



## Consecuencias emocionales y alternativas de intervención psicológica en sujetos con obesidad (*Mental consequences and alternative of psychological interventions in subjects with obesity*).

Jorly Mejia-Montilla<sup>1</sup>, Nadia Reyna-Villasmil<sup>1</sup>, Alfonso Bravo-Henríquez<sup>1</sup>, Andreina Fernández-Ramírez<sup>1</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil<sup>2</sup>✉

<sup>1</sup> Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

<sup>2</sup> Servicio de Investigación y Desarrollo. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Venezuela.

Recibido: 24 de Abril de 2020.

Aceptado: 24 de Abril de 2022.

Publicado online: 11 de Mayo de 2022.

[REVISIÓN]

PII: PII: S2477-9369(21)1003-R

### Resumen(español)

La epidemia de exceso de peso y obesidad afecta cada vez a más personas y en la actualidad es un problema global de rápida propagación. Los sujetos obesos, aparte de presentar alteraciones fisiopatológicas que conducen a enfermedades con complicaciones agudas y crónicas, también pueden experimentar dificultades conductuales y de funcionamiento psico-social. Existe evidencia que demuestra que las personas obesas tienen menor autoestima, una imagen corporal negativa, menor sentido de autoeficacia e incapacidad para cambiar situaciones personales o sociales específicas, a menudo, sufren trastornos del estado de ánimo y depresión. Debido a la naturaleza multidisciplinaria de esta condición, el tratamiento médico o quirúrgico de la obesidad generalmente no es efectivo si no es posible combinar la cooperación de médicos, nutricionistas-dietistas y psicólogos. Las intervenciones psicológicas pueden acelerar y fortalecer el efecto del tratamiento dietético y la actividad física, que son elementos claves para disminuir el exceso de peso corporal. El objetivo de la revisión es evaluar las consecuencias emocionales y alternativas de intervención psicológica en sujetos con obesidad.

### Palabras clave(español)

*Consecuencias emocionales; Intervención psicológica; Obesidad.*

### Abstract(english)

The obesity and overweight epidemic are affecting more and more people and is now a rapidly spreading global problem. Obese subjects, apart from presenting pathophysiological disorders that lead to diseases with acute and chronic complications, can also experience behavioral and psycho-social functioning difficulties. There is evidence to show that obese people have lower self-esteem, a negative body image, less sense of self-efficacy and inability to change specific personal or social situations, and often suffer from mood disorders and depression. Due to the multidisciplinary nature of this condition, medical or surgical treatment of obesity is generally not effective if the cooperation of doctors, nutritionists-dietitians, and psychologists cannot be combined. Psychological interventions can accelerate and strengthen the effect of

dietary treatment and physical activity, which are key elements to decrease excess body weight. The objective of the review is to evaluate the emotional consequences and alternative of psychological interventions in subjects with obesity.

### Keywords(english)

*Mental consequences; Psychological interventions; Obesity.*

## Introducción

El número de personas obesas crece a ritmo alarmante. Según informes de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente mil millones de adultos tienen sobrepeso (índice de masa corporal entre 25 y 29,9 Kg/m<sup>2</sup>), mientras que más de 300 millones son obesas (índice de masa corporal superior a 30 Kg/m<sup>2</sup>). Algunos investigadores han sugerido en la próxima década la cantidad de sujetos con sobrepeso superará 2.500 millones (1,2). La circunferencia promedio de cintura en ciudadanos de Estados Unidos ha aumentado en 10 centímetros en los hombres y 17 centímetros en las mujeres desde la década de 1960 (1). Los problemas sanitarios causados por sobrepeso y obesidad también están creciendo en todos los países y el exceso de grasa corporal es una epidemia a escala global.

La obesidad es definida como el estado de aumento patológico de la grasa corporal, que es un componente integral del cuerpo (2). Esto produce gran cantidad de cambios patológicos que afectan negativamente la salud. Existen varias clasificaciones de la obesidad, pero el más utilizado y popular es el tipo de etiología que lleva a su aparición. Esta clasificación divide en primaria, también conocida como obesidad simple y secundaria o sintomática. El primer tipo aparece del balance energético positivo, que conduce a aumento de peso secundario a hábitos alimenticios incorrectos e inactividad física. La secundaria está determinada por factores genéticos, trastornos hormonales, enfermedades orgánicas o por el uso de fármacos que llevan a aumento de peso (3).

Existen otras formas de clasificación y diagnóstico de la obesidad. Sin embargo, la forma más simple y común para establecer la severidad es la relación entre peso corporal y talla (3). El índice de masa corporal es útil para cumplir este objetivo y es interpretado como se muestra en la tabla 1.

La obesidad produce problemas en diferentes esferas personales, además de los efectos estéticos potencialmente negativos. El exceso de peso corporal puede ser la causa de complicaciones médicas y alteraciones funcionales en varios órganos y sistemas. Los resultados de diferentes investigaciones demuestran que los sujetos no fumadores con sobrepeso u obesidad tienen mayores posibilidades de

muerte por causas cardiovasculares (4). Además, el exceso de grasa corporal puede llevar al desarrollo de hipertensión y enfermedad cardíaca coronaria. Otras patologías frecuentemente asociadas son: Diabetes no insulino dependiente, trastornos del metabolismo lipídico, síndrome de ovarios poliquísticos, de apnea del sueño, patologías biliares y enfermedad degenerativa espinal. También existe mayor riesgo de cáncer en individuos obesos, incluido colorrectal, de mama y de endometrio (5).

La epidemia de obesidad conlleva a aumento de los costos económicos, pueden ser divididos en directos e indirectos (6). Los primeros incluyen gastos de atención médica, exámenes médicos, hospitalización, medicamentos y otros asociados con el tratamiento de las complicaciones. Los costos indirectos incluyen pérdidas en la productividad individual y social, relacionados con días perdidos de trabajos por enfermedad y diferentes tipos de discapacidad (2).

El exceso de peso también afecta la interacción social de los sujetos. Las personas obesas, a menudo, son consideradas menos atractivas y pueden ser objeto de insultos o burlas desagradables. Este fenómeno de estigmatización afecta a niños y a adultos (7). Incluso personal médico y estudiantes de medicina ven negativamente a los individuos obesos. Estudiantes de medicina calificaron a algunas mujeres con sobrepeso como más reactivas desde el punto de vista emocional, lo que significa que son más sensibles y tienden a reaccionar más agresivamente a estímulos que no causarían esos efectos en la mayoría de las personas. Ellos también calificaron a las mujeres obesas con menor autoestima y más susceptibles a la falta de progresos de los regímenes de reducción de peso (8). Las personas obesas pueden tener más dificultades para encontrar trabajo o alquilar una vivienda. Además, los empleadores, a pesar de tener formación similar, prefieren emplear a personas no obesas que a sujetos con sobrepeso u obesidad (9). En el trabajo, los empleados obesos ganan menos que las personas más delgadas (10).

De igual forma, las personas mayores de 25 años con obesidad severa (índice de masa corporal mayor de 40 kg/m<sup>2</sup>) tienen menor apoyo social, especialmente de la familia inmediata, junto a mayores

**Tabla 1.** Grados de obesidad dependiendo del Índice de masa corporal.

Índice de masa corporal	Grado de obesidad
< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	Bajo peso corporal.
18,5–24,9 kg/m <sup>2</sup>	Peso corporal normal.
25–29.9 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso
30–34.9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad de primer grado
35–39,9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad de segundo grado.
> 40 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad de tercer grado.

niveles de estrés (11). En la vida social, las personas obesas asisten a actividades sociales y tienen reuniones con amigos con menos frecuencia comparados con las personas de peso normal. También realizaban actividad física y caminatas con menor frecuencia (12), aspectos que aumentan la posibilidad de continuar con peso corporal excesivo. Es posible que estas alteraciones en la vida social de las personas obesas puedan estar asociadas con baja autoestima causado por la apariencia física.

La evidencia actual sugiere que la relación entre obesidad y los diferentes aspectos emocionales es de naturaleza bidireccional, ya que el aumento de peso está asociado con múltiples disfunciones psicológicas y, al mismo tiempo, se ha demostrado que varios subconjuntos de características de la personalidad conllevan a mayor riesgo de desarrollar obesidad. La obesidad implica de manera variable diferentes vías patogénicas, que incluyen inflamación sostenida, trastornos endocrinos y alteraciones metabólicas, que pueden influir y combinarse entre sí, posiblemente siendo, a la vez, causa y efecto. Además, los factores emocionales, psicológicos y psicopatológicos contribuyen en gran medida al desarrollo y mantenimiento de la obesidad, lo que brinda conocimientos interesantes sobre la medicina para el tratamiento de esta condición y representa posibles objetivos tanto para el tratamiento como para su prevención (13,14). El objetivo de la revisión narrativa fue evaluar las consecuencias emocionales y alternativas de intervención psicológica en sujetos con obesidad.

### Metodología de la búsqueda de la información

Entre enero y diciembre de 2019 fueron examinadas las bases de datos electrónicas de literatura científica biomédica (UP To DATE, OVIDSP, ScienceDirect, SciELO y PUBMED) para investigar los artículos elegibles en los últimos 30 años (1989- 2019).

Los términos de búsqueda en las bases de datos empleados fueron: “consecuencias emocionales”, “intervenciones psicológicas”, “obesidad”. y “tratamiento”. Se incluyeron los artículos disponibles en inglés. Fueron escogidos estudios realizados exclusivamente en humanos, ya que los avances más importantes en los aspectos psicológicos de la enfermedad han sido realizados en las últimas tres décadas. Muchas de las bases biológicas de los factores de riesgo cardiovasculares han sido reportados en los últimos 30 años. La evidencia seleccionada para esta revisión fue incluida, ya que fue considerada como relevante y actualmente vigente en la evaluación de los aspectos emocionales / psicológicos de la obesidad.

### Consecuencias emocionales de la obesidad

El aumento del peso corporal en forma excesiva puede conducir a disminución de la calidad de vida, no solo por consecuencias médicas, económicas y sociales, sino también a situaciones psicológicas potencialmente difíciles, lo cual puede desembocar en otras dificultades y cargas psicológicas (13-27).

#### **Depresión y trastorno del estado de ánimo.**

Tanto la obesidad como la depresión conducen a complicaciones médicas y en las últimas dos décadas se ha descrito aumentos significativos en la frecuencia de ambas condiciones (15). No obstante, la asociación entre depresión y obesidad no son concluyentes. Inicialmente, no existía evidencia significativa entre la frecuencia y severidad de la depresión en personas obesas comparada con sujetos con peso normal. Sin embargo, esto ha ido cambiando con los hallazgos de diferentes estudios de la asociación entre la obesidad y los síntomas de depresión, así como entre la obesidad y antecedentes de depresión (16). Las mujeres con índice de masa corporal más alto tenían mayor incidencia de depresión e ideas suicidas comparado con mujeres con peso normal. En forma global, los episodios depresivos fueron más frecuentes en aquellas mujeres con índice de masa corporal superior a 40 kg/m<sup>2</sup> (17). Por otra parte, las personas con obesidad de tercer grado experimentaron más episodios de depresión severa comparadas con aquellos con obesidad de primer y segundo grado (15). Finalmente, tanto el sobrepeso como la obesidad son observados con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Los sujetos con bajo índice de masa corporal tienen mayor frecuencia de depresión melancólica (18).

Probablemente la depresión es una de las causas de obesidad (19). Aquellos sujetos con depresión secundaria tratados con antidepresivos pueden

umentar de peso y llegar a presentar sobrepeso / obesidad debido a los efectos secundarios de los fármacos prescritos. Por otra parte, los sujetos pueden intentar superar el episodio de depresión ingiriendo en alimentos en exceso o consumiendo productos de alto contenido energético (dulces y/o alimentos grasos que aumentan la producción del neurotransmisor serotonina), lo que conduce a equilibrio energético positivo, que a largo plazo y en forma sostenida, lleva a exceso de peso, sobrepeso y la obesidad (20). Estos cambios anímicos tienen duración limitada, pero si la persona afectada puede sentir un nuevo vacío emocional y para intentar sobrellevar el deterioro emocional, vuelve a comer en exceso. Este es un mecanismo peculiar de un círculo vicioso en el cual causas y consecuencias puede reforzarse mutuamente (14).

**Baja autoeficacia.** Este concepto está referido al logro de diferentes objetivos. El sentido de autoeficacia está referido a creencias individuales sobre capacidad de utilizar recursos cognoscitivos y energéticos para cumplir con las necesidades de su entorno (21). Esta es útil para tomar decisiones correctas, así como para formular y alcanzar los diferentes objetivos planteados. Una persona con alto sentido de autoeficacia no debería tener miedo a nuevos desafíos y tareas, porque conoce las competencias adecuadas y necesarias para alcanzar sus metas (14).

Las personas con obesidad a menudo presentan sentimientos de impotencia y falta de influencia en situaciones específicas (22). Los diferentes intentos fallidos de reducir el peso excesivo y la incapacidad de realizar cambios en los hábitos alimenticios llevan a perder la capacidad de creer en sí mismos para modificar su situación actual y lograr los objetivos propuestos. La pérdida o disminución de la capacidad de autoeficacia dificulta el proceso de cambio en la alimentación y contribuye con la persistencia de decisiones dietéticas inadecuadas. También puede generalizarse a otras esferas de la vida y causar la sensación general de falta de control en la actuación personal y social.

**Emociones negativas.** La lucha contra el sobrepeso y la obesidad, además del hecho de múltiples fracasos para reducir el exceso de peso corporal contribuye al creciente sentimiento de culpa, daño, resentimiento y vergüenza derivados de las modificaciones de la imagen corporal (23). A las personas con obesidad sometidas a cirugía se les preguntó sobre si les gustase reemplazar la obesidad por algún otro trastorno y respondieron que preferirían sufrir de acné, dislexia, sordera o diabetes. Algunas

incluso ceguera o amputación de alguna extremidad (24). Lo anterior es reforzado por disminución adicional de la autoestima, secundaria a la percepción negativa de su apariencia corporal.

En algunos casos, la baja autoestima, que inicialmente solo está asociada a la modificación de la apariencia física, puede ser trasladada a otros aspectos de la vida diaria (25). Como resultado de esto, es posible observar generalización excesiva y sensación de desesperanza que afecta diferentes aspectos profesionales, emocionales y de cualquier otro tipo de la conducta de los individuos. Esta percepción negativa de la autoestima, en algunos casos, está reforzada por reacciones negativas del entorno social, falta de apoyo, conceptos erróneos y pensamiento estereotípico sobre las personas con sobrepeso / obesidad (13,14).

**Imagen corporal negativa.** La obesidad está asociada, entre otras cosas, con una enorme presión cultural y social para tener una figura delgada. Las mujeres obesas tienen mayor grado de insatisfacción con su propia imagen corporal y mayor deseo de tener una figura estilizada comparado con aquellas que tienen peso corporal normal. La mayoría de las mujeres obesas no aceptaban su apariencia y percibían su cuerpo con un mayor grado de obesidad comparado con la realidad (26).

Los factores que tienen impacto negativo en la satisfacción de la apariencia propia son: opiniones negativas de otras personas y comparaciones con otros sujetos. La falta de satisfacción con la apariencia propia debería ser el factor motivador para tomar diferentes acciones que finalmente llevarían al cambio de aspecto físico (en el caso de personas con obesidad sería la pérdida del exceso de peso). Sin embargo, las actividades y regímenes de pérdida de peso en múltiples ocasiones representan cambios en hábitos de salud y estilo de vida que pueden llevar a conductas radicales y perjudiciales como: uso de agentes o maniobras eméticas, consumo de laxantes o agentes farmacológicos con efectos secundarios severos, prácticas de ayuno que conduce a escasez de micro y macronutrientes. Esto lleva a complicaciones sustanciales, terminando en fracasos, recuperación del exceso de peso corporal o, incluso, la muerte (27).

Los estudios sobre respuesta a la imagen corporal en personas con obesidad no han aportado resultados claros. Por un lado, han demostrado que, en forma general, las mujeres sobreestiman sus medidas corporales y perciben su figura como demasiado grande. Mientras que algunas mujeres imaginan que su cuerpo es más delgado que la realidad. En mujeres en tratamiento para lograr perder peso más del 90 % de las seleccionadas no fueron capaces de discriminar en

forma correcta entre las formas subjetivas y objetivas de su propia imagen corporal. Las figuras femeninas obtenidas de este estudio no solo eran más delgadas, sino también más jóvenes (28).

#### **Obsesión con la alimentación y los alimentos.**

Las personas obesas, especialmente aquellas en regímenes dietéticos que tratan de reducir el exceso de peso corporal, desarrollan pensamientos obsesivos sobre alimentos y calorías, lo que probablemente es debido al hecho que están haciendo grandes esfuerzos en la pérdida de peso durante periodos prolongados (22). La creencia popular de abstenerse de consumir alimentos propone que evitar algunas comidas puede traducirse en mayor pérdida de peso por los sujetos obesos. Sin embargo, abstenerse de pensar en la alimentación y los alimentos resulta, en forma paradójica, en pensamientos sobre estos y deseo de buscar algo para comer en forma más frecuente. Existe evidencia que las personas que adelgazan consumen mayor número de alimentos al abstenerse de comer comparado con aquellas que no estaban en tratamiento de reducción de peso (12).

**Agresividad.** El grado de agresividad en personas obesas parece no ser diferente, desde el punto de vista general y en formas individuales de agresividad, comparado con personas de peso corporal normal. No obstante, la irritación es mayor y está acompañada de valores relativamente más bajos en la escala de propensión a la culpa y la vergüenza en los sujetos obesos comparado con los no obesos (29)<sup>\*\*\*</sup>. Basándose en esto, es posible considerar que los sujetos con obesidad pueden ser más proclives a reaccionar con emociones fuertes ante provocaciones mínimas y la fuerza de estas reacciones, en ocasiones, puede ser desproporcionada. El bajo puntaje en el cuestionario de los sentimientos de culpa, como valoración negativa o remordimiento que afecta los sistemas de valor propio por sentir que se ha infringido una norma, que es contrario al pensamiento estereotípico de la conducta de sujetos con sobrepeso / obesidad, puede deberse a la percepción externa de control. Es decir, a la creencia que los eventos vitales son provocados por fuerzas externas en lugar de ser controlados por el individuo (30).

**Disfunciones sexuales.** Numerosos estudios han documentado los deterioros en la calidad de vida asociados con la obesidad extrema. El comportamiento y el funcionamiento sexuales es un aspecto importante de la calidad de vida, pero con frecuencia se pasa por alto en los estudios de investigación y en la atención clínica (31-34). Alrededor de dos terceras partes de las personas con índice de masa corporal superior a 41 kg/m<sup>2</sup> tienen algún tipo de disfunción sexual

comparado con 5 % de las personas con peso corporal normal. Entre el grupo de obesos, 50 % no tenía deseo sexual, 42 % presentaba problemas sentimentales durante el acto sexual y 41 % evitó cualquier tipo de contacto sexual. Estas disfunciones pueden estar estrechamente relacionadas con menor grado de autoestima, disminución de la capacidad de autoeficacia y percepción corporal negativa por las personas con sobrepeso / obesidad (31).

#### **Trastornos alimenticios asociados a la obesidad**

Entre las consecuencias psicológicas asociadas a la obesidad, existen trastornos y síndromes psicológicos que son difíciles de identificar de forma clara como causas o consecuencias del exceso de peso corporal y asociadas a la obesidad. Estos incluyen (35,36):

- Trastorno de atracón compulsivo, reportado en aproximadamente 30 % de los sujetos obesos,
- Trastorno de alimentación nocturna, a menudo reportado en sujetos con obesidad extrema, bulimia nerviosa y varios tipos de adicción, que a menudo incluyen adicción a la comida.

Las mujeres obesas diagnosticadas con trastorno de atracón compulsivo tienen peor estado de ánimo, lo que las lleva a una ingesta excesiva de alimentos. Las mujeres con este diagnóstico y que presentan estrés moderado ingirieron 118 Kcal/día más, mientras que los hombres ingirieron 182 Kcal/día más de lo habitual (23).

Una de las variedades el trastorno de alimentación nocturna es el trastorno alimentario relacionado con el sueño, descrito como un tipo específico de sonambulismo. Las personas con este trastorno consumen grandes cantidades de alimentos por la noche, pero, a diferencia de las personas con trastorno de alimentación nocturna, no recuerdan el episodio de alimentación nocturna (37).

#### **Cambios psicológicos a través de los regímenes dietéticos**

A menudo el proceso de pérdida de peso y la decisión de cambiar hábitos alimenticios es una carga y fuente de tensión adicional para los sujetos afectados. Existe evidencia de aparición de sentimientos como impotencia y pérdida que llevan a depresión durante el periodo de cumplimiento de la dieta (36). Además, las personas sometidas a regímenes dietéticos restrictivos pueden experimentar con frecuencia depresión,

ansiedad e irritabilidad. También ha sido descrita fijación de ideas sobre temas de alimentación y nutrición, así como mayor frecuencia de pensamiento sobre alimentos (38). Después de lograr los efectos deseados (pérdida del exceso de peso), los pacientes pueden estar decepcionados con la nueva situación y a menudo, están inconformes del proceso y los resultados del cambio de apariencia externa y situación social. Sin embargo, no todos los pacientes experimentan emociones negativas asociadas al resultado de los cambios dietéticos. Algunos sujetos pueden adaptarse en forma adecuada a la nueva situación y no experimentan ansiedad o cambios de humor (39). Existe evidencia que demuestra que la cantidad excesiva de peso corporal afecta significativamente el grado de ansiedad, tensión mental y autoestima en mujeres obesas. Por lo tanto, la pérdida de peso puede ser un elemento importante que contribuye a disminuir la ansiedad y mejora el funcionamiento mental en algunas mujeres (40).

El simple hecho de seguir un régimen dietético para la pérdida de peso está asociado a cambios psicológicos. El tipo de régimen también es un elemento importante. Las dietas que disminuyen la ingesta de carbohidratos en forma marcada pueden conducir a cambios emocionales negativos. Al comparar personas en regímenes dietéticos con contenido limitado de carbohidratos y mayor contenido de grasa reaccionó a factores estresantes externos con estados de ánimo negativos, junto a mayor grado de fatiga comparado con sujetos con regímenes con el mismo valor energético, pero con mayor cantidad de carbohidratos. También mostraron sentimientos menos positivos junto a disminución de la sensación de paz mental (7).

### **Intervenciones psicológicas en el tratamiento de la obesidad**

Debido a que la obesidad es una enfermedad que afecta diferentes áreas del funcionamiento y conducta humana, el tratamiento también debe ser interdisciplinario y necesita del trabajo y cooperación de especialistas de diversos campos de la ciencia y la práctica clínica (41). El exceso de peso corporal puede ser tratado con agentes farmacológicos, regímenes dietéticos adecuados, cambios de hábitos alimenticios, programas de actividad física y métodos quirúrgicos (42).

Sin embargo, el proceso de pérdida de peso no es fácil para la mayoría de las personas afectadas y generalmente produce frustración (43). Con frecuencia múltiples intentos para reducir el exceso de peso no

producen efectos rápidos y fácilmente perceptibles, lo que lleva a desánimo y abandono del tratamiento dietético (14). Por lo tanto, el apoyo psicológico es útil y, a menudo, es un elemento clave del programa de pérdida de peso. Las intervenciones psicológicas son un complemento al tratamiento integral de los sujetos con exceso de peso corporal y puede aumentar la efectividad de otros métodos de tratamiento de la obesidad (44).

Varios estudios han analizado el papel de la intervención psicológica dentro de un tratamiento multidisciplinario para tratar la obesidad. Parece unánime el acuerdo respecto de los beneficios que conlleva dicha intervención comparado con tratamientos que no la incluyen (45). Existen dos formas básicas de terapia psicológica en personas obesas: ayuda psicológica y psicoterapia. La primera forma no requiere participación de psicólogos, ya que puede ser proporcionada por cualquier persona no especializada en un intento de suministrar apoyo psicológico y emocional (23). Esta es inmediata y de corta duración, mientras que la psicoterapia tiene mayor duración, los sujetos debe participar activamente y es realizada por personal capacitado para este propósito. La psicoterapia está basada en el proceso de descubrir las causas psicológicas más profundas de la obesidad y no solo las potencialmente relacionadas con las condiciones actuales. Puede realizarse en forma individual o grupal. La psicoterapia grupal no permite analizar los conflictos internos más profundos de los sujetos, pero a menudo puede combinar el tratamiento con la educación. Es utilizada primordialmente en programas comerciales o grupos de autoayuda y es la forma más efectiva de intervención psicológica en el tratamiento de la obesidad (39).

Las terapias individuales pueden utilizar diversos enfoques psicológicos. Los más utilizados en el tratamiento del sobrepeso / obesidad son: terapia psicodinámica, psicoanalítica, conductual-cognitiva y sistémica. Las relaciones con los objetos son la base teórica de la terapia psicodinámica, la cual está centrada en descubrir los conflictos profundos e inconscientes en la relación, a menudo perturbada, con el objeto básico (22). En conceptos psicoanalíticos, las causas del exceso de peso corporal incluyen: ego débil, trastornos de la fase oral, conflictos en la fase edipal (12). En el enfoque sistemático, el énfasis está en la naturaleza de la familia y el papel-función de la persona con obesidad dentro de ella. La obesidad del sujeto puede ser considerada como una manifestación de relaciones familiares perturbadas y para comunicarse con otros miembros (22).

El enfoque cognitivo-conductual parece ser la forma de tratamiento más útil entre las intervenciones psicológicas de la obesidad. El enfoque cognitivo-conductual combina técnicas conductuales centradas en fortalecer hábitos alimenticios normales, eliminación de comportamientos anormales y aumento de la motivación para realizar actividades físicas (39). Las formas de trabajo están basadas en el enfoque cognoscitivo y están fundamentados en cambiar patrones anormales (forma de pensar del sujeto sobre comida, dieta y estilo de vida) junto a representaciones mentales que pueden ser las principales barreras para mantener el proceso de pérdida de peso corporal. Las técnicas conductuales, utilizadas en conjunto con técnicas cognitivas, mejoran la efectividad de los tratamientos para reducir el exceso de peso y están centradas en identificar y modificar pensamientos negativos - falsos y creencias sobre nutrición e incentivando la motivación de las personas (44). Los resultados indican que este tipo de intervención reducen el peso, masa grasa y relación cadera-cintura. También mejora aspectos psicológicos, psicosociales y aquellos vinculados directamente con la salud. Algunos programas psicológicos no emplean otro tipo de intervenciones, como la terapia de aceptación y compromiso, si bien suelen incluir técnicas de modificación de hábitos y cambios a nivel cognitivo y psicosocial (45).

El proceso de pérdida de peso suele ser largo, difícil y agotador (13,14,43). Después de obtener efectos iniciales, las personas comienzan un período en el cual, a pesar de continuar el tratamiento dietético, el peso corporal permanece con pocos cambios. Por ese

motivo es fundamental apoyar a los sujetos a mantener la motivación, que tiende a debilitarse en el tiempo, ya que es un elemento básico para lograr la pérdida del exceso de peso en forma definitiva (42).

## Conclusiones

La obesidad es una condición caracterizada por el aumento del peso y/o grasa corporal que conlleva a problemas de salud e insatisfacción con la apariencia personal. Además, está asociada a un número creciente de problemas emocionales involucrados en la patogenia. Condiciones como baja autoestima, estado de ánimo depresivo y baja sensación de autoeficacia son sensaciones, que a menudo, intensifican la percepción de un estado físico corporal anormal. Las posibles relaciones entre obesidad y aspectos psicológicos / emocionales todavía son desconocidos. La evidencia parece apuntar hacia un abordaje diferentes del paciente obeso, en función la presencia o no de alteraciones psicológicas. Este tipo de manejo puede proporcionar ventajas a las estrategias convencionales. Es necesario realizar más estudios para tratar de mejorar el conocimiento de los factores psicológicos involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, que permita obtener mejores resultados del tratamiento en sujetos obesos.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

## Referencias

1. Kilov D, Kilov G. Philosophical determinants of obesity as a disease. *Obes Rev.* 2018; 19: 41-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
2. Komaroff M. For Researchers on Obesity: Historical Review of Extra Body Weight Definitions. *J Obes.* 2016; 2016: 2460285. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
3. Tapsell LC, Neale EP. The Effect of Interdisciplinary Interventions on Risk Factors for Lifestyle Disease: A Literature Review. *Health Educ Behav.* 2016; 43: 271-85. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
4. Bjørge T, Häggström C, Ghaderi S, Nagel G, Manjer J, Tretli S, Ulmer H, Harlid S, Rosendahl AH, Lang A, Stattin P, Stocks T, Engeland A. BMI and weight changes and risk of obesity-related cancers: a pooled European cohort study. *Int J Epidemiol.* 2019; 48: 1872-85. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
5. Fava MC, Agius R, Fava S. Obesity and cardio-metabolic health. *Br J Hosp Med (Lond).* 2019; 80: 466-71. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
6. Kremers S, Reubsæet A, Martens M, Gerards S, Jonkers R, Candel M, de Weerd I, de Vries N. Systematic prevention of overweight and obesity in adults: a qualitative and quantitative literature analysis. *Obes Rev.* 2010; 11: 371-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
7. Teixeira PJ, Marques MM. Health Behavior Change for Obesity Management. *Obes Facts.* 2017; 10: 666-73. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
8. Patrizi J, Sharma TR. Obesity and Weight-Biased Shaming in South Carolina: A Medical Student's Perspective. *South Med J.* 2018; 111: 690. [\[PubMed\]](#)
9. Varela-Moreiras G. Controlling obesity: what should be changed? *Int J Vitam Nutr Res.* 2006; 76: 262-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
10. von Lengerke T, Mielck A; KORA Study Group. Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and

- men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health*. 2012; 12: 342. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
11. Levers-Landis CE, Olayinka O, Burant C, Moore S. Predictors of Weight-Related Quality of Life in Adolescents Who Are Overweight or Obese. *J Dev Behav Pediatr*. 2018; 39: 126-35. [\[Google Scholar\]](#)
  12. Rogers PJ, Brunstrom JM. Appetite and energy balancing. *Physiol Behav*. 2016; 164(Pt B): 465-71. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  13. Değirmenci T, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Sözeri-Varma G, Özdel O, Fenkçi S. Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Noro Psikiyatr Ars*. 2015; 52: 42-6. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  14. Weiss F, Barbuti M, Carignani G, Calderone A, Santini F, Maremmani I, Perugi G. Psychiatric Aspects of Obesity: A Narrative Review of Pathophysiology and Psychopathology. *J Clin Med*. 2020; 9: 2344. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  15. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Asian J Psychiatr*. 2016; 21: 51-66. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  16. Xin LM, Chen L, Su YA, Yang FD, Wang G, Fang YR, Lu Z, Yang HC, Hu J, Chen ZY, Huang Y, Sun J, Wang XP, Li HC, Zhang JB, Osser DN, Si TM. Prevalence and clinical features of atypical depression among patients with major depressive disorder in China. *J Affect Disord*. 2019; 246: 285-289. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  17. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64: 32-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  18. Berlin I, Lavergne F. Relationship between body-mass index and depressive symptoms in patients with major depression. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(2): 85-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  19. Grigoon RB, Trevizol AP, Gerchman F, Bambokian AD, Magee T, McIntyre RS, Gomes FA, Brietzke E, Mansur RB. Is obesity a determinant of success with pharmacological treatment for depression? A Systematic Review, Meta-Analysis And Meta-Regression. *J Affect Disord*. 2021; 287: 54-68. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  20. Gadalla TM. Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Dis. Can*. 2009; 30: 29-36. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  21. Wood R, Bandura A. Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *J Pers Soc Psychol*. 1989; 56: 407-15. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  22. Tobore TO. Towards a comprehensive theory of obesity and a healthy diet: The causal role of oxidative stress in food addiction and obesity. *Behav Brain Res*. 2020; 384: 112560. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  23. Baker PR, Francis DP, Soares J, Weightman AL, Foster C. Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 1: CD008366. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  24. Velcu LM, Adolphine R, Mourelo R, Cottam PR, Angus LD. Weight loss, quality of life and employment status after Roux-en-Y gastric bypass: 5-year analysis. *Surg Obes Relat Dis*. 2005; 1: 413-6. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  25. Hill AJ. Obesity in children and the 'myth of psychological maladjustment': Self-esteem in the spotlight. *Curr Obes Rep*. 2017; 6: 63-70. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  26. Ambroziak KB, Azañón E, Longo MR. Eating and body image: Does food insecurity make us feel thinner? *Behav Brain Sci*. 2017; 40: e106. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  27. Lu HY, Hou HY. Testing a model of the predictors and consequences of body dissatisfaction. *Body Image*. 2009; 6: 19-23. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  28. Duarte C, Stubbs JR, Gilbert P, Stalker C, Catarino F, Basran J, Horgan G, Morris L. The Weight-Focused Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale: Confirmatory Factor Analysis and associations with control, loss of control of eating and weight in overweight and obese women. *Psychol Psychother*. 2019; 92: 539-553. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  29. Roberts CA. Physical and Psychological Effects of Bariatric Surgery on Obese Adolescents: A Review. *Front Pediatr*. 2021; 8: 591598. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  30. Isenovic ER. Clinical approach for the treatment of obesity-associated diseases. *Curr Pharm Des*. 2019;25: 2017-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  31. Alekseeva TA, Shariya MA, Gamidov SI, Elfimova EM, Starostin IV, Litvin AY, Chazova IE. Interrelation of erectile dysfunction with obesity in patients with arterial hypertension. *Ter Arkh*. 2018; 90: 84-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  32. Sarwer DB, Hanson AJ, Voeller J, Steffen K. Obesity and Sexual Functioning. *Curr Obes Rep*. 2018;7:301-7. [\[PubMed\]](#)
  33. Kolotkin RL, Zunker C, Østbye T. Sexual functioning and obesity: a review. *Obesity (Silver Spring)*. 2012;20:2325-33. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  34. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obes Surg*. 2012;22: 668-76. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  35. Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2011; 34: 773-83. [\[PubMed\]](#)
  36. Jumbe S, Hamlet C, Meyrick J. Psychological Aspects of Bariatric Surgery as a Treatment for Obesity. *Curr Obes Rep*. 2017; 6: 71-78. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  37. Pinto TF, Silva FG, Bruin VM, Bruin PF. Night eating syndrome: How to treat it? *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2016; 62: 701-7. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  38. Hermanussen M, Bogin B, Scheffler C. Stunting, starvation and refeeding: a review of forgotten 19th and early 20th century literature. *Acta Paediatr*. 2018; 107: 1166-76. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  39. Palavras MA, Hay P, Filho CA, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients*. 2017; 9: pii: E299. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  40. Morris A. Anxiety-induced weight loss. *Nat Rev Endocrinol*. 2019; 15(3): 130. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  41. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*. 2016; 133: 187-225. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
  42. Jacob A, Moullec G, Lavoie KL, Laurin C, Cowan T, Tisshaw C, Kazazian C, Raddatz C, Bacon SL. Impact of cognitive-



behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2018; 37: 417-32. . [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

43. Megías Á, González-Cutre D, Beltrán-Carrillo VJ, Gomis-Díaz JM, Cervelló E, Bartholomew KJ. The impact of living with morbid obesity on psychological need frustration: A study with bariatric patients. *Stress Health.* 2018; 34: 509-522. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
44. Machado PPP, Rodrigues TF. Treatment delivery strategies for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2019; 32: 498-503. [\[PubMed\]](#)
45. Baile JI, González-Calderón MJ, Palomo R, Rabito-Alcón MF. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Rev Clin Comtemp.* 2020; 11: e1-14. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

**Como citar este artículo:** Mejia-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Bravo-Henríquez A, Fernández-Ramírez A, Reyna-Villasmil E. Consecuencias emocionales y alternativas de intervención psicológica en sujetos con obesidad. *Avan Biomed* 2021; 10: 15-23.



Avances en Biomedicina se distribuye bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista son completamente gratuitos.