

Cómo citar este artículo:

Sandra Gil Gavilán y Berta Villanueva Manjón. “Intervención psicológica en la obesidad”. *Almoraima. Revista de Estudios Campogibratareños*, 44. Algeciras: Instituto de Estudios Campogibraltareños.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA OBESIDAD

Sandra Gil Gavilán / Licenciada en Psicología. Master en Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Berta Villanueva Manjón / Psicóloga Clínica. Master en Terapia Cognitivo-Conductual.

Centro de Pedagogía y Psicología Aplicada (Algeciras)

RESUMEN

En la actualidad se está produciendo un incremento en el número de casos de personas que presentan sobrepeso u obesidad, tanto en población infantil como adulta. Las graves consecuencias que este trastorno conlleva, su asociación con el trastorno por atracón junto a las variables psicológicas y sociales implicadas, han llevado al desarrollo de diversos programas de tratamiento psicológico de la obesidad.

Se propone un programa de intervención psicológica en la obesidad que aborde los objetivos relacionados con la motivación al cambio, hábitos de alimentación adecuados, práctica de ejercicio saludable, imagen corporal positiva, aumento de la autoestima, habilidades sociales, manejo de emociones negativas y prevención de recaídas, entre otros. Las técnicas psicológicas más utilizadas y eficaces son cognitivas y conductuales. Recientemente está aumentando el uso de las técnicas de Programación Neurolingüística y terapia on line.

El procedimiento a seguir consistirá en realizar una evaluación que integre aspectos psicológicos (personales, sociales y familiares) y aquellos relacionados con las características del trastorno en sí. La intervención se adaptará a las características y necesidades individuales del paciente. Las distintas técnicas utilizadas, les permitirán conocer las dificultades que pudo tener anteriormente, detectar y superar las presentes y prevenir las futuras.

El tratamiento psicológico en la obesidad es muy importante para la motivación hacia el desarrollo de hábitos de vida saludables, para conseguir adherencia al tratamiento y prevenir recaídas.

Palabras clave: intervención psicológica, obesidad, pérdida de peso.

ABSTRACT

At present it is producing an increase in the number of cases of people who are overweight or obese, both child and adult population.

The serious consequences that this disorder brings, its association with binge eating disorder with psychological and social variables involved, have led to the development of various programs of psychological treatment of obesity.

We propose a psychological intervention program that addresses obesity-related goals with motivation to change, proper eating habits, physical exercise, healthy, positive body image, increased self-esteem, social skills, management and prevention of negative emotions relapse, among others.

Psychological techniques are widely used and effective cognitive and behavioral. Recently there is increasing use of Neuro Linguistic Programming techniques and therapy online. The procedure consists of an assessment that integrates psychological (personal, social and family) and those related to the characteristics of the disorder itself. The intervention was adapted to the characteristics and individual patient needs. The different techniques used, will enable them to understand the difficulties that might have previously, identify and overcome the present and prevent future ones.

Psychological treatment for obesity is very important for motivation towards developing a healthy lifestyle to achieve adherence to treatment and relapse prevention.

Keywords: psychological intervention, obesity, weight loss.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Se estima, además, que en el mundo hay más de 22 millones de niños menores de cinco años con problemas de obesidad y sobrepeso.

En España, en los últimos 15 años se ha triplicado el número de niños con sobrepeso. La prevalencia de la obesidad en España es del 13,9% y la de sobrepeso y obesidad del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también lo es el sobrepeso (Serra Majem *et al.* 2003).

La obesidad es una enfermedad de etiopatogenia multifactorial, y hay que apelar a variables biológicas, psicológicas y sociales para su correcta formulación.

Las consecuencias que la obesidad y el sobrepeso tienen en la salud son numerosas y variadas, desde un mayor riesgo de muerte prematura, a varias dolencias que, sin ser mortales, tienen un efecto negativo en la calidad de vida: diabetes, hipertensión, trastornos de lípidos, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, que aparecen en edad cada vez más temprana (Aranceta, Pérez, Serra, Ribas, Quiles *et al.*, 2003). Además de todas estas secuelas físicas, añadir los perjuicios psicológicos que conlleva esta condición denostada estética y “moralmente” desde un punto de vista cultural y social. Muchos pacientes obesos presentan una importante proporción de problemas emocionales tales como ansiedad y depresión (Devin, Yanosvski y Wilson, 2000), sin olvidar la importante relación que existe entre obesidad y el trastorno por atracón (Conxa Perpiñá, 2006).

2. TRASTORNO POR ATRACÓN

2.1 Modelo de la restricción alimentaria o de la dieta

El modelo más ampliamente aceptado para explicar el trastorno de alimentación denominado trastorno por atracón es el modelo de la “Restricción Alimentaria” de Herman y Mack (1990). El modelo sostiene que los sujetos restrictivos o que hacen dietas de forma crónica, desinhiben su conducta alimentaria al experimentar estados emocionales como depresión, ansiedad, consumo de alcohol o cuando violan una dieta. La teoría pone de manifiesto que la restricción alimentaria continuada conduce a una privación biológica de energía, a la experimentación de hambre y a la urgencia por consumir alimentos. Con estas condiciones, se ha observado que los sujetos restrictivos abandonan generalmente su restricción alimentaria y comen incluso más que los sujetos no restrictivos.

Se ha llegado a aceptar plenamente que seguir una dieta contribuye o, al menos, exacerba la sobreingesta. Los sujetos que eligen seguir una dieta en seguida empezaban a experimentar las consecuencias de la restricción alimentaria, como hambre, frustración y falta de discriminación de las señales de saciación. Esto contribuye a que se reinicie la sobreingesta, lo cual, a su vez, hará que se emplee de nuevo la dieta para contrarrestar los efectos calóricos de los episodios de sobreingesta. El fracaso para perder el peso ganado producirá una disminución de la autoestima y conducirá a que el ciclo dieta-sobreingesta se perpetúe.

Hasta un 80% de los obesos mórbidos presentan un trastorno por atracón que va a imposibilitar el cumplimiento de la dieta que se prescribe normalmente. Por este motivo resulta necesario realizar un tratamiento psicológico para controlar el trastorno alimentario.

En los apartados siguientes vamos a revisar los distintos tratamientos psicológicos para el trastorno de obesidad y por atracón.

A continuación vamos a revisar alguno de los componentes que, a nuestro juicio, son los más importantes y que deben estar presentes en cualquier programa de tratamiento conductual de la obesidad (C. Saldaña y C. Rossell, 1998).

2.2 El modelo de autocontrol como tratamiento de la obesidad

Se pretende dotar al individuo obeso de una serie de habilidades que le permitan identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de los antecedentes y consecuencias con los que la conducta se relaciona funcionalmente.

El autocontrol es un proceso complejo que implica tres estrategias iniciales básicas, autoobservación, autorregistro y autorreforzamiento. El control de estímulos, la modificación de cadenas conductuales, el establecimiento de objetivos razonables, etc., que permitirán que el sujeto obeso modifique sus patrones alimentarios y de actividad física, los cuales son fundamentales para la pérdida de peso.

2.2.1 La autoobservación

Los sujetos obesos desconocen las características de su conducta de ingesta. En algunos casos, la conducta se da automáticamente, de forma que el sujeto no advierte cómo la practica; en otros, el sujeto niega la presencia de una característica. Es necesario que tome conciencia de las diversas maneras en las que proyecta la conducta de ingesta y en todos los componentes implicados en la misma.

2.2.2 El autorregistro

El registro diario, por parte del sujeto, de sus hábitos alimentarios y consumo calórico. Le permitirá tomar conciencia de qué come, cuánto, cómo, dónde, frecuencia, etc.

3. Autorreforzamiento:

Gratificación personal por los logros conseguidos a corto plazo.

2.3 El control de estímulos

Modificación de las situaciones o estímulos antecedentes que preceden a la conducta de comer (planificación de la comida, comer en el mismo sitio y en un horario establecido, planificar la compra, eliminar distracciones, etc.). La práctica continuada facilita que el sujeto obtenga el control sobre su conducta de sobreingesta.

2.4 Modificación del estilo de alimentación

La modificación de los hábitos en torno a la velocidad y cantidad de alimento por ingesta (poner los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado, contar las masticaciones, disminuirá la cantidad de alimentos por bocado, comer con platos y cubiertos pequeños, aprender a dejar algo de comida en el plato, levantarse de la mesa cuando hayamos terminado, etc).

2.5 Información sobre nutrición

Proporcionar al sujeto información sobre la importancia de una dieta equilibrada, en qué consiste, el significado de las calorías y el número a ingerir dependiendo del gasto energético, así como la relación con los nutrientes necesarios para que no alcance una malnutrición (Mahoney y Mahoney, 1976).

2.6 Modificación de los patrones de actividad física

Incrementar la actividad física en sus tareas cotidianas (subir por las escaleras, aparcar algo más lejos, bajarse del autobús una parada antes del destino, etc.) y diseñar un programa específico de ejercicio físico para cada sujeto, aumentando la calidad y cantidad (Epstein, Wing, Koeske, Ossip y Beck, 1982).

El ejercicio físico en el tratamiento de la obesidad ha sido asociado con estados de ánimo positivos y con reducción del estrés producido por una dieta continuada.

2.7 Manejo de contingencias de reforzamiento

Es el sistema de recompensas potenciará la adherencia al tratamiento y como consecuencia, la pérdida de peso, el cambio alimentario y el aumento de actividad física. Aquí es muy importante que en el contrato de contingencias las metas sean pequeñas, que se establezcan submetas, que serán más fáciles de conseguir y con el reforzamiento, aumentar la motivación del paciente y su adherencia al tratamiento.

3. TRATAMIENTO COGNITIVO

Los estados emocionales tienen un efecto muy importante sobre la ingesta de alimentos. La mayor parte de las personas cuando están bajo el efecto de estados tales como ansiedad, depresión o, incluso el aburrimiento, tienden a comer más y, a veces, descontroladamente. Si ese comportamiento se transforma en un hábito puede contribuir de un modo importante al incremento de peso (Polivy, Herman, y McFarlane, 1994). Los alimentos, especialmente los ricos en calorías, grasas, azúcares se hacen así más reforzantes, al reducir la actividad del eje hipotálamico-

hipofisariosuprarrenal activado ante una situación de estrés crónico (Dallman, Pecoraro, Akana *et al.* 2003). Es decir, se hacen más deseables porque después de su ingesta las personas consiguen un alivio de la tensión emocional y del estado de ánimo, aunque sea a muy corto plazo. Uno de los alimentos más característicos que provoca este efecto es el chocolate. El recurrir a la ingesta como modo de manejo del malestar emocional sitúa a la persona dentro de un círculo vicioso del que luego resulta difícil escapar. La ingesta alimentaria puede ser una respuesta exitosa de afrontamiento emocional a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, puede llegar a convertirse en un hábito disfuncional para el control de los estados disfóricos que facilite la ganancia de peso a largo plazo (Polivy y Herman, 1989).

3.1 Sentimientos depresivos

El modelo de regulación del afecto propone que los sujetos disfóricos comen para proporcionarse bienestar, distracción o alivio de sus emociones negativas.

La desregulación de la serotonina puede llevar a consumir cantidades excesivas de comidas ricas en carbohidratos, en un esfuerzo para regular sus niveles serotoninérgicos.

Además, la depresión predice incrementos futuros en la ganancia de peso en adultos según varios estudios (Hopper y Hallstrom, 1981; Mc Guire y cols., 1999) y en la adolescencia (Goodman y Whitaker, 2002; Pine y cols., 2001).

El tratamiento de los estados emocionales alterados debería ser abordado prioritariamente para garantizar el bienestar del paciente y su adherencia al programa de adelgazamiento. Sentimientos de Depresión, ansiedad, baja autoestima, pobre autoimagen, déficit en habilidades sociales, etc son los más comunes y si no son tratados, el programa para perder peso no tendrá éxito.

Mahoney y Mahoney (1976) fueron los primeros que incluyeron la técnica de reestructuración cognitiva en su paquete de tratamiento, con el objetivo de ayudar al sujeto a identificar y modificar patrones de pensamiento inadaptados que parecían afectar la pérdida de peso. Los pensamientos problemáticos se agrupaban en cinco categorías relacionadas con: 1) metas irreales y falta de flexibilidad; 2) evaluaciones negativas acerca de la capacidad personal para perder peso; 3) justificaciones y excusas para comer; 4) incapacidad para eliminar sentimientos relacionados con la comida; y 5) impaciencia ante pérdidas lentas de peso. El programa proporcionaba al sujeto las bases para aprender a autoregistrar sus pensamientos, identificar los negativos y reemplazarlos por otros más positivos.

Los pensamientos negativos más comunes son (Vera y Fernández, 1989):

1. El deber. Esto es, imposiciones que nos marcamos de manera inflexible. Ejemplo: “no debo faltar nunca a la dieta”, “debo ser el mejor en los ejercicios”, “debo perder peso todas las semanas”...
2. Los extremos: todo o nada. Ejemplo: “no he sido capaz de no probarlo, ya qué más da que me atiborre, total, de perdidos al río”.
3. El fatalismo o pensar que las cosas no pueden cambiar. Ejemplo: “antes intenté otro programa y no dio resultado, siempre he estado gordo/a así que no creo que pueda adelgazar”.
4. El horror. Ejemplo. “Es horroroso y terrible cuando las cosas no salen como uno quisiera, me he sacrificado toda la semana y no he perdido nada, es mejor dejarlo”.
5. El no poder. Ejemplo: “no puedo dejar de pensar en lo bueno que están los pasteles, no puedo resistir”.
6. Las excusas. Ejemplo. “Total por uno...bueno mañana empezaré” (un eterno mañana).

7. La sobregeneralización. Algo que ocurre unas pocas veces se generaliza como si se hiciera continuamente. Ejemplo: Una persona se come un pastel y concluye “siempre estoy comiendo pasteles”.

8. Las etiquetas o el convencimiento de que no tenemos habilidades para perder peso. Es una forma extrema de sobregeneralización. Ejemplo: “no tengo fuerza de voluntad, soy un vago”...

Es también muy importante aclarar **los mitos**, las falacias acerca de la pérdida de peso:

- La mayoría de los problemas de peso es heredada. El exceso de grasa no se transmite a través de los genes, sólo se adquiere por un desequilibrio de la energía. Es decir, cuando ingiero más energía de la que gasto.

- La persona cuyos padres fueron obesos, o que lo ha sido desde la niñez es probablemente gruesa por naturaleza. Que la obesidad sea característica de ciertas familias, y que en ocasiones se dé en los primeros años de vida, se debe también por lo menos parcialmente a que los hijos adquieren de los padres muchos de sus hábitos alimentarios y de actividad física.

- Los problemas hormonales, sobre todo las deficiencias de la tiroides, son responsables de muchos casos de obesidad. Las investigaciones sugieren que solo un pequeño porcentaje de casos de sobrepeso se debe a un problema hormonal. Si existe un problema hormonal el tratamiento médico adecuado permitiría perder peso de forma exitosa.

- El ejercicio no es muy útil para bajar peso..., no quema muchas calorías y simplemente aumenta el apetito. Nada más lejos de la verdad. El ejercicio moderado, en realidad, disminuye más el apetito que la inactividad.

- El modo más rápido de perder peso consiste en eliminar todas las grasas y todos los carbohidratos. La dieta que no contiene grasas hace que la pérdida de peso sea más lenta. Y no ingerir grasas y carbohidratos pone en peligro la salud.

- Es imposible reducir comiendo alimentos naturistas. El yogur o germen de trigo tienen altas calorías pero se pueden incluir en las dietas para bajar peso.

- Las drogas son a menudo útiles para reducir peso. Con diuréticos o laxantes algunas personas adelgazan inicialmente, pero meses más tarde recuperan su peso (a veces agregando un poco más).

- La obesidad es un síntoma de profundos problemas de personalidad, y su tratamiento requiere, para tener éxito, de una psicoterapia prolongada, que descubra la verdadera causa. Malos hábitos alimentarios por mensajes recibidos en la niñez (“limpia tu plato”, “las golosinas son premios”). Siempre podemos aprender hábitos alimentarios saludables tengamos 20 ó 70 años.

- Pesarse a diario ayuda a reducir. La pérdida permanente de peso no se ve en la báscula cada 24 horas. Como mucho se recomienda pesarse una vez cada 15 días.

- Es normal aumentar de peso a medida que avanza la edad. Con hábitos saludables podemos mantener nuestro peso aunque nos hagamos mayores.

- La persona que fracasa en su intento de bajar de peso a menudo carece de fuerza de voluntad. Es fácil explicar el fracaso a través de alguna misteriosa fuerza interior. No obstante, la evidencia reciente ha demostrado que el autocontrol no es una fuerza innata que algunas personas poseen y otras no. El que logra éxito al reducir peso no lo debe a algún rasgo de personalidad heredado. Se sabe que el autocontrol es un conjunto complejo de hábitos personales pero susceptible de ser aprendido. Usted puede aprender a controlar su peso efectiva y permanentemente. Mahoney, M.J y Mahoney, K.M. (1999).

3.2 Estrategias relacionadas con la resolución de problemas (F, López Torrecillas y J. F, Godoy García, 1994):

- Identificar situaciones problemáticas que impedía una correcta realización de los objetivos marcados.
- Describir con detalle la situación problemática y la respuesta habitual a dicha situación. Los sujetos tienen que describir detalles del lugar, estado de ánimo, sentimientos y pensamientos porque todo esto les podría proporcionar pistas para la génesis posterior de soluciones alternativas.
- Reconsiderar la respuesta habitual ante las situaciones que impiden una correcta ejecución de los objetivos marcados.
- Ejecutar otras alternativas de respuesta y evaluar la más adecuada.

La resolución de problemas le ayudará a detectar las situaciones de riesgo y prevenir las recaídas.

La Programación Neurolingüística al igual que las otras técnicas propone que lo principal es la motivación. El paciente tiene que conocer por qué quiere seguir un régimen. Quiere perder peso, sí, pero ¿por qué? Conocer el objetivo real de lo que quiere conseguir lo mantendrá más enfocado en lograr su objetivo.

Las técnicas de visualización servirán para cambiar estados emocionales. Con ellas logrará que sentimientos como el miedo al fracaso, la inseguridad, la ansiedad etc. Se han cambiado a través de ejercicios de visualización e imaginación por sentimientos de seguridad, confianza, determinación, etc. Asimismo, estas técnicas también son efectivas para que el paciente cambie la imagen que tiene de sí mismo y que logre verse como estará cuando haya conseguido su objetivo, habiendo perdido peso y estando más saludable. La realización de estos ejercicios requieren práctica, pero son efectivos para la adherencia al cambio (Ricardo Ros, 2008).

Por último, destacar el papel que las nuevas tecnologías como Internet nos pueden ofrecer en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Programas on line en los que se les proporciona bibliografía, grupos de apoyo y discusión, moderados por psicólogos clínicos, mostraron ser efectivos como prevención para mujeres con sobrepeso y en riesgo de trastornos de conducta alimentaria (Taylor C.B *et al*, 2006). Estos Recursos, pueden servir de apoyo a las personas en tratamiento para perder peso.

A modo de conclusión, podríamos decir que todos estos tratamientos han demostrado su eficacia para la pérdida de peso de forma efectiva y duradera. No hay una única guía. La utilización de una técnica, no implica excluir otras, deberían ser individualizados y adaptados a las características de cada paciente, según sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MAHONEY, M.J Y MAHONEY, K.M. (1999). *Control permanente de peso*. Ed: Trillas.
- ROS, R. (2008). *El Viaje Decisivo*.
- TAYLOR CB, et al. Prevention of Eating Disorders in At-Risk College-age Women. *Archives of General Psychiatry*. August 2006.
- F. L, TORRECILLAS Y J.F, GODOY GARCÍA. Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 1994. Vol.6, nº 3, pp.333-345.
- WOMBLE, LG, WILLIAMSON, DA, MARTIN, CK, ZUCKER, NL, DESHIELO, JM, NETEMEYER, R., LOVEJOY, JC Y GREENWAY, FL (2001), Las variables psicosociales asociados con atracones de comida en los hombres y mujeres con obesidad. *International Journal of Eating Disorders*, 30: 217-221.
- GARCÍA GRAU, E. (1998). Evaluación conductual de grandes obesos. *Papeles del Psicólogo*, Abril, nº 33 y nº 34.
- PERPIÑA, C. (2006) Obesidad infantil y trastornos alimentarios, ¿A qué dar prioridad? *Infocop*, Abril, ° 27.
- RAICH, R.M. (2008). Los Trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso. *Infocop*
- SALDAÑA, C. (2001). *Tratamientos Psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. *Psicothema*. Vol.13, nº, pp.381-392.
- SALDAÑA, C Y ROSSELL, R. (1988). *Obesidad*. *Biblioteca de Psicología y Salud*. Salud 2000. Martínez Roca.
- VERA, M. N Y FERNÁNDEZ, M.C. (1989). *Prevención y tratamiento de la Obesidad*. Martínez Roca.