

Obesidad, ¿es un trastorno mental?

Susana Bacete *

Miriam Patricia Félix**

Cristina Banzo***.

Beatriz Ugalde*

María Guadalupe Rincón ^

Javier Quintero***.

* Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor.

** Psicología Clínica, Hospital Universitario Infanta Leonor.

***Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor.

Resumen:

Introducción: La obesidad es consecuencia de una desregulación entre la ingesta y el gasto energético, cuyas causas son complejas y multifactoriales, entre las que se encuentran los factores psicológicos, como sintomatología depresiva, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, trauma grave, y atracones.

Objetivos: Estudiar la prevalencia en el paciente con obesidad de sintomatología depresiva, ansiedad, trauma grave, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno por atracón en nuestro hospital. Proponer un modelo etiopatogénico de la obesidad basado en factores psicológicos. Comprobar la respuesta terapéutica al tratamiento con psicofármacos empleados según el perfil psicológico.

Material y métodos: Revisión bibliográfica en varias fuentes bibliográficas y análisis mediante test psicológicos y datos antropométricos de una muestra de pacientes mayores de 18 años con obesidad, seguidos en el Hospital Universitario Infanta Leonor por el servicio de Psiquiatría.

Resultados: En la muestra, un 80,9% presentaban sintomatología ansioso-depresiva, un 24,4% cumplían criterios para el trastorno por atracones, un 17,3% para el trastorno por estrés post-traumático y hasta el 15% de los casos se podían llegar a explicar por un hecho traumático grave. Los pacientes con obesidad se podrían clasificar en cinco dimensiones definidas por el modelo D.I.E.T.A.: disejecutivo/desorganizado, impulsivo, emocional, traumático, adictivo. Se puede lograr una pérdida de peso importante y mantenida a largo plazo con el uso de psicofármacos adecuados a las características psicológicas del paciente con obesidad.

Conclusiones: En la etiopatogenia de la obesidad, los factores psicológicos juegan un papel importante. Por tanto, el tratamiento debe ser multidisciplinar y escalonado, basado en la corrección de los hábitos de vida (dieta saludable y ejercicio físico regular) junto a tratamiento psicológico y farmacológico, en función de las características de la personalidad del paciente.

Palabras clave:

- Obesidad
- Psicológico
- Modelo

Obesity, is it a mental disorder?

Abstract:

Introduction: Obesity is the result of a deregulation between energetic intake and use, which causes are complex and multi factorial, among which there are psychological factors such as depressive symptoms, anxiety, attention deficit and hyperactivity, severe trauma, and binge eating.

Objectives: To study the prevalence in the patient with obesity of depressive symptoms, anxiety, severe trauma, attention deficit hyperactivity disorder and binge eating disorder in our hospital. Propose an etiopathogenic model of obesity based on psychological factors. Check the therapeutic response to treatment with psychotropic drugs used according to the psychological profile.

Keywords:

- Obesity
- Psychological
- Model 2



Material and methods: Bibliographic review in several bibliographic sources and analysis by means of psychological tests and anthropometric data of a sample of patients older than 18 years with obesity, followed in the "Infanta Leonor" University Hospital by the Psychiatry service.

Results: In the sample, 80.9% had anxiety-depressive symptomatology, 24.4% met criteria for binge eating disorder, 17.3% for post-traumatic stress disorder and up to 15% cases could be explained by a serious traumatic event. Patients with obesity could be classified into five dimensions defined by model D.I.E.T.A.: disexecutive / disorganized, impulsive, emotional, traumatic, addictive. A significant and sustained long-term weight loss can be achieved with the use of psychotropic drugs appropriate to the psychological characteristics of the patient with obesity.

Conclusions: In the etiopathogenesis of obesity, psychological factors play an important role. Therefore, the treatment must be multidisciplinary and staggered, based on the correction of life habits (healthy diet and regular physical exercise) together with psychological and pharmacological treatment, depending on the characteristics of the patient's personality.

Introducción

La obesidad todavía es una enfermedad crónica y su prevalencia sigue aumentando anualmente. Sabemos que es la consecuencia de un mayor aporte de energía en relación con su consumo, pero las causas de esta desregulación entre la ingesta y el gasto son complejas y multifactoriales(1). Dentro de ellas, hay un grupo de causas que solemos obviar, que son los factores psicológicos. Se calcula(2) que en los pacientes obesos, el 36% presentan sintomatología depresiva, el 53% presentan ansiedad, el 20,4% han sufrido un trauma psicológico grave, el 34'8% cumplen criterios de TDAH y el 48'3% cumplen criterios de trastorno por atracón según el DSM-5.

Objetivos

Estudiar la prevalencia en el paciente con obesidad de sintomatología depresiva, ansiedad, trauma grave, trastorno déficit de atención e hiperactividad y trastorno por atracón en nuestro hospital.

Proponer un modelo etiopatogénico de la obesidad para tratar de explicar las dimensiones psicológicas que subyacen a la obesidad.

Comprobar la pérdida de peso asociada al tratamiento con psicofármacos empleados según el perfil psicológico siguiendo el modelo D.I.E.T.A.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios donde se recogen datos sobre la prevalencia en personas con obesidad de sintomatología depresiva, ansiedad, trauma psicológico grave, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno por atracón, y se ha comparado con los datos obtenidos de una muestra amplia de nuestro hospital. Por otro lado, se ha clasificado a estos pacientes en función del modelo D.I.E.T.A. y se ha estudiado la pérdida de peso asociada al inicio de varios psicofármacos en función del perfil psicológico del paciente con obesidad..

Resultados

En series calculadas en nuestro hospital(3), hasta un 80'9% presentaban sintomatología ansioso-depresiva, un 24'4% cumplían criterios para el trastorno por atracones, un 17'3% para el trastorno por estrés post-traumático y hasta el 15% de los casos de obesidad se podían llegar a explicar por un hecho traumático grave. En particular, el trastorno por atracón es el segundo trastorno mental más frecuente en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, sólo por detrás de la depresión mayor; y se asocia a la recuperación ponderal tras los 2 años de la cirugía.

El modelo propuesto por el servicio de Psiquiatría del H.U.I.L. se ha denominado D.I.E.T.A. o E.A.T.-I.D.(4) y clasifica al paciente con obesidad en cinco dimensiones psicológicas: disejecutivo/desorganizado, impulsivo, emocional, traumático, adictivo. Se explican de la siguiente manera:

- ✓ D – Dimensión Disejecutiva o Desorganizada: son personas con dificultad para organizarse; no siguen horarios de comidas, no son capaces de planificar lo que van a comer a lo largo de la semana, se olvidan de comer, les cuesta asimismo reconocer adecuadamente las sensaciones de hambre y saciedad, etc. Son pacientes que presentan síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto.
- ✓ I – Dimensión Impulsiva: incluye a las personas que comen sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento, que no son capaces de controlar el deseo de comer, que ven un alimento atractivo y necesitan comerlo, que no pueden pasar por la cocina sin tomar algo, que compran sin planificación, que preparan los alimentos sin receta ni lista de ingredientes, que frecuentemente sufren descontrol en la cantidad (atracones) y en la calidad (comida basura) de los alimentos... Son pacientes que presentan síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto.
- ✓ E – Dimensión Emocional: incluye a aquellas personas para las que la comida se convierte en la válvula de escape o regulador de su malestar emocional (frustración, ira, enfado, rabia, etc.), que no son capaces de manejar mediante mecanismos de afrontamiento adaptativos; comer se convierte en su terapia, en su forma de relajarse y evadirse de los problemas. Suelen presentar rasgos del Trastorno por Ansiedad Generalizada y/o sintomatología depresiva.
- ✓ T – Dimensión Traumática: son personas que han sido víctimas de acontecimientos traumáticos graves como atentados, violencia de género, abusos sexuales, bullying, etc, con frecuencia en la infancia; también se incluyen en este grupo a personas que han sufrido problemas de apego. Estas personas se disocian de su realidad a través de la comida, es decir, olvidan los hechos traumáticos o se desconectan de la emoción que les genera. Suele verse en personas con normopeso que cambian de manera brusca hacia la obesidad en un determinado momento, normalmente mujeres jóvenes que han sufrido un acontecimiento traumático de carácter sexual.
- ✓ A – Dimensión Adictiva: son personas que tienen una sensibilidad a la recompensa aumentada y dificultad para retrasar la gratificación, de manera que tienen mayor tendencia a engancharse patológicamente a aquellas actividades que producen placer en poco

tiempo, como la comida. Tienden a comer alimentos de alta palatabilidad (ricos en azúcares simples o muy calóricos -pizzas, snacks, hamburguesas-), tienen mayor riesgo de padecer sobreingestas en forma de picoteos o atracones, y desarrollan craving, dependencia, abstinencia y tolerancia a la comida.

Se ha visto que cada grupo de paciente según el modelo D.I.E.T.A. tiene distinta respuesta (definida como pérdida de peso mantenida a largo plazo) a los psicofármacos empleados como tratamiento coadyuvante(5):

- a) Perfil Disejctutivo: responden excelentemente a Metilfenidato(5-60 mg/día) o Lisdexanfetamina(30-70 mg/día).
- b) Perfil Impulsivo: responden excelentemente a Topiramato(25-600 mg/día) o Zonisamida(100-400 mg/día).
- c) Perfil Emocional: responden excelentemente a Fluoxetinaa dosis altas (40-80 mg/día) y Agomelatina(25-50 mg/noche).
- d) Perfil Traumático: responden a Sertralina(50-200 mg/día).
- e) Perfil Adictivo: responden excelentemente a Bupropión(150-300 mg/día) +/- Naltrexona(25-150 mg/día)(6).

Discusión

Detrás de cada persona con obesidad suelen esconderse diversas dificultades a nivel psicológico o un patrón psicológico alterado(4). La comida y el peso serían sólo la punta de un iceberg en el que debajo está todo lo psicopatológico. Por tanto, hemos de ver al paciente obeso como una persona que, no es que no quiera adelgazar o que le falte fuerza de voluntad para seguir una dieta y realizar ejercicio, sino que presenta distorsiones cognitivas y dificultades para la regulación emocional de diferente grado y variable que requiere ser corregida o paliada para ser capaz de perder peso. De esta forma y al igual que demuestran los estudios, la sola combinación de dieta y ejercicio no son suficientes, sino que hace falta combinarlo con intervención psicológica

Conclusión

Dado que la obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial, el tratamiento debe ser multidisciplinar y escalonado, basado en la corrección de los hábitos de vida (dieta saludable y ejercicio físico regular) junto a tratamiento psicológico y farmacológico en función de las características de la personalidad del paciente

Bibliografía

1. Arthur C. Guyton & John E. Hall. *Tratado de Fisiología Médica. Duodécima edición.* Elsevier;
2. Cristina Banzo Arguis. *La impulsividad como modulador de los diferentes fenotipos clínicos en el paciente obeso. [Facultad de Medicina]; Zaragoza; 2016.*
3. Javier Quintero MPF, Cristina Banzo Arguis BS, et al. *Psicopatología en el paciente obeso.*
4. J. Quintero, M.P. Félix CB, S. Fernández FM. *Hambre, Emociones Y Cerebro. Comer Con Cabeza. Primera. España: Bonalletra Alcompas S.L.; 2018. 144 p. (Neurociencia & Psicología).*
5. Miriam P Félix Alcántara; Francisco Javier Quintero. *Modelo D.I.E.T.A. Tratamiento farmacológico. 2017.*
6. *Naltrexone/bupropion for obesity. Drug Ther Bull. noviembre de 2017;55(11):126-9.*