

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 26, No. 1, 1997 [ver índice]

OBESIDAD: FACTORES PSIQUIATRICOS Y PSICOLOGICOS

Dr. Daniel Seijas Buschiazzo
Instructor Asociado
Departamento de Psiquiatría
Pontificia Universidad Católica de Chile

Christian Feuchtmann Sáez
Psicólogo
Programa de Obesidad
Pontificia Universidad Católica de Chile

Las investigaciones sugieren que los principales factores causales asociados al desarrollo de obesidad serían patrones de conducta sedentarios y la ingesta excesiva de grasas en la dieta alimentaria. Es así como se han ido desarrollando a lo largo del tiempo una serie de tratamientos para este problema, principalmente orientados a la modificación de los hábitos alimentarios y a la modificación de los patrones de actividad física, ambos factores relacionados también con el éxito en la reducción y mantención de peso. No obstante, se ha ido tomando conciencia de la necesidad de intervenciones profesionales cada vez más específicas e individuales, realizadas por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, principalmente debido a que la obesidad ha demostrado ser una problemática con importantes costos, tanto a nivel individual como social. Al respecto, es posible mencionar que la obesidad:

- 1) Constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades (hipertensión, dislipidemia, cardiopatías, apnea del sueño, variadas formas de cáncer, etcétera), con el consiguiente gasto individual en el sector salud.
- 2) Constituye uno de los principales "estigmas sociales", disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual (disminución del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, aumento de la ansiedad y afectos disfóricos, disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, etcétera).
- 3) Constituye un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas , desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, etcétera).

Pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad, y aun menos trastornos generan tanta ridiculización de sus víctimas y condena de parte de los demás. Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos, y en particular los pacientes de nivel socioeconómico medio y alto, se ven cargados de un legado de fracasos para controlar su peso. La carga puede no desembocar en una depresión clínica, pero reduce la autoestima del paciente en algunas áreas de funcionamiento y afecta la calidad de vida del individuo. La presencia de complicaciones como diabetes, puede intensificar los sentimientos de vergüenza y culpa. La frustración y pena se intensifican cuando los pacientes luego de una pérdida de peso vuelven a subirlo, y a veces se ve exacerbada por los mismos profesionales que sugieren que "no tendrían muchas ganas de bajar, pues de lo contrario habrían hecho más esfuerzos para bajar de peso".

Aspectos biológicos

Los trastornos de la alimentación como anorexia nervosa y bulimia son considerados patologías psiquiátricas con etiologías multifactoriales (biológicas, psicológicas y sociofamiliares); la obesidad presenta algunas vías biológicas en común con ellas. La anorexia nervosa parece relacionarse con una hiperactividad del neurotransmisor serotonina en el Sistema Nervioso Central, mientras que en la bulimia los pacientes parecen tener bajos niveles de serotonina (endógena o secundaria a conductas bulímicas), que intentan compensar comiendo alimentos ricos en triptofano. En mujeres obesas se ha visto un bajo nivel de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, que se correlaciona con preferencias elevadas por carbohidratos.

El neuropéptido CCK (colecistoquinina) está relacionado con la serotonina y su funcionalidad esta involucrada en el mecanismo de la saciedad.

Los altos niveles de noradrenalina se verían asociados con una estimulación del apetito en pacientes bulímicos, sin embargo esto no ha sido demostrado para los pacientes obesos.

El neurotransmisor dopamina parece mostrar mayores evidencias de un rol causal en la obesidad, habiéndose encontrado una asociación entre la presencia del alelo A1 del Gen DRD2 y la obesidad. En presencia de tres factores fenotípicos (historia familiar de obesidad, edad de comienzo y preferencias por alimentos) el alelo A1 explicaría un 86,4% de la varianza en la presentación de la enfermedad. La presencia de este alelo se asocia con un número reducido de receptores de dopamina D2, sugiriendo que los pacientes obesos usarían el comer alimentos como una forma de elevar los niveles de dopamina cerebral a niveles más aceptables. Llama la atención que las conductas del obeso son visiblemente similares a la de los dependientes de sustancias y que muchos de sus tratamientos tienen principios en común con las adicciones.

Algunos estudios plantean una relación entre betaendorfinas y obesidad, habiéndose encontrado un nivel elevado de betaendorfinas en LCR de pacientes obesos en comparación con sujetos normales, incluso luego de bajar de peso. Los datos sugieren que algunos pacientes obesos tienen elevados niveles de betaendorfinas que los predisponen a comer en exceso, en particular los obesos con impulsos bulímicos (también se encuentran aumentadas las endorfinas en las pacientes bulímicas).

En conclusión, hay varias vías biológicas comunes a estos tres trastornos y pareciera que los neurotransmisores más promisorios para que la investigación arroje explicaciones etiológicas de anorexia nervosa, bulimia y obesidad son la serotonina y las betaendorfinas. Debe hacerse notar que probablemente las disfunciones de los sistemas no son específicas de ninguno de los tres trastornos. Sería más razonable decir que estas alteraciones en la neuroregulación se asocian con ciertas conductas disfuncionales. Por ejemplo, la hiperactividad serotoninérgica se asocia con rigidez, ansiedad y conductas compulsivas, sin importar la categoría diagnóstica.

Aspectos psicológicos

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben. Así por ejemplo, es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un "significado simbólico"; o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa.

También se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como síntoma de una enfermedad mental subyacente.

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera). Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrático y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

Existen una serie de instrumentos diagnósticos recomendables para la evaluación del paciente obeso, dependiendo del foco de atención en que el profesional quiera centrarse y el grado de objetividad que éste persiga. Es posible encontrar un continuo desde instrumentos de medición de personalidad "objetivos" como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), por ejemplo, pasando por la Entrevista Semiestructurada (IPDE) de la OMS para el diagnóstico de desórdenes de personalidad - basados en los criterios del DSM IV- hasta los test proyectivos de más uso, como el test de Hermann Rorschach para medir estructura de personalidad y el test de apercepción temática (TAT).

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que el terapeuta u otro profesional a cargo del paciente obeso debe cumplir con apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente. Esto último principalmente porque en el paciente obeso se presentan comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, bajas expectativas de autoeficacia y logro.

Por lo anterior, un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico, que le ayude a obtener resultados óptimos (en este caso, la reducción de peso) y también algunos "bastones" que, al igual que cualquier paciente dependiente de sustancias, le otorguen la seguridad y confianza para enfrentar posibles situaciones de "recaída" (ingesta excesiva de alimentos, por ejemplo). Dentro de este último punto se pueden mencionar, por

ejemplo, el uso de técnicas de discriminación de emociones y estados internos, técnicas para el manejo de ansiedad y las técnicas conductuales de desfocalización.

Un aspecto importante 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) por lo que los controles deben ser más acuciosos, incluyendo los registros cotidianos de ingesta. El ayudar al paciente a llenar los registros en la misma consulta puede ser de utilidad para mostrarle como su ingesta es mayor que lo que pensaban.

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.

Aspectos psiquiátricos

El rol del psiquiatra puede ser amplio, desde efectuar el tratamiento hasta colaborar con un equipo especializado en seleccionar los pacientes adecuados para tratamiento o cirugía. Los pacientes con trastornos psicóticos crónicos son malos candidatos para cirugía, así como también aquellos que poseen una historia de abuso y/o dependencia de alcohol o drogas no tratada. También resulta de importancia evaluar y monitorizar las complicaciones psicosociales de una baja de peso marcada. Otro subgrupo de pacientes que normalmente no logran comprometerse adecuadamente en el tratamiento, lo que les confiere mal pronóstico, son aquellos con trastornos de personalidad.

Se calcula que un 30% de los obesos que llegan a tratamiento presentan impulsos bulímicos, y de estos hasta un 50% pueden presentarse con una depresión clínica con elementos estacionales, en contraste con los obesos que no presentan impulsos bulímicos, que sólo presentan depresión en un 5 % de los casos. Paralelamente, los pacientes que padecen episodios depresivos de carácter estacional (SAD) tienden a presentar craving por hidratos de carbono, hiperfagia y aumento de peso durante los inviernos de aproximadamente 4 kg, que luego encuentran difícil de perder durante el verano. En contraste, sólo un 33% de las personas sin este trastorno suben de peso en forma proporcional durante el invierno. En particular, la baja de peso se encuentra más asociada con los trastornos depresivos mayores con melancolía (depresiones endógenas), mientras que en las depresiones con aumento de peso se encuentra mayor asociación con los trastornos afectivos estacionales.

El tratamiento de los trastornos afectivos (depresión, ansiedad) en pacientes obesos es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y en general tendrán mayor dificultad para bajar de peso. Al igual que en otros pacientes depresivos, el tratamiento debe contemplar el uso de psicofármacos, los que un porcentaje no despreciable pueden gatillar un aumento de peso en

los pacientes, por lo que la elección del fármaco debe contemplar los elementos psiquiátricos y nutricionales adecuados (Tabla 1).

Tabla 1			
FARMACOS PSICOTROPICOS QUE PRODUCEN AUMENTO DE PESO			
	Intensamente	Moderadamente	Levemente
Antidepresivos	Amitriptilina	Imipramina	Trazodona
	Clomipramina	Trimipramina	Trancilpromina
		Nortriptilina	Bupropion*
		Doxepina	Fluoxetina*
		Phenelzina (IMAO)	Moclobemida
Antipsicoticos	Clorpromazina	Trifluoperacina	Haloperidol
	Tioridacina	Perfenacina	
* Estos fármacos con frecuencia se asocian a reducción de peso			

En el caso de pacientes con trastornos bipolares, la carbamazepina o ácido valproico se pueden utilizar con mayor seguridad que el carbonato de litio, ya que este último se asocia a un aumento de peso importante en algunos pacientes. En general, los pacientes en tratamiento por estos trastornos debieran recibir consejo nutricional desde la partida del tratamiento, para evitar el aumento de peso que pudiera en algunos casos llevar a suspender los medicamentos por el paciente.

En Chile, el uso de estimulantes o anorexígenos se ha diseminado ampliamente en la población, pasando a ser una preocupación de salud pública para el Ministerio de Salud, tanto por el consumo de abusadores o dependientes de drogas (que constituyen una minoría) como por el uso extensivo debido a una prescripción inadecuada, junto, en muchas ocasiones, con escasos elementos terapéuticos que apoyen un tratamiento integral del problema. Si a esto sumamos que las combinaciones muchas veces mezclan derivados anfetamínicos, con antidepresivos y benzodiazepinas (en cantidades variables según la receta), y que los efectos y resultados observados no demuestran un efecto sostenible en largo plazo, los riesgos versus beneficios de su uso deben ser claramente evaluados por el tratante. Estas mismas combinaciones y un uso inadecuado pueden gatillar cuadros depresivos o incluso generar dependencia en pacientes que solicitan a diversos médicos prescripciones simultáneamente.

Si bien la cirugía se acompaña de una mejoría en el ánimo, autoestima e imagen corporal, los pacientes deben anticiparse a cambios en sus relaciones personales a medida que su familia y amigos se ajustan a su peso reducido y a sus estilos de vida más activos. Resulta también relevante diagnosticar adecuadamente la presencia de un trastorno de personalidad (en especial de personalidad borderline), ya que estos pacientes se descompensan después de la cirugía, pero los estudios han fallado en encontrar una psicopatología de personalidad que consistentemente prediga la pérdida de peso o la respuesta psicológica a la cirugía.

Referencias escogidas

1. Cormillot, A.; Zukerfeld, R. y cols.) : "Obesidad" Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 1977.
2. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service): "Definitions and Methods: Definitions of Obesity and Methods of Assesment". En Behavioral Treatment of Obesity, J.P. Foreyt (Ed.) pp 19-34, Pergamon Press, USA, 1980.
3. Wilson, G. T. "Behavior Therapy and the Treatment of Obesity". En The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity, W.R. Miller (Ed.) pp 207-240, Pergamon Press, USA, 1980.
4. Battle EK, Brownell KD. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: Treatment v/s prevention and policy. Addictive Behaviors 1996; 21: 755-765.
5. Foreyt J, Walker C, Goodrick GK.. Future Directions in Obesity and Eating Disorders. Addictive Behaviors 1996; 21: 767-778.
6. Documentos Programa de Obesidad, Departamento de Nutrición, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile
7. Brownell KD: The LEARN Program for Weight Control. American Health Publishing, Dallas, 1990.
8. Wadden TA. "Obesity" Capítulo 26.3 en :Kaplan Y Sadock" Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI" Sexta Edición Volumen 2, Pags. 1481-1491, Williams and Wilkins Baltimore, Maryland, USA, 1995.
9. Ericsson M, Walker CP and Foreyt J. Common Biological Pathways in Eating Disorders and Obesity. Adictive Behaviours 1996; 21: 733-743.