

PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Psychotherapy Cognitive Conductual in the Obesity Treatment

Alejandra Larrañaga*, Ricardo García-Mayor** y
Victoria García García***

Resumen

La obesidad es una enfermedad crónica. Entre los tratamientos existentes, tienen mayor efectividad a largo plazo, aquellos que implican un cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, un cambio de estilo de vida. La modificación de estos hábitos requiere el uso de técnicas psicológicas específicas. En el presente artículo proponemos la inclusión de psicoterapia cognitivo-conductual dentro del tratamiento multidisciplinar de la obesidad con el objetivo de conseguir el mantenimiento a largo plazo del peso perdido.

Palabras clave: Obesidad, Psicoterapia, pérdida de peso, hábitos de alimentación.

Abstract

Obesity is a chronic disease. The treatment of adult obesity is difficult and long-term results often are disappointing. Current management of this disease is based in the modification of the lifestyle, mainly regarding to eating habits and physical activity. Modification of any habit requires the use of specific psychological methods. In the present article we propose the use of cognitive-behavioural therapy as adjuvant in the regular therapy of obese patients, in order to maintain the loss weight.

Key words: Obesity, Psychotherapy, Weight loss, Eating habits.

* Psicóloga de la Sección de Nutrición del Hospital Universitario de Vigo (España).

** Médico Endocrinólogo de la Sección de Diabetes, Nutrición y Metabolismo del Hospital Universitario de Vigo (España). ricardo.garcia.mayor.@sergas.es

***Docente Principal de la Facultad de Psicología de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima - Perú.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad metabólica de origen multifactorial, en donde juega un papel fundamental la genética y factores ambientales como los hábitos dietéticos. Su incidencia y prevalencia han experimentado un notable aumento en todos los países industrializados y no industrializados, desde mediados del siglo pasado.

Desde 1994, año en que se publica la clonación del gen de la leptina en humanos, adquiere importancia el tejido adiposo como glándula de secreción interna. Este hecho ha permitido profundizar en la etiopatogenia de la obesidad y plantear tratamientos más racionales.

Es una experiencia constatada de los clínicos que nos dedicamos al tratamiento de estos pacientes, que la obesidad no suele ser percibida como una enfermedad y mucho menos crónica, tanto por los pacientes, como por la mayor parte de los terapeutas, lo que hace que el objetivo de tratamiento sea sencillamente perder una cantidad determinada de kilos, que se consideran un éxito del tratamiento. Pero también sabemos que prácticamente todos esos pacientes experimentan una recuperación del peso en un periodo de tiempo mas o menos largo. Además de entrar en una dinámica de pérdida de peso seguida de una posterior recuperación, vuelta a bajar, pero cada vez menos Kg., y vuelta a recuperar no solo los que tenía, sino alguno más. Esto indica que el organismo sufre un proceso metabólico de adaptación, potenciando su capacidad ahorradora de energía. Una de las teorías más en boga para explicar este fenómeno es la de los genes ahorradores.

Se considera que la obesidad del adulto no tiene tratamiento efectivo a largo plazo actualmente. Las corrientes actuales proponen aproximaciones multidisciplinares que incluyen distintas formas de tratamiento incluyendo dietas, modificación de conducta, aumento de actividad física, fármacos, e incluso otros procedimientos invasivos con resultados desalentadores.

El sistema más utilizado es “el cambio de estilo de vida”, que consiste en un cambio de los hábitos de alimentación y de actividad física mediante los procedimientos antes mencionados. Todos sabemos la dificultad que conllevan estos cambios en un adulto, nosotros proponemos que en el tratamiento multidisciplinar de la obesidad se incluya la psicoterapia para conseguir que este cambio de hábitos sea definitivo o a largo plazo.

DIFERENTES ORIENTACIONES PSICOTERAPEÚTICAS

A pesar de las distintas orientaciones psicológicas con las que contamos, dinámicas, humanistas, conductuales, etc. ninguna de ellas ha demostrado eficacia en la consecución de un cambio de hábitos o conductas de manera definitiva o a largo plazo, siendo esto constatado tanto en la obesidad como en los trastornos de la conducta alimentaria.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la única con resultados favorables en los trastornos de la conducta alimentaria, por eso creemos que sería la adecuada a aplicar en la obesidad.

La TCC está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la TCC está puesto más en el "Qué tengo que hacer para cambiar" que en el "Por qué". Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersesión. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, por tanto se promueve al autocuestionamiento.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

El motivo de recordar estas teorías sobre cómo aprendemos los seres humanos, es tener presente la bases teóricas en las que se apoya la TCC. La mayoría de los hábitos (conductas) alimentarios los aprendemos en la infancia, en los 10 primeros años de vida; esas conductas o comportamientos quedarán fijados fuertemente por la repetición y refuerzos que se obtengan y tenderemos a ejecutarlos a lo largo de la vida.

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar como los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

Las 5 teorías principales del aprendizaje son:

1ª) Teoría del Condicionamiento Clásico de Pavlov, explica cómo los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes, aunque tal respuesta fuera evocada en principio, sólo por uno de ellos. Con esta teoría no se aprenden conductas nuevas sino asociaciones de respuestas que el organismo ya tiene en su repertorio.

2ª) Teoría del Condicionamiento Operante o Instrumental de Skinner; con él explica la conducta que es nueva para el organismo, proponiendo que dicha conducta se adquiere debido a que las consecuencias que percibe el organismo aprendiz, aumentan o disminuyen la frecuencia de aparición de esa conducta. El autor, dividió el proceso de aprendizaje en conductas operantes y estímulos reforzadores en función de dos contingencias, aparición o desaparición de estímulos reforzadores: reforzamiento, castigo y extinción. (Tabla 1)

Tabla 1: Contingencias en el Condicionamiento Operante.

	POSITIVO	NEGATIVO
REFORZAMIENTO	Jugar a las máquinas tragaperras (R: jugar r+: dinero)	Tomarse una aspirina por dolor de cabeza (R: tomarse la aspirina r-: dolor de cabeza)
CASTIGO	Niño que se porta mal y su madre le riñe (R: portarse mal r-: riña o sermón)	Aparcar mal el coche y recibir una multa económica (R: aparcar mal el coche r+: dinero)
EXTINCIÓN	Se estropea el reloj y se lleva a reparar. Durante unos días se observa la muñeca cuando se quiere saber la hora, al cabo de unos días se extingue la conducta (R: mirarse la muñeca r+: saber la hora)	

3ª) Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, el aprendizaje elaborado por él se llama vicario o por observación. Más complejo que el condicionamiento operante, implica una reproducción mental activamente elaborada por el observador de un estímulo que ejecuta alguna acción o sufre sus consecuencias, sin que el observador necesite ejecutar tal conducta. No es una imitación, el observador copia selectivamente y elabora leyes generales de comportamiento. Los componentes de este tipo de aprendizaje son: la atención, la retención, la reproducción motora y, la motivación.

4ª) Teoría Psicogenética de Piaget, no es propiamente una teoría del aprendizaje, ya que no llega a dar cuenta de los procesos que utilizan los sujetos en la resolución de tareas, pero influye en muchos de los modelos instruccionales de inspiración cognitiva. Es una explicación general y acabada del desarrollo de la inteligencia en los seres humanos ya que aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. Divide en 4 períodos los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales.

5ª) Teoría del Procesamiento de la Información, núcleo fundamental del cognitivismo. Este modelo de teorías asume que el aprendizaje se produce a partir de la experiencia, pero a diferencia del conductismo, lo concibe no como un simple traslado de la realidad sino como una representación de dicha realidad. Se pone especial énfasis en el modo en que se adquieren tales representaciones del mundo, se almacenan y se recuperan de la memoria o estructura cognitiva. No se niegan la existencia de otras formas de aprendizaje inferior, pero si su relevancia, atribuyendo el aprendizaje humano a procesos constructivos de asimilación y acomodación.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS

Las técnicas utilizadas en la TCC derivan de las teorías del aprendizaje que antes mencionamos, algunas de ellas se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Técnicas Cognitivo-Conductuales

CONDICIONAMIENTO CLÁSICO	CONDICIONAMIENTO OPERANTE	ENFOQUE COGNITIVO
<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación. - Exposición con prevención de respuesta. - Desensibilización sistemática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moldeado. - Castigo. - Control de contingencias. - Extinción de hábitos. - Sobrecorrección. 	<p>BANDURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelado. - Entrenamiento asertivo. - Técnicas de autocontrol. <p>COGNITIVO CONDUCTUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas racionales (TRE, RCC). - Técnicas de enfrentamiento. - Técnicas de resolución de problemas.

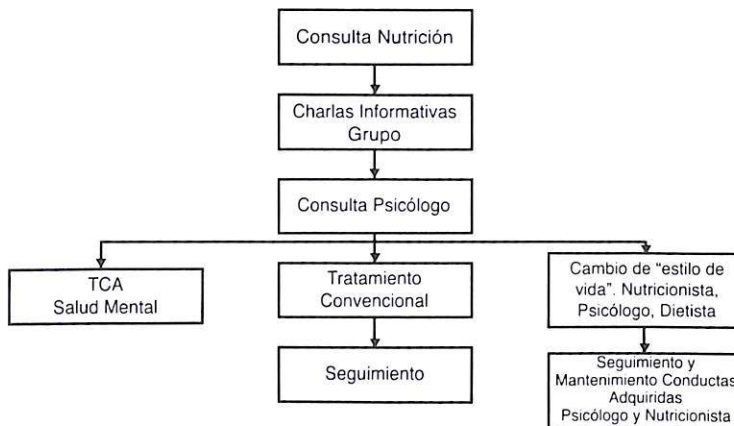
PLAN DE INTERVENCIÓN

El protocolo que a continuación presentamos para el tratamiento de estos pacientes es el que utilizamos en nuestra práctica habitual con resultados positivos, no solo en la obtención de la pérdida de peso sino en el mantenimiento del peso perdido a largo plazo.

Cuando el paciente obeso acude a las consultas de Nutrición para el tratamiento de su enfermedad, el endocrinólogo, tras la realización de su historia clínica y exploración física en que se determina el grado de obesidad, los pacientes son invitados a asistir a tres sesiones informativas sobre la naturaleza de la obesidad y los distintos métodos de tratamiento. Posteriormente son evaluados por un psicólogo con el fin de descartar la existencia de trastornos de la conducta frente a los alimentos (TCA), en cuyo caso se envían los pacientes al servicio de salud mental.

El siguiente paso es que los pacientes elijan seguir un tratamiento convencional consistente en un régimen de alimentación, aumento de actividad física y seguimiento por su médico generalista o, que se incorporen a un programa de cambio progresivo y gradual de su estilo de vida en el que se hace hincapié en la adquisición de hábitos de alimentación y de actividad física saludables. A medida que se vayan consiguiendo los objetivos se irán espaciando las consultas aunque el paciente continuará con el psicólogo y especialista en nutrición sometidos a monitorización a largo plazo (años) para el mantenimiento y reforzamiento de las nuevas conductas adquiridas. (Figura 1)

Fig. 1 Plan de Intervención Multidisciplinar en el tratamiento de la obesidad.



RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD

Los estudios realizados durante los años 80, en que se combinaba el tratamiento farmacológico con la terapia conductual, obtenían resultados positivos puesto que su único objetivo era la pérdida de peso, pero no tenían en cuenta la recuperación del mismo, puesto que eran estudios muy limitados en el tiempo(2 y 5) . Trabajos recientes que ya tienen conocimiento de la historia natural de la obesidad y por tanto su objetivo además de la pérdida de peso, es el mantenimiento del mismo, también consiguen buenos resultados aumentando el tiempo de tratamiento hasta a 5 años, con terapia conductual combinada con tratamiento farmacológico y dietético. (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados obtenidos a largo plazo con terapia cognitivo-conductual en obesos.

AUTOR	AÑO	Nº PACIENTES	SEXO	EDAD MEDIA	DURACIÓN		REFERENCIA
					TRATAMIENTO (Años)	PESO PERDIDO (Kgs)	
Melin et al	2006	117	83 M 34 V	50	2	9,2 +- 10,8	46
Knowler et al	2002	1,079	734 M 345 V	50.6	2.8	3	45
Tuomilehto et al	2001	522	350 M 172 V	55	3.2	Año 1 4,2 +- 5,1 Año 2 3,5 +- 5,5	47
Stevens et al	2001	595	—	30-54	3	Mes 6 4,4 Mes 18 2,0 Mes 36 0,2	48

CONCLUSIÓN

Basándonos en los conocimientos actuales sobre la etiopatogenia de la obesidad y sobre la respuesta al tratamiento a largo plazo, creemos que es imprescindible que en el manejo de la obesidad sea multidisciplinar en el que juega un papel muy importante la psicoterapia cognitivo-conductual para que además de conseguir la pérdida de peso, obtengamos un mantenimiento del mismo a largo plazo, objetivo principal hoy en día en cualquier terapia.

REFERENCIAS

- Bandura A. (1987) *Pensamiento y acción*: Martinez Roca. Barcelona.
- Brightwell DR, Naylor CS. (1979) Effects of a combined behavioral and pharmacological program on weight loss. *Int J Obes*. 3:141-8
- Brolin RE, Kenler HA, Gorman JH, Cody RP. (1992) Long limb gastric bypass in the superobese. A prospective randomized study. *Ann Surg*. 215:387-95
- Caballo V. (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Craighead LW, Stunkard AJ, O'Brien RM. (1981) Behavior therapy and pharmacotherapy for obesity. *Arch Gen Psychiatry*. 38:763-8
- Domjan M. (2003) *Principios de aprendizaje y conducta*: Thomson.
- García González E. Piaget. (2005) *La formación de la inteligencia*. Mexico: Trillas Eduforma.
- García-Lorda P, Bellido D, Salas J. (2004) Distribución regional de la grasa: caracterización diferencial de los depósitos adiposos. *Rev ESP Obs*. 1:57-68.
- García-Mayor R.V., Andrade MA, Ríos M, Lage M, Dieguez C, Casanueva FF. (1997) Serum leptin levels in normal children: relationship to age, gender, body mass index, pituitary- gonadal hormones, and pubertal stage. *J Clin Endocrinol Metab*. 82:2849-55.
- García PP, Pereira JL, Romero H. (2004) Tratamiento farmacológico en la reducción del exceso de grasa corporal y comorbilidades asociadas. *Rev Esp Obes*. 1:107-24.
- Golay A, Fossati M, Volery M, Rieker A. (2001) Behavioral and cognitive approach to obese persons. *Diabetes Metab*. 27:71-7.

- Heysmsfield SB, van Mierlo CA, van der Knaap HC, et al. (2003) Weight management using a meal replacement strategy: Meta and pooling analysis from six studies. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 27:537-41.
- Klein SB. (1997) *Aprendizaje. Principios y Aplicaciones.* Mc Graw-Hill. Madrid.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 346:393-403.
- Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. (1993) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.
- Larrañaga A, García-Mayor R.V. (2007) Tratamiento psicológico de la obesidad. *Med Clin (Barc.)* 129:387-91.
- Martínez J. (2005) Genética de la Obesidad. En: III Reunión Internacional La Alimentación y la Nutrición en el siglo XXI. Editorial: Fundación Española de la Nutrición. Madrid. 95-106.
- Melin I, Reynisdottir S, Berglund L, Zamfir M, Karlström B. (2006) Conservative treatment of obesity in an academic obesity unit. Long-term outcome and drop-out. *Eat Weight Disord.* 11:22-30.
- Moreno B, Jiménez AI, Zugasti A, Bretón I. (2004) Tratamiento integral de la obesidad. En: *Nutrición y Metabolismo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*, editors. Mijan de la Torre A. Barcelona: Glosa, p. 331-46.
- Navarro Cueva R. (1994) Del condicionamiento clásico a la terapia conductual cognitiva: hacia un modelo de integración. En: *Aprendizaje y comportamiento.* Lima: A.L.A.M.O.C.
- NIH Conference: Gastrointestinal surgery for severe obesity (1991): Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med.* 115:956.
- Pérez de la Cruz AJ, Moreno-Torres R, Mellado C. (2005) Nutrición y Obesidad. En: *Tratado de Nutrición*, editors. Gil Hernández A. Madrid: Acción Médica, p 525-62.
- Pozo JI. (1993) *Teorías cognitivas del aprendizaje.* Madrid: Morata.
- Rand C, Stunkard AJ. (1978) Obesity and psychoanalysis. *Am J Psychiatry.* 135:547-51
- Ríos M, Fluiters E, Pérez LF, García-Mayor EG, García-Mayor RV. (1999) Prevalence of childhood overweight in north western Spain: a comparative study of two periods with a ten year interval. *Int J Obes* 23:1095-8.

- Sheldon B. (1995) *Cognitive-behavioural therapy. Research, practice and philosophy*. London: Routledge.
- Stevens VJ, Obarzanek E, et al. (2001) Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention phase II. *Ann Intern Med.* 134: 1-11.
- Stradling J, Roberts D, Wilson A, Lovelock F. (1998) Controlled trial of hypnotherapy for weight loss in-patients with obstructive sleep apnea. *Intern J Obes;* 22:278-81
- Toumlehto J, Lindström MS, et al. (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 344:1343-50.
- Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. (2004) Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res.* 12(Dec Suppl): 151S-62S.
- Wadden TA, Sarwer DB, Berkowitz RI. (1999) Behavioural treatment of the overweight patient. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 13:93-107
- Wadden TA, Vogt RA, et al. (1997) Exercise in the treatment of obesity: effects of four interventions on body composition, resting energy expenditure, appetite, and mood. *J Consult Clin Psychol.* 65: 269-77
- Wing RR, (2004) Behavioral approaches to the treatment of obesity. En: *Handbook of Obesity. Clinical Applications*, editors. Bray GA, Bouchard C. New York: Marcel Dekker Inc. p.147.
- World Health Organization. Obesity. (1998) Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO.
- Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. (1994) Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature* 372: 425-32.

Fecha de recepción: 20 octubre 2007

Fecha de aceptación: 29 octubre 2007