TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD

Ps. Camila del Solar
Unidad de Trastornos Alimentarios - Depto. Pediatría

- Niños con sobre peso tienen un riesgo significativamente mayor de llegar a estar severamente deprimido, sufrir bullying, desarrollar un Trastorno de Alimentación y una marcada baja autoestima. (Bartlow, 2002)

- Es necesario evaluar las consecuencias inintencionadas de los programas de prevención de Obesidad

- Hay suficiente evidencia que confirma que mucho énfasis puesto en la apariencia y el control del peso puede promover conductas de Trastornos de Alimentación. (Davison&Birch, 2004; Dohnt&Tiggemann, 2006)

Recomendaciones generales para la prevención en Obesidad Infantil

Aed Guidelines for Childhood Obesity Preventions Programs

(Sigrún Danielsdottir, Cand. Psych., Deb Burgard, Ph.D&Wendy Oliver-Pyatt, M.D)

- OMS: Enfocar intervenciones en salud, no sólo en el peso.
- No sólo promoción de ejercicio físico y alimentación saludable sino que también promover autoestima, satisfacción corporal y respeto por la diversidad en las tallas.
- Modificación de estilos de vida se recomienda a niños en general. No debe estar acotada a aquellos con pesos más altos.
- Evitar nombrar las intervenciones con estigmas como “prevención para la obesidad”. Referirse a ellas como “promoción de salud”.
- En Colegios evitar intervenciones usando términos como “sobrepeso” y “obesidad” para evitar estigmatización.

Recomendaciones generales para la prevención en Obesidad Infantil

Aed Guidelines for Childhood Obesity Preventions Programs

(Sigrún Danielsdottir, Cand. Psych., Deb Burgard, Ph.D&Wendy Oliver-Pyatt, M.D)

- Intervenciones deben ir dirigidas hacia la modificación de estilos de vida del entorno del niño, que ese cambio no recaiga en su responsabilidad.
- Evitar lenguaje que transmita implícita o explícitamente el mensaje “anti gordura”.
- Programas escolares de “vida sana” no deben estar dirigidos sólo a niños de pesos más altos
- La evaluación de talla y peso en Colegios debe hacerse de forma cuidadosa, amistosa y en un contexto privado.
- Es fundamental el rol de los padres en el apoyo y modelo de conductas saludables en general, sin sobreenfatizar en el peso.

Tratamiento Psicológico
Recomendaciones actuales según evidencia

- Existe evidencia sustancial que apoya el uso de Terapia Conductual en el Tratamiento de la Obesidad (Wilson&Brownell, 2002; Wing 1998, 2002)
- Dado que en estos mismos estudios se hablaba de una recuperación del peso perdido (10%), se fueron incluyendo procedimientos cognitivos en la Terapia a partir de los años 60, resultando así la "terapia cognitivo-conductual" (Kalodner & De Lucia, 1991 y Wardle&Rapoport,1998)

⇨ Desafío está en las recaídas. (Perri, 1998)

- Surgimiento de tratamientos a largo plazo

  - Con medicamentos (Aronne, 2002): No ofrece una respuesta completa. Existen riesgos asociados del uso prolongado.

  - Tt Conductual a Largo Plazo: No está clara su efectividad dada la dificultad de mantenerse tanto tiempo en terapia. Vaguedad en cuanto a metas.

- El tratamiento de la conducta alimentaria y la aplicación de técnicas cognitivas conductuales representa hoy, a pesar de sus limitaciones y dificultades, una de las mejores alternativas en el manejo de la obesidad leve o moderada, ya que ha demostrado mayor eficacia a corto y mediano plazo (1 a 2 años) (Grekin, C; 1997)

- Las intervenciones que incluyen terapia conductual, reducción del sedentarismo y educación nutricional y de actividad física, han demostrado ser moderadamente exitosas pero no se puede generalizar. (Fowler-Brown, A; 2004)

- Estudio Soc. Española de Pediatría: En niños y adolescentes obesos, la terapia de grupo resultó más eficaz para perder peso que la terapia individual. (Bonet Serra, B et al. 2007)

- Existe evidencia de que algunas personas se beneficiaron de la presión y soporte que les brindó la terapia grupal a largo plazo. (Latner, et.al, 2000 en Fairburn, 2004)

Decepcionantes resultados en los tratamientos para la obesidad se deben a 2 factores:

1)El dejar de ver la contribución de los factores cognitivos en la recuperación del peso perdido

2)La ambigüedad de las metas del tratamiento

(Cooper & Fairburn, 2004)

The New Cognitive-Behavioral Treatment (Cooper, Z; Fairburn, C.; Hawker, D, 2003)

FASE 1: PÉRDIDA DE PESO (30 sems- 17 ss)

FASE 2: MANTENIMIENTO DE PESO (14 sems- 7 ss)

Tratamiento organizado en módulos (secuenciales pero flexibles)

The New Cognitive-Behavioral Treatment (Cooper, Z; Fairburn, C.; Hawker, D, 2003)

ELEMENTOS CENTRALES

- Distinción entre bajar de peso y mantenerse en el peso
- Dirigirse a los potenciales obstáculos en aceptar la mantención del peso como meta
- Ayudar a los pacienes a adquirir y practicar herramientas conductuales y respuestas cognitivas necesarias para un efectivo control del peso

Módulos I – IV

Objetivo es disminuir peso. Contenido similar a los tt conductuales estándar (Wadden&Osei, 2002)

Módulo I- "Iniciando el tratamiento"

- Distinción entre bajar y mantenerse
- Educación respecto a alimentación saludable
- Autoregistros - semanal del peso en un gráfico
  - de alimentos y líquidos

Módulo II- "Establecer y mantener pérdida de peso"

- Se les ayuda a disminuir a 1500 kcal de consumo
- Se les ayuda a organizar su dieta según circunstancias y preferencias

Módulos I – IV

Objetivo es disminuir peso. Contenido similar a los tt conductuales estándar (Wadden&Osei, 2002)

Módulo III- "Revisar barreras para perder peso"

- Identificar diversos problemas que puedan interferir en la adherencia a la dieta restrictiva : elección de alimentos, mal monitoreo de kcal, excesivo consumo de alcohol, "picoteos", comer como reacción emocional, etc.

Módulo IV- "Aumentar actividad"

- Introducir hábitos de un estilo de vida más activo.
- Al menos disminuír sedentarismo

Módulos V a VII

Revisión de obstáculos cognitivos en la aceptación del mantenimiento del peso

Módulo V- "Revisar preocupación por imagen corporal"

- Deseos de cambiar apariencia y formas corporales son la principal razón por la que los pacientes quieren bajar y se proponen metas no realistas.

Módulo VI- "Identificar metas del paciente"

- Metas irreales como medio para satisfacer las "metas primarias"
- La meta apropiada sería aquella asociada al mínimo de morbilidad física (IMC 20-25)

Módulo VII- "Hacia la satisfacción de las metas primarias" (cambiar la apariencia, mejorar la autoestima, el desempeño interpersonal y físico)

Módulo VIII- "Alimentación a largo plazo"

Módulo IX

Módulo IX- Mantenimiento del peso

- Se les recomienda enfáticamente no seguir bajando de peso
- Se llega a este módulo (FASE 2) entre semana 24-30
- Dificultad en que no hay refuerzo del entorno, el tiempo es indefinido e implica aceptación de un peso que no era aceptable inicialmente.
- Se recomienda un rango de peso

→ Prevención de recaídas: Escenarios de riesgo
Plan de mantenimiento
Plan de enfrentamiento

Intervenciones Psicológicas complementarias a la psicoterapia estándar para la Obesidad Infantil

Relación BED y Obesidad

- 5 a 10% de los pacientes obesos pueden presentar BED (Grilo, 2002; De Angelis, 2002)
- Se ha evidenciado que el tratamiento de Cooper y Fairburn ayuda en su evolución positiva. (Cooper et al, 2004)
- “Si ayudamos a los pacientes a eliminar patrones de binge-eating, eso puede tener un impacto en el peso” (Wilfley en De Angelis, 2002)
- Sin embargo, hay incertidumbre respecto a la mejor forma de ayudar a pacientes con BED (Cooper et.al, 2004)

1.Evaluación del paciente

a) Diagnóstico diferencial de la Obesidad

¿Se trata del problema principal?

b) Motivación

¿Quién del sistema familiar está motivado?

¿A qué está motivado?

¿Por qué ahora?

c) Factores mantenedores del problema

¿Qué han intentado hacer los padres?

¿Qué ha intentado hacer el paciente?

Los problemas se originan y son mantenidos por el modo en el que las personas involucradas perciben y abordan las dificultades. Lo que mantiene los problemas es la aplicación contínua de intentos de solución erróneos

2. Estrategias de Intervención

Situación 1: El paciente y sus padres están motivados al tratamiento multidisciplinario para disminuir el peso. No hay tratamiento psicológico anterior

Un programa multidisciplinario que combinen la restricción dietética, el aumento de la actividad física, la educación nutricional y la modificación de conductas constituyen los pilares del tratamiento

- Actitud directiva del terapeuta
- Psicoeducación
- Autoregistros de alimentación (con registro emocional y cognitivo)
- Revisión de emociones asociadas al comer (hambre fisiológica v/s hambre emocional.
- Revisión de pensamientos asociados al comer

- Regulación de expectativas
- Metas realistas
- Metas mínimas
- Entrenamiento en habilidades sociales (evitar evasión)
- Refuerzo positivo en cada meta por mínima que sea

→ Ensayos, flexibilidad

"Las pautas rígidas de comportamiento no son sólo una característica de los pacientes…también de nosotros los terapeutas"

INTERVENCIÓN CON LOS PADRES

- Refuerzo positivo ante metas mínimas
  - Ejemplos que uno observa a través de la terapia.
  (padres no saben verlo!)
- Comprensión del proceso que vive su hijo (evitar enrabiarse).
- No acceso a comida “tentadora”. Aceptación por parte de los hermanos. Evitar tabú.
- Modelo en cuanto a “vida sana”

SESIONES EN CONJUNTO CON EL NIÑO

¿Cómo lo ayudamos?

(Grados de autonomía según edad del niño)

Definir en forma adecuada los objetivos individuales no es fácil. Las distintas acciones para alcanzar el objetivo propuesto en forma individual, deben estar integradas entre los miembros del equipo multidisciplinario

compuesto por médicos, nutricionistas, kinesiólogos y psicólogos

Situación 2: Baja motivación de los padres y paciente. Hay tratamientos anteriores no exitosos. O resistencias ante nuestra terapia en curso.

"La resistencia le indica al terapeuta que podría no estar usando las estrategias que son apropiadas al estado de cambio en que se encuentra el paciente"

→ cambio de dirección de nuestra intervención

- Disminuir directividad
- Promover la reflexión. No dar por hecho que quiere cambiar.
- Elaborar preguntas: ¿Qué le preocupa? ¿Qué quisiera mejorar? ¿Qué cree que no funcionó antes?
- Construir un motivo de consulta según queja del paciente
- El foco ya no es exclusivo en la disminución y mantenimiento del peso

- Buscar sensación de autoeficacia en otras áreas
  - actividades familiares, sociales
  - contacto con otros
  - tareas de mayor responsabilidad

⇨ Refuerzo positivo con ejemplos reales

- Psicoeducación indirecta (parte de la reflexión)
- Mantener preguntas dirigidas a “decidir aventurarse nuevamente al intento de bajar”
  - Esperarlo
  - Revisar ventajas y desventajas (funcionalidad del síntoma)
  - Cuestionar decisión. Que el paciente te convenza, no al revés

→ Sólo en ese caso, podemos volver a intentarlo

Prevención de Recaídas

- A penas va teniendo una evolución favorable
- Atribución interna
- Una caída no es recaída
- Revisar situaciones de riesgo
- Precaución en el entusiasmo del terapeuta

→ La identidad del paciente va cambiando
Ayudarlo a integrarla

Distanciar sesiones

Dar el alta (aunque mantengan controles espaciados)

CLC
CLINICA LAS CONDES

Muchas Gracias

CLC

CLINICA LAS CONDES