

Intervención terapéutica interdisciplinaria en una persona con obesidad.

^{1,2,3}Eva Pereda-Pereda, ⁴Carmen Monlleó, ²Itsaso Palacios-Rodríguez, ⁴M^a Ángeles Lorenzo

¹Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Donostia-San Sebastián, España.

²Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Vitoria-Gasteiz, España.

³Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, Área de Neurociencias, Grupo de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, Donostia-San Sebastián, España.

⁴Centro especializado en sobrepeso y obesidad ESSAL, Gente Sana, Vitoria-Gasteiz, España.

Eva Pereda-Pereda. E-mail: eva.pereda@ehu.eus

Recepción (primera versión): 31-Enero-2021

Aceptación: 18-Julio-2021

Publicación online: N^o Septiembre 2021

Resumen:

Introducción: En las últimas décadas el aumento de la prevalencia de la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública. Estudios recientes remarcan la importancia de un tratamiento interdisciplinario dirigido al bienestar físico y emocional de las personas con obesidad.

Caso clínico: Se presenta el caso de una persona de 25 años con obesidad tipo II. Refería dificultad sobre el control en la alimentación emocional realizando atracones diarios. Se evaluaron la condición física, la adicción a la comida, la autoestima, las actitudes disfuncionales y las dificultades en la regulación emocional. Se llevó a cabo un tratamiento interdisciplinario intensivo y personalizado: nutrición, entrenamiento físico y terapia psicológica breve cognitivo-conductual. La persona fue reevaluada tras 7 meses de tratamiento. Se objetivó una mejoría tanto a nivel físico como psicológico, presentaba sobrepeso, mejoró su condición física y su autoestima. Asimismo, las distorsiones cognitivas y la desregulación emocional disminuyeron.

Discusión y conclusiones: Se considera necesario continuar desarrollando intervenciones coordinadas por profesionales de diversos ámbitos, ya que un enfoque interdisciplinario promueve el bienestar y la calidad de vida de las personas con obesidad.

Palabras clave:

- Obesidad
- Intervención terapéutica interdisciplinaria

Interdisciplinary therapeutic intervention in a person with obesity.

Summary:

Introduction: In recent decades, the increase in the prevalence of obesity has become a public health problem. Recent studies highlight the importance of an interdisciplinary treatment aimed at the physical and emotional well-being of people with obesity.

Clinical case: A 25-year-old person with type II obesity. He reported difficulty in controlling emotional eating by bingeing on a daily basis. Physical condition, food addiction, self-esteem, dysfunctional attitudes and difficulties in emotional regulation were evaluated. An intensive and personalized interdisciplinary treatment was performed: nutrition, physical training and brief cognitive-behavioral psychological therapy. The person was reevaluated after 7 months of treatment. A physical and psychological improvement was observed, he was overweight, his physical condition and his self-esteem improved. Likewise, the cognitive distortions and the emotional dysregulation decreased.

Discussion and Conclusions: It is deemed necessary to continue developing interventions coordinated by professionals from several fields, since an interdisciplinary approach promotes the well-being and quality of life of people with obesity.

Keywords:

- Obesity
- Interdisciplinary therapeutic intervention

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que constituye un problema mundial debido a su alta prevalencia y al conjunto de comorbilidades asociadas, disminuyendo la calidad y la esperanza de vida de las personas que la presentan (1). Si bien el principal desencadenante de la enfermedad es el aumento de la ingesta de alimentos de alto contenido calórico en detrimento de la actividad física, también juegan un papel fundamental los factores sociales y psicológicos en el desarrollo de la misma.

Uno de los principales retos en el manejo de la obesidad es el mantenimiento de la pérdida de peso (2). Esto se debe a una serie de factores psicosociales, como el estado de ánimo, que producen un exceso de la ingesta alimentaria. El comer emocional ha sido asociado con atracones, con una incapacidad para dejar de consumir alimentos calóricos y con una restricción cognitiva rígida. Este tipo de restricción se caracteriza por pensamientos de "todo o nada", lo que dificulta la pérdida de peso (3).

Existen evidencias de que una intervención interdisciplinaria dirigida a modificar el estilo de vida produce efectos significativos en la pérdida de peso, mejora las comorbilidades, reduce la severidad de las complicaciones derivadas de la obesidad y mantiene los resultados a largo plazo (4,5). Introducir la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de la obesidad parece ser más eficaz que realizar solo dieta y/o ejercicio, ya que produce mejores resultados al abordarse los pensamientos disfuncionales y las emociones, lo que ayuda a mejorar el manejo del peso (3).

A continuación, se describe la intervención interdisciplinaria realizada a una persona con obesidad en la que se promovió un estilo de vida saludable a través de la alimentación, la práctica de ejercicio y una adecuada gestión emocional.

Pacientes y métodos

Varón de 25 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), ablación ventricular e historial de obesidad familiar. Al inicio del tratamiento, presentaba obesidad de tipo II con un peso de 111,2 kg e IMC de 35,49 kg/m² (6), perímetro de cintura de 117,5 cm, un 39,4 % de grasa corporal, un 28,8 % de músculo y un nivel de grasa visceral de 16. Refería atracones diarios en solitario y dificultades sobre el control de la alimentación de cuatro años de evolución.

Una vez firmado el consentimiento informado, se realizó una evaluación exhaustiva obteniendo información sobre los hábitos de alimentación, preferencias y patologías asociadas, además de identificar e indagar en los factores físicos y socioemocionales que habían contribuido a la causa y evolución de la obesidad. La condición física se midió mediante el Test de Ruffier mostrando un resultado insuficiente con una puntuación de 13,6 (7). La Escala para Medición de Adicción a la Comida (YFAS, 8) explicitó la presencia de 4/7 síntomas, cumpliendo con el criterio de adicción a la comida. Los factores psicológicos y emocionales se evaluaron mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR, 9) indicando una baja autoestima (puntuación directa, PD= 22); la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS, 10) y la Escala de

Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, 11). Los resultados de la DAS mostraron la presencia de distorsiones cognitivas en las subescalas de aprobación (PD= 17) y amor (PD= 17), mientras que ejecución (PD= 8), perfeccionismo (PD= 12), derecho (PD= 12), omnipotencia (PD= 14) y autonomía (PD= 12) no se vieron afectadas. En la DERS obtuvo las siguientes puntuaciones: descontrol emocional (PD= 15), rechazo (PD= 25), interferencia (PD= 12), desatención (PD= 8), confusión (PD= 7) y puntuación total (PD= 67).

La intervención individualizada se realizó durante 7 meses a cargo de un equipo interdisciplinario formado por profesionales en nutrición-dietética, psicología y ciencias de la actividad física y deporte. Las sesiones de nutrición y psicología se realizaron semanalmente, con una duración de 30 y 45 minutos respectivamente. Las sesiones de entrenamiento deportivo se llevaron a cabo durante 1 hora de forma personalizada en las instalaciones del centro dos veces por semana. La intervención perseguía un cambio en el estilo de vida, además de proporcionar herramientas para identificar las dificultades u obstáculos y aprender a gestionarlos. Las sesiones de nutrición se centraron en la reeducación alimentaria; y en las de psicología, a través de la TCC, se trabajaron la motivación, el control de impulsos, la reducción de ansiedad hacia la comida, las creencias, la resolución de problemas y la regulación emocional. En la figura 1 se presenta el abordaje psicológico realizado durante el tratamiento. Para controlar la seguridad de la intervención deportiva se registraron los valores de la tensión arterial (TA) pre- y post-sesión. A medida que el sujeto aumentaba su masa muscular y resistencia, se fueron modificando los ejercicios y la intensidad de los mismos, aumentando su complejidad (Figura 1 - Ver anexo).

Resultados

En la figura 2 se presentan los gráficos de evolución antropométrica del caso clínico. Tras finalizar la intervención el sujeto presentaba sobrepeso, con un peso de 92,1 kg e IMC de 29,4 kg/m². El perímetro de cintura había disminuido hasta los 92 cm, presentaba un 30,9 % de grasa corporal, un 33,7 % de músculo y un nivel de grasa visceral de 11. En cuanto a su condición física, obtuvo un rendimiento cardiovascular muy bueno con una puntuación de 3,8 en el Test de Ruffier. El nivel de autoestima mejoró (PD= 31) y en todas las subescalas del DAS obtuvo puntuaciones por debajo de 15: aprobación (PD= 12), amor (PD= 8), ejecución (PD= 3), perfeccionismo (PD= 3), derecho (PD= 4), omnipotencia (PD= 11) y autonomía (PD= 7). Las puntuaciones de la DERS también disminuyeron: descontrol emocional (PD= 11), rechazo (PD= 14), interferencia (PD= 5), desatención (PD= 8), confusión (PD= 6) y puntuación total (PD= 44).

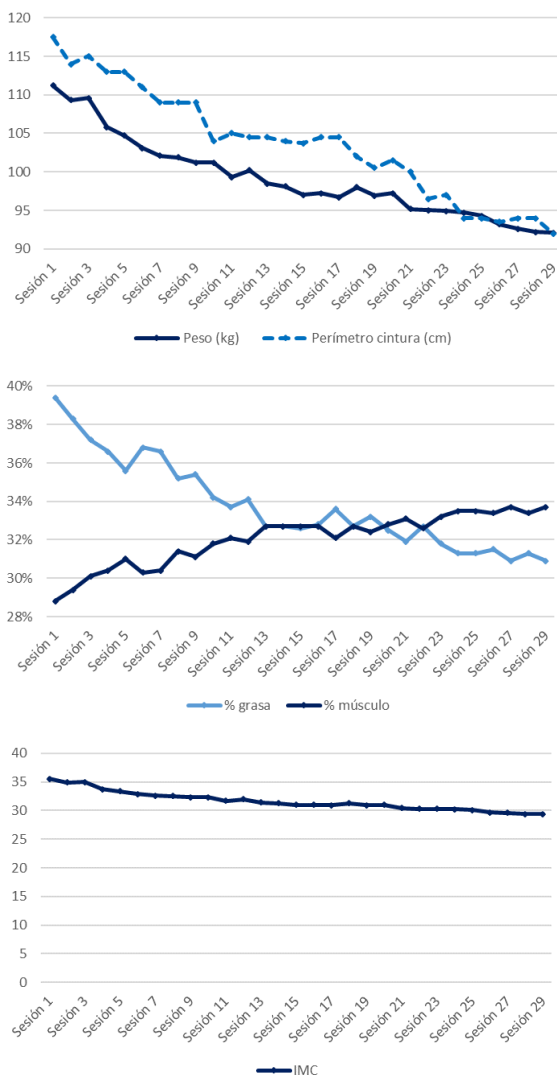


Figura 2. Gráficos de evolución antropométrica (peso, perímetro de cintura, % grasa, % músculo e IMC).

Discusión

El aumento en la prevalencia de la obesidad ha dado lugar a un incremento en la demanda de tratamiento (12). No es extraño que los tratamientos basados en una dieta estricta y/o ejercicio tengan poco éxito más allá de los primeros meses (13). Dado que la obesidad es una enfermedad multifactorial derivada de la compleja interacción entre la genética y el ambiente, es necesario buscar una intervención integral que aborde no solo la alimentación y el ejercicio físico, sino también los factores psicológicos que influyen en la ganancia de peso (5,12).

Estudios recientes indican que los programas de modificación del estilo de vida, en los que se combina dieta y ejercicio físico junto con terapia TCC, muestran resultados prometedores (5). De acuerdo con esto, el sujeto de nuestro estudio tras la intervención consiguió disminuir 19,1 kg, además del IMC, el perímetro de cintura (25,5 cm), el porcentaje de grasa corporal (8,5 %) y 5 puntos de grasa visceral. Aumentó su porcentaje de músculo (4,9 %), mejoró significativamente su rendimiento cardiovascular y se consiguió controlar y

mantener la TA dentro de los valores de la normalidad. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de otros estudios en los que se observó que la intervención interdisciplinaria produjo efectos significativos sobre el peso, el IMC, el perímetro de cintura, la fuerza muscular y la recuperación cardiaca a los 6 y 12 meses (2,4,14). Asimismo, la modificación de aspectos cognitivos, como la intención de hacer ejercicio y seguir una dieta, influyó sobre la conducta alimentaria, la composición corporal y el estado físico (13,14).

En cuanto a los resultados psicosociales, el sujeto presentó mayor autoestima, ausencia de creencias o pensamientos disfuncionales, y mejor regulación emocional, especialmente en aspectos relacionados con la impulsividad, la estrategia emocional, la aceptación de emociones y el establecimiento de metas. También se observó una mejora en las relaciones sociales y en la confianza en sí mismo. En línea con otros estudios, a través de la dieta y la TCC se eliminaron los atracones (15) y se fomentó una alimentación saludable y equilibrada (13), donde, en nuestro caso, tomaron especial relevancia la autoobservación y autoconocimiento para tener una mayor conciencia y gestión de la alimentación emocional.

Este trabajo no está exento de limitaciones, al ser un diseño de caso único, se pueden aplicar todas las amenazas a la validez interna. Asimismo, los resultados mostrados no pueden generalizarse, si bien siguen la línea de los trabajos realizados por diversos equipos multidisciplinares (2,4,5,13,14). En futuros trabajos se prevé trabajar con terapias contextuales como la terapia de aceptación y compromiso o la terapia dialéctica conductual.

Conclusiones

El abordaje de la obesidad desde un enfoque interdisciplinario permite realizar un tratamiento integral de la persona, ya que se trabajan tanto la dieta y el ejercicio físico como la gestión emocional. Trabajar el componente cognitivo-conductual produce una mejor adherencia al programa de tratamiento de la obesidad.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Lung T, Jan S, Tan EJ, Killedar A, Hayes A. Impact of overweight, obesity and severe obesity on life expectancy of Australian adults. *Int J Obes.* 2019;43(4):782–789. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0210-2>
2. Coutinho SR, Rehfeld JF, Holst JJ, Kulseng B, Martins C. Impact of weight loss achieved through a multidisciplinary intervention on appetite in patients with severe obesity. *Am J Physiol Metab.* 2018;315:E91–98. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00322.2017>
3. Jacob A, Moulllec G, Lavoie KL, et al. Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Heal Psychol.* 2018;37(5):417–432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
4. Delgado-Floody P, Caamaño-Navarrete F, Gonzalez J, Fleckenstein J, Banzer W, Martínez C. Improvements in Chilean patients with obesity following a 5-month multidisciplinary exercise program: a feasibility study. *J*

Sports Med Phys Fitness. 2018;58(3):309–317. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.17.06839-6>

5. Montesi L, Ghoch M El, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, Dalle Grave R. Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2016 Feb 26;9:37–46. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S89836>

6. Caixàs A, Villaró M, Arraiza C, Montalvá JC, Lecube A, Fernández-García JM, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Med Clin (Barc)*. 2020;155(6):267.e1-267.e11. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014>

7. Jousselein E. Le test de Ruffier, improprement appelé test de Ruffier-Dickson. *Médecins du Sport*. 2007;83:33–34.

8. Granero R, Hilker I, Agüera Z, et al. Food addiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data. *Eur Eat Disord Rev*. 2014;22(6):389–396. <https://doi.org/10.1002/erv.2311>

9. Vázquez A, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247–55.

10. Sanz J, Vázquez C. Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades

psicométricas y clínicas. *Análisis y Modif Conduct*. 1993;19(67):707–750. <https://eprints.ucm.es/36622/>

11. Hervás G, Jódar R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*. 2008;19(2):139–156.

12. Rios M, Assadi V, Barros MC, Francesetti V. Desafíos del psicólogo en el equipo multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad: realidad chilena. *Rev Chil Cirugía*. 2017;69(3):274–275. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2017.01.009>

13. Annesi JJ. Relationship of emotional eating and mood changes through self-regulation within three behavioral treatments for obesity. *Psychol Rep*. 2019;122(5):1689–1706. <https://doi.org/10.1177/0033294118795883>

14. Fernández-Ruiz VE, Armero-Barranco D, Paniagua-Urbano JA, Sole-Agusti M, Ruiz-Sánchez A, Gómez-Marín J. Short-medium-long-term efficacy of interdisciplinary intervention against overweight and obesity: Randomized controlled clinical trial. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(6):e12690. <https://doi.org/10.1111/ijn.12690>

15. Moffat H, Campbell F, Donald C, et al. Evaluation of Weigh Forward: a group intervention delivered by dietitians and psychologists within a National Health Service specialist weight management service. *Clin Obes*. 2019;9(2):e12291. <https://doi.org/10.1111/cob.12291>

© 2021 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.

Anexos

Actividades	Duración	Sesiones																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Entrevista motivacional	2 semanas	■	■																											
Psicoeducación	2 semanas			■	■																									
Reestructuración cognitiva	4 semanas				■	■	■	■																						
Entrenamiento en técnicas para afrontar la ansiedad	3 semanas								■	■	■																			
Estrategias de autocontrol	3 semanas								■	■	■																			
Exposición a situaciones ansiógenas	6 semanas												■	■	■	■	■	■												
Entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas	5 semanas																		■	■	■	■	■							
Fortalecimiento de autoestima	4 semanas																								■	■	■	■		
Mantenimiento de logros y prevención de recaídas	3 semanas																												■	■

Figura 1. Sesiones, duración y actividades realizadas durante el tratamiento psicológico.