what doesn't? *Consumer Reports*. 1993: 347-357.
- De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(Suppl 1): S51-S55.
- Delgado CC, Morales GMJ, Maruri CH, Rodríguez TC, Benavente MJ, Nunez BS. Alimentary conducts, body attitudes and psychopathology in morbid obesity. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(6): 376-381.
- Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes* 2002; 26: 299-307.

- Fernández F, Turón V. Trastornos de la alimentación. *Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. 1a Edición Barcelona: Masson, 2001.
- Fitzgibbon ML, Stolley MR, Hirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychol* 1993; 12: 342-345.
- Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G. What is a reasonable weight loss: patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 79-85.
- Gold D. Psychological factors associated with obesity. *American Family Physician* 1976; 13: 87-91.
- Halmi KA, Stunkard AJ, Masson EE. Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunoileal bypass, diet. *Am J Clin Nutr* 1980; 33: 446-451.
- Harris MB, Waschull S, Walters L. Feeling fat: motivations, knowledge and attitudes of overweight women and men. *Psychological Reports* 1990; 67: 1202-1210.
- Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis* 1957; 125: 181-201.
- Keeseey R. Physiological regulation of body energy: implications for obesity. In: Stunkard AJ, Wadden TA, eds. *Obesity: Theory and Therapy*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven; 1996: 77-96.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. *Ann Intern Med* 1978; 88: 251-258.
- Lolas-Stepke F. Obesidad y conducta alimentaria. Aspectos diagnósticos y psicométricos. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1992; 38(2): 113-118.
- López-Aguilar X, Manuel-Mancilla JM, Álvarez-Rayón G. Factores sociales y psicológicos de la obesidad. *Psicología Iberoamericana* 1998; 6: 3-9.
- Maddox GL, Leiderman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ* 1969; 44: 214-220.
- McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Lang W, Hill JO. What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(2): 177-185.
- Olson CL, Schumaker HD, Yawn BP. Overweight women delay medical care. *Arch Fam Med* 1994; 10: 888-892.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10)*. Génova: OMS, 1988.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behavior. *Am Psychologist* 1992; 47: 1102-1114.
- Rand C, MacGregor AMC. Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J* 1990; 83: 1390-1395.
- Robbins TW, Fray PJ. Stress-induced eating: fact, fiction or misunderstanding? *Appetite* 1980; 1: 103-133.
- Saldaña C. Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. *Nutrición y Obesidad* 2000; 3(2): 81-88.
- Sarlio-Lahteenkorva S, Stunkard A, Rissanen A. Psychosocial factors and quality of life in obesity. *Int J Obes* 1995; 19(Suppl 6): S1-S5.
- Sierra-Ovando AE, López-Alvarenga JC, Castillo-Martínez L, Bolado-García VE, González-Barranco J. Percepción de la saciedad de acuerdo al tamaño de las raciones de alimentos en pacientes obesos. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2000; 8: 31.
- Specker S, de Zwaan M, Raymond N, Mitchell J. Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry* 1994; 35(3): 185-190.
- Stunkard AJ. Talking with patients. In: Stunkard AJ, Wadden TA (Eds). *Obesity: Theory and therapy*. 2nd Edition. New York: Raven Press, 1993: 355-363.
- Wadden TA, Letizia KA. Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. In: Wadden TA, Vanltallie TB, eds. *Treatment of the Seriously Obese Patient*. New York, NY: Guilford Press; 1992: 383-410.
- Wadden TA, Sarwer DB. Behavioral treatment of obesity: new approaches to an old disorder. In: Goldstein D, ed. *The Management of Eating Disorders*. Totowa, NJ: Humana. In press.
- Wadden TA, Stunkard AJ. Psychopathology and obesity. *Annals NY Acad Science* 1987; 499: 55-65.
- Wadden TA, Stunkard AJ. Psychosocial consequences of obesity and dieting. In: Stunkard AJ, Wadden TA (Eds). *Obesity: Theory and therapy*. 2nd Edition. New York: Raven Press, 1993: 163-177.
- Wadden TA, Wingate BJ. Compassionate treatment of the obese individual. In: Brownell KD, Fairbum C, eds. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, NY: Guilford Press; 1995: 564-571.
- Wadden TA. What characterizes successful weight maintainers? In: Allison D, Pi Suynner F, eds. *Obesity Treatment: Establishing Goals, Improving Outcomes, and Reviewing the Research Agenda*. New York, NY: Plenum Publishing Corp; 1995: 103-111.
- Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obes* 1995; 19: 562-569.
- Yanovski S. Binge eating disorder: current knowledge and future directions. *Obes Res* 1993; 4: 306-324.
- Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993; 150(10): 1472-1479.
- Constanzo P, Woody E. Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *J Soc Clin Psych* 1985; 3(4): 425-445.
- Nadar PR. The role of the family in obesity prevention and treatment. *Ann NY Acad Sci* 1993; 699: 147-153.
- Epstein LH. Family-based behavioural intervention for obese children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20(Suppl 1): S14-S21.
- Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol* 1994; 13(5): 373-383.
- Wardle J. Obesity and behavioural change: matching problems to practice. *Int J Obes* 1996; 20(Suppl 1): S1-S8.
- Hill AJ. Caused and consequences of dieting and anorexia. *Proc Nutr Soc* 1993; 52: 211-218.
- Borra ST, Kelly L, Shirreffs MB, Neville K, Geiger CJ. Developing health messages: qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(6): 721-728.