

Artículo de
revisión

Salud mental y obesidad

**SERGIO JAVIER UILLASEÑOR BAYARDO,
CLAUDIA ONTIVEROS ESQUEDA,
KARLA VANESSA CÁRDENAS CIBRIÁN**

Como ya se ha revisado, la obesidad tiene causas multifactoriales (genética, neuroquímica, metabólica, celular, hormonal, psicológica, social y cultural); por lo tanto los pacientes acuden a diferentes especialistas médicos para ser tratados en forma adecuada, lo que sugiere logaritmos de diagnóstico y tratamiento que deben basarse en la etiopatogenia de la enfermedad (figura 1) (1). Por lo anterior se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere tanto la etiología como el mantenimiento de la obesidad, las variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros)

y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera) (2).

VARIABLES COGNITIVAS RELACIONADAS AL TRASTORNO PSICOLÓGICO

Synnott A (1992), considera que los cuerpos han sido diferentes siempre, no sólo físicamente, sino socialmente; señala que el cuerpo puede ser amado u odiado, bello u horrible, sagrado o profano. Las ideas sobre lo que es, lo que significa, su valor moral, el valor de sus partes constitutivas, sus límites, su utilidad social y valor simbólico, cómo se define

RESUMEN

La obesidad tiene causas multifactoriales (genética, metabólica, psicológica, social, cultural, etc.); por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema. La obesidad constituye uno de los principales "estigmas sociales", con una marcada repercusión a nivel psicológico individual; así mismo, es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica pero no por ello es un trastorno psiquiátrico; sin embargo, la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos, permite visualizarla como un problema psiquiátrico, el cual debe identificarse y atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso. Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.

Palabras claves: Obesidad, salud, alimentación, trastornos alimentarios y tratamiento de la obesidad.

SUMMARY

The obesity has multiple causes (genetic, metabolic, psychological, social, cultural, etc.); reason why the necessity considers to approach psychologically this problem. The main obesity constitutes one of "social stigma", with a noticeable repercussion at individual psychological level; also, it is a syndrome with discharge prevailed of psychiatric comorbidity but for that reason it is not a psychiatric upheaval; nevertheless, the discharge prevailed of psicopatología in the obese patients and the greater rate of psychiatric sufferings between such, allows to visualize it like a psychiatric problem, which must be identified and to be taken care of form synchronizes with the control programs of weight. The criteria of therapeutic success must contemplate not only the reduction of weight like end item, but that like a continuous process with positive results in the quality of life, less sedentary style of life, actively integrating the exercise, a greater acceptance of their corporal image and a change of feeding habits, along with a conscience of disease that leads to an avoidance of the relapses, so frequent in this process, but that obligatorily does not mean an absolute failure of the treatment.

Key words: Nourishing obesity, health, feeding, upheavals and treatment of the obesity.

física y socialmente, varían ampliamente de cultura a cultura y han cambiado dramáticamente en el tiempo. La palabra “cuerpo” puede entonces significar diferentes realidades o percepciones de la realidad (3).

Al realizar un análisis histórico, se encuentra que en cada una de las etapas de la historia se han propuesto distintas formas de explicar al cuerpo (4, 5), algunas de las cuales aún parecen dar explicación a costumbres relacionadas con la alimentación y a casos asociados con alteraciones en la conducta alimentaria.

Hoy en día, los gimnasios, los parques y distintos lugares dedicados a la cultura del cuerpo (salas de masajes, centros de cirugía plástica), se encuentran llenos de personas, tanto hombres como mujeres, en constante lucha y competencia por desarrollar un cuerpo “perfecto”. Tal vez, la distinción con la época griega es que actualmente el cuerpo no se goza, se sufre (6).

Una de las características de algunos pacientes con obesidad, es la percepción del cuerpo como impuro; permiten que su peso se incremente a tal grado que pierden la forma del cuerpo femenino, con lo que se protegen de distintas amenazas.

Tras la Primera Guerra Mundial, principalmente en Estados Unidos, se empezó a institucionalizar el cuerpo bello.

De tal forma, el sujeto, ha recibido y recibe señales ambivalentes: el cuerpo es malo y es bueno, hay que castigarlo y hay que cuidarlo, es enemigo y es aliado, es hermoso y es horrible, hay que gozarlo y hay que nulificarlo.

En los pacientes con obesidad, frecuentemente se escuchan comentarios como: “Yo sé que comer tanto pan dulce me hace daño, pero no puedo evitarlo, porque me hace sentir bien.” Es decir, por un lado es algo deseado, pero por otro lado amenaza la salud.

Las personas con sobrepeso u obesidad se refieren a los alimentos no solamente como sabrosos, sino como algo que no pueden dejar, como una protección, un proveedor de bienestar emocional, un castigo, una fuente de culpa (7).

La obesidad constituye uno de los principales “estigmas sociales”, disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual; así mismo, es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (8).

Los problemas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes, así como un componente inevitable de su tratamiento. La obesidad, por sí misma, no es un trastorno psiquiátrico; sin embargo, la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos, que buscan la ayuda médica, en comparación con la población general,

permite visualizarla como un problema psiquiátrico, el cual debe identificarse y atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso (9).

Friedman *et al* (2002) consideraron que la imagen corporal es un potencial mediador de la relación entre obesidad y angustia psicológica, lo cual demostraron con una investigación realizada con hombres y mujeres obesos que completaron el cuestionario multidimensional de la relación del propio cuerpo, el inventario Beck de depresión, la escala de autoestima Rosenberg, y la escala de atracón, que mostraron la satisfacción con la imagen corporal media y parcialmente la relación entre el grado de sobrepeso, depresión y baja autoestima. El antecedente que utilizaron para esta investigación es que individuos obesos que estaban buscando reducir peso demostraban una alta prevalencia de angustia en comparación con individuos obesos sin este interés de reducir peso (10).

Voznesenkaya y Vein (2002) demostraron que 60% de personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos. A esta alteración de la conducta se le denominó “conducta alimentaria emocional” o hiperfagia al estrés, cuando la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre,



Carlos Larracilla/Trapezio

sino con malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver los problemas). La obesidad en este caso, puede ser considerada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social (11).

Vakhmistrov *et al* (2001), en una muestra de 36 mujeres obesas divididas en 4 grupos: 1) sin hiperfagia al estrés, 2) con hiperfagia al estrés y conducta alimentaria alterada, 3) con trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, y 4) con trastorno alimentario nocturno; se realizaron estudios neurológicos y psicométricos en los cuales observaron historia psiquiátrica previa y comorbilidad psiquiátrica (depresión mayor, ansiedad generalizada, ataques de pánico e insomnio) en todas las participantes de los grupos 2, 3 y 4 (12). Respecto al trastorno alimentario nocturno (TAN), Gluck *et al* (2001) varía y parece incrementar con la severidad de la obesidad y ha sido relacionado con estrés vital, psiconeuroticismo, depresión, humor bajo, y reacciones adversas a la pérdida de peso. En estos pacientes con TAN, también se concluyó que padecían anorexia matutina y e hiperfagia vespertina (después de las 7 pm), y trastornos para conciliar el sueño, o mantenerlo (13).

Estudios realizados en niños entre 5 y 16 años demostraron que la obesidad crónica se asocia con trastornos psiquiátricos, como el trastorno negativista desafiante en ambos sexos y el trastorno depresivo en varones; la ansiedad se observa en 55% de los casos y se acompaña en la mayoría de los pacientes de la misma patología materna, lo que propone un enfoque psicoterapéutico familiar en el tratamiento de la obesidad infantil (14). Vila *et al* (2004) hizo estudios en niños y adolescentes entre 5 y 17 años, incluyendo en la metodología la lista de Verificación de Comportamiento Infantil y el cuestionario de Salud General para los padres; los resultados reflejaron la alta frecuencia de desórdenes mentales en niños obesos y la presencia de psicopatología de los padres, y se concluyó que es esencial incluir en el tratamiento un componente psiquiátrico infantil para los niños obesos, que involucre a toda la familia. Es crucial mejorar la dinámica familiar para aumentar la calidad de vida de los pacientes, reforzar la motivación, trabajar en la prevención de recaídas, y aumentar la tasa de éxito terapéutico (15).

Un estudio realizado por Brito *et al* (2000) en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 21 años de edad señaló una mayor tasa de padecimientos psiquiátricos en los pacientes obesos que en el grupo control. Entre estos padecimientos destacan: los trastornos de ánimo, ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria con pérdida de control, trastornos somáticos, sobre todo, en los pacientes con obesidad mórbida (16).

Delgado *et al* (2002) estudiaron la psicopatología en pacientes susceptibles a someterse a cirugía bariátrica (cirugía de resección gástrica), y encontraron historia familiar de obesidad en 82.5% de los casos, acompañada de antecedentes familiares de depresión en 37 por ciento y antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas en 36 por ciento. El 27 por ciento de los participantes admitieron padecer trastorno compulsivo de la conducta alimentaria y 46.3% fueron consumidores de carbohidratos. La existencia de psicopatología (ansiedad-insomnio) en 46% de los casos en el mismo grupo refuerza los estudios anteriores que demostraron una tasa más alta de psicopatología, principalmente ansiedad, en personas obesas que en los de peso normal (17).

Ahlborg *et al* (2002) observaron la correlación positiva entre depresión y ansiedad en hombres con obesidad abdominal, lo que sugiere un efecto negativo del cortisol sobre el bienestar psicológico. El exceso de cortisol durante el estrés prolongado estimula la ingestión de alimentos, aumenta la grasa abdominal y puede ser la causa de depresión en forma simultánea con alteraciones metabólicas (síndrome X o resistencia a la insulina). La respuesta patológica al estrés –consumo de alcohol, tabaquismo y “borracheras” alimentarias– puede variar según la personalidad y género del individuo. Los trastornos de personalidad también pueden estar implicados en la progresión de obesidad abdominal, hiperinsulinemia y dislipidemias. Es importante identificar, asimismo, las alteraciones de la conducta alimentaria en los pacientes obesos (trastorno compulsivo y nocturno de la conducta alimentaria, bulimia nervosa y trastorno alimentario no especificado) que pueden contribuir a la causa, mantenimiento o recaídas de la obesidad, y que se relacionan con alto nivel de ansiedad (18).

En México, Gómez y Ávila (1998), en una muestra de 222 personas, encontraron una clara relación entre la obesidad y la conducta alimentaria compulsiva (el trastorno más frecuente en el paciente obeso) (19).

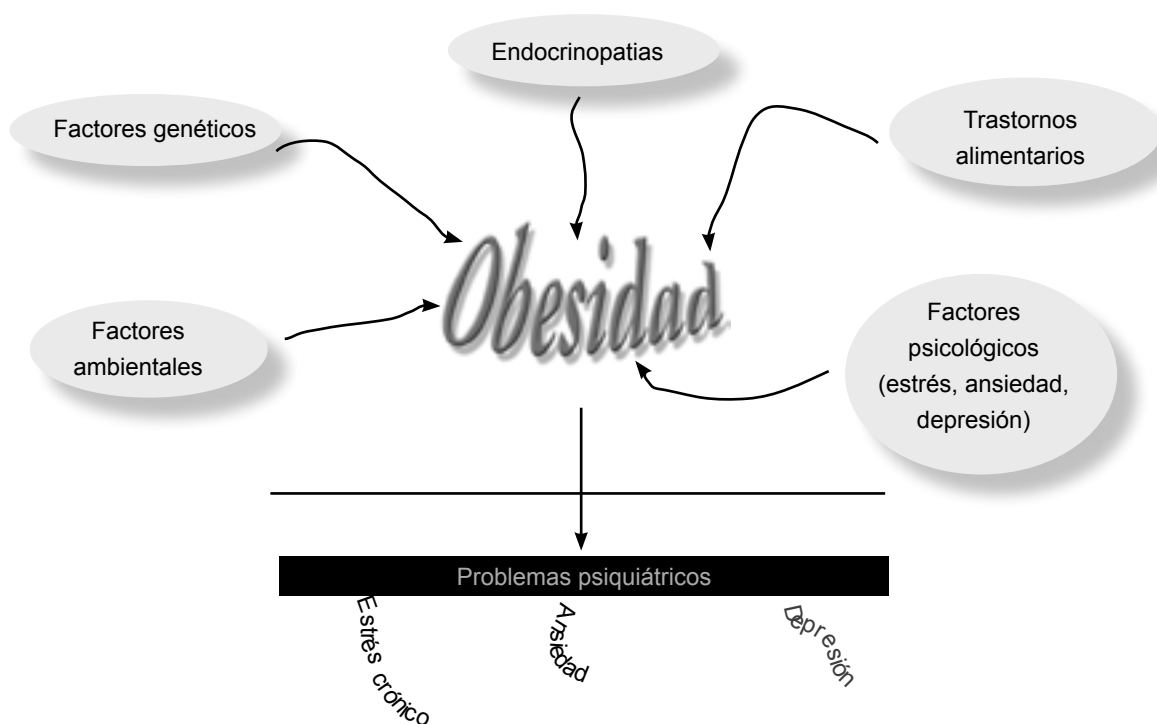
Guisado *et al* (2002) analizaron la psicopatología de un grupo de 100 pacientes con obesidad mórbida que habían recibido el tratamiento quirúrgico para perder peso. Dieciocho meses después de la cirugía, 40% cumplió con los criterios de CIE-10 de patología psiquiátrica: trastornos afectivos, de ansiedad, trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, anorexia nervosa, bulimia nervosa y dependencia de alcohol, lo que se contrapone con los datos anteriores de que la cirugía bariátrica proporciona mejoría psicológica (20).

Asimismo, la obesidad conduce al desarrollo de nuevas afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de que el paciente obeso está sometido a múltiples problemas psicológicos, como la discriminación social que conlleva consecuencias graves de la conducta; limitaciones personales, laborales y sexuales que conducen a la disminución de autoestima y al aislamiento (21).

Mustillo *et al* (2003) consideran que han demostrado por primera ocasión, un estudio que muestra la asociación entre la obesidad crónica y los problemas de comportamiento en niños y adolescentes. Los niños crónicamente obesos presentan desorden desafiante de oposición y los adolescentes tienden a presentar depresión (22).

El tratamiento desalentador con los ciclos de pérdida-recuperación de peso corporal también repercute en el bienestar psicológico, lo que se refleja en la pérdida de interés por adelgazar, por ejemplo. Debido a que la ingestión de alimentos mejora el estado de ánimo, por el aumento de las concentraciones de serotonina cerebral, en muchos casos una restricción alimentaria durante la dieta hipocalórica se acompaña de “depresión dietética” que puede llevar al rechazo del tratamiento. El desarrollo de la psicoterapia para el tratamiento de la obesidad puede mejorar las perspectivas del paciente obeso, al abordar los factores etiopatogénicos, así como al evitar las recaídas, abandono del tratamiento y aumentar la tolerancia a la dieta hipocalórica (23).

FIGURA 1. CAUSAS Y COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD



Lazarevich I, Rodríguez JH (2003).

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA OBESIDAD DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

La obesidad crónica es más común en niños de las familias pobres y menos-educadas, y tiene implicaciones para la salud mental.

DEPRESIÓN Y OBESIDAD

No se pueden hacer conjeturas concretas de la posible contribución de factores entre obesidad y disfunción psicológica, pero ha sido establecida claramente, la relación que entre ellas hay, como lo demostraron en su estudio Roberts *et al* (24). También se ha observado aumento de la prevalencia de depresión, a mayor grado de obesidad, sobre todo en las personas consideradas con obesidad severa ($IMC \geq 40$) (25).

Se encontró que 30% de los pacientes (en su gran mayoría mujeres) con desorden del atracón están deprimidos y presentan autoestima baja y mayor insatisfacción corporal, en comparación con los controles no obesos sin atracones (26, 27).

Greeno y Wing (2000) concluyeron que el estrés (incluida la depresión) se asocia con aumento en la ingesta de alimentos en los comedores restringidos, lo cual está descrito en el modelo de comportamiento bulfímico (28).

Wardle *et al* (2001) analizaron una muestra de mujeres obesas con desorden del atracón, insatisfacción corporal, y su relación con restricción de alimentos y depresión; sus hallazgos mostraron que estos 4 elementos están íntimamente relacionados, y al tratar la depresión con medicamentos, y mejorar la insatisfacción corporal con terapias psicológicas, mejora el curso del desorden del atracón, y por lo tanto el éxito terapéutico incrementa su porcentaje (29).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Como coadyuvante al tratamiento médico, Kotler *et al* (2003) sugirió psicoterapias para los trastornos de la conducta alimentaria, donde se incluye la anorexia nervosa, bulimia nervosa, y el desorden del atracón, los cuales se relacionan con secuelas psicológicas y médicas, incluyendo, en el caso de la anorexia, la mortalidad relacionada al padecimiento (5% por década). Las terapias actuales incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP) (30, 31). La TCC se basa en un modelo de desórdenes alimenticios que enfatizan la interacción de ideas sobrevaloradas sobre el peso y la figura, así como la práctica de dietas estrictas que hacen vulnerabilidad para un desorden alimenticio. Los terapeutas cognitivo-conductuales se enfocan en estos factores para prescribir comidas regulares y aperitivos, normalizar los patrones de alimentación y reducir la urgencia de un atracón, implementando la exposición gradual a alimentos temidos y trabajando con el paciente en cambiar el pensamiento distorsionado sobre peso, imagen corporal, y comida. En contraste, la PIP se basa en un modelo que conceptualiza los disturbios alimenticios como disturbios en el funcionamiento interpersonal, y el tratamiento se enfoca en identificar y resolver el problema de las dificultades interpersonales en varios dominios. Sin embargo, aún en el curso de una terapia (TCC o TIP) diseñada por expertos, muchos pacientes no ven mejoría (32). Es por esto que Kotler *et al*, proponen aplicar otras terapias, en especial para el desorden del atracón: la terapia dialéctica conductual, que se emplea en el tratamiento del trastorno bipolar de la personalidad, y se define como un tratamiento estructurado comprensivo con el objetivo de reducir los comportamientos de amenaza

a la vida y daño a la calidad de vida; promueve la regulación del afecto adaptativo, que comúnmente está implicado en el desorden del atracón, la cual demostró ser un buen auxiliar al tratamiento médico en su investigación (33).

Un aspecto importante para el desarrollo de cualquier terapia/tratamiento es considerar que en general los pacientes obesos tienden a subestimar la ingesta calórica real en comparación con las personas normales (mecanismo de minimización bastante frecuente en las adicciones) (34).

Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento (35).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarevich I, Rodríguez JH. Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos tiroideos, diabetes mellitus y obesidad. *Psiquis*, 2003;23(5):149-151.
2. Seijas BD, Feuchtmann SC. Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1997;26(1):38-41.
3. Synnott A. Tomb, temple, machine and self: the social construction of the body. *BJS*, 1992;43(1):79-110.
4. Synnott A, Op. cit.
5. Mueller FL. Historia de la psicología. Fondo de Cultura Económica. México, 2002.
6. Caballero AO. Evolución de la percepción occidental de "cuerpo" y "alimentos", como elemento de comprensión del discurso en trastornos de la alimentación. *Interpsiquis*, 2005. Disponible en: www.psiquiatria.com Consultado: 10/V/2005.
7. Synnott A, Op. cit.
8. Seijas BD *et al*, Op. cit.
9. Lazarevich *et al*, Op. cit.
10. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res*, 2002;10(1):33-41.
11. Lazarevich *et al*, Op. cit.
12. Lazarevich *et al*, Op. cit.
13. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res*, 2001;9(4):264-267.
14. Lazarevich *et al*, Op. cit.
15. Vila G, Zipper E, Dabbas M, Bertrand C, Robert JJ, Ricour C, Mouren MC. Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosom Med*, 2004;66(3):387-394.
16. Lazarevich *et al*, Op. cit.
17. Lazarevich *et al*, Op. cit.
18. Lazarevich *et al*, Op. cit.
19. Lazarevich *et al*, Op. cit.
20. Lazarevich *et al*, Op. cit.
21. Lazarevich *et al*, Op. cit.
22. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*, 2003;111:851-859.
23. Lazarevich *et al*, Op. cit.
24. Roberts RE, Kaplan Ga, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol*, 2000;152(2):163-170.
25. Onyike C, Crurn R, Lee H, Lyketsos C, Eaton W. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, 2003;158(2):1139-1147.
26. Striegel-Moore RH, Wilson GT, Wilfley DE, Elder KA, Brownwell KD. Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord*, 1998;23:27-37.
27. Seijas BD *et al*, Op. cit.
28. Wardle J, Waller J, Rapoport L. Body dissatisfaction and binge eating in obese woman: The role of restraint and depression. *Obes Res*, 2001;9(12):778-787.
29. Wardle *et al*, Op. cit.
30. National Institute of Mental Health. Eating Disorders: Facts About Eating Disorders and the Search for Solutions. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/> Consultado el 7/X/2005.
31. Kotler LA, Boudreau GS, Devlin MJ. Emerging psychotherapies for eating disorders. *J Psychiatric practice*, 2003;9(6):431-441.
32. Kotler *et al*, Op. cit.
33. Kotler *et al*, Op. cit.
34. Seijas BD *et al*, Op. cit.
35. Seijas BD *et al*, Op. cit.



Carlos Larracilla/Delirios

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO*
CLAUDIA ONTIVEROS ESQUEDA**
KARLA VANESSA CÁRDENAS CIBRIÁN***

* Profesor-Investigador. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Cuerpo académico: Cultura, Instituciones e Identidad. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
sjavier@cencar.udg.mx

** Medico, cirujano y partero. Asistente editorial de la revista Investigación en Salud.
Zianya_clau@yahoo.com.mx

*** Lic. en Psicología