

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA  
OBESIDAD**

**COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR  
OBESITY**

**Mercedes Denia Lafuente**

Correspondencia: Mercedes Denia Lafuente, [mdeniala@yahoo.es](mailto:mdeniala@yahoo.es)

Hospital Ramón y Cajal,

Carretera de Colmenar Km9, CP: 28049, Madrid

## **RESUMEN**

La Terapia Cognitivo-Conductual se muestra como un procedimiento útil para la pérdida de peso. Se trata de modificar no solo el peso si no los hábitos alimentarios y de vida. Siendo un tratamiento útil, no es todavía un tratamiento definitivo. Además, la dificultad en mantener los logros a lo largo de los años plantea la necesidad de hacer un programa de seguimiento y mantenimiento que pueda garantice la pérdida de peso conseguida.

El objetivo de este trabajo es comprobar si la terapia cognitivo-conductual en pacientes con obesidad promueve la adquisición de hábitos saludables que permitan estabilizar el peso.

**Palabras clave:** Obesidad, tratamiento cognitivo-conductual, pérdida de peso, motivación.

## **ABSTRACT**

Cognitive-Behavioural Therapy can be a useful method for losing weight. The idea is not only to reduce weight but also to modify eating habits and lifestyle. Although it is a useful treatment it is not definitive. The difficulty in maintaining weight loss over years requires regular monitoring to guarantee sustained results.

The objective of this work is to check if Cognitive-Behavioural Therapy in patients with obesity promotes the acquisition of healthy habits to stabilize the weight.

**Key words:** Obesity, Cognitive-Behavioural Therapy, losing weight, motivation.

## **INTRODUCCIÓN**

La obesidad es una enfermedad que presenta características heterogéneas, con una génesis multifactorial compleja y acompañada de comorbilidad. Otro componente clave es su carácter crónico, por lo que no es posible pretender una solución rápida y definitiva del trastorno. Desde el punto de vista psicológico se puede ver asociada con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), depresión u otras patologías. En este contexto tan variado y complejo no se puede abordar el tratamiento con soluciones aisladas sino que debe formar parte de un programa multidisciplinario.

Asimismo, el enfoque terapéutico debe adaptarse a las necesidades y las áreas problemáticas de cada paciente, en la que se suman varios elementos como: grado de exceso de peso, presencia de complicaciones físicas, comorbilidad psicológica y/o tratamientos realizados con anterioridad (1).

Se hace imprescindible para enfrentar el tratamiento la implicación de diferentes disciplinas y la cooperación de varios profesionales: médico nutricionista, internista, psicológico, entre otros.

Muchos pacientes acuden a consulta con la idea que la obesidad se soluciona siguiendo una dieta, sin considerar otras áreas de su vida. A veces esta actitud la puede favorecer el profesional, que focaliza en la pérdida de peso toda la atención del paciente, dejando a un lado la necesidad de modificación de hábitos de vida y conducta.

El concepto “bajar peso” se planteaba más como un problema de figura, de estética y la focalización del tratamiento se dirigía, sobre todo, a seguir una dieta durante algún tiempo para lograr la pérdida de peso deseada.

Actualmente no se trata tanto de pérdidas elevadas si no suficientes para mejorar la salud, oscilando, en opinión de los autores, en una bajada en torno al 5% del peso inicial. Pese a ello, los resultados en cuanto al mantenimiento del peso resultan decepcionantes, ya que solo el 20-30% de los pacientes con sobrepeso y obesidad logran mantener el peso reducido (2). Durante el primer año tras la reducción de peso, entre el 30-35% de los pacientes recuperan el peso perdido y más de la mitad alcanzaron, transcurridos 3-5 años, un peso mayor del inicial, aunque un grupo importante de pacientes logra mantener la pérdida de al menos el 5% de su peso después de un año (3,4).

## **PSICOTERAPIA Y OBESIDAD**

La mayor parte de los enfoques terapéuticos son susceptibles de hacerse tanto en grupo como individualmente, no obstante, la comunicación de experiencias resulta en mejores resultados en tratamientos de grupo, aunque resulta necesario y conveniente hacer encuadres grupales diferentes para determinadas conductas, como alimentación y ejercicio, al tener objetivos, pautas y procedimientos muy semejantes (5-7).

El planteamiento global del tratamiento se centra en cambiar el estilo de vida y este cambio está dirigido preferentemente a tres aspectos: la conducta alimentaria, propiamente dicha, la modificación de la vida sedentaria por un aumento regular de ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad (4,8,9).

El tratamiento de los problemas emocionales se aborda mediante técnicas de psicoterapia diferentes según las posiciones teóricas: terapia de conducta, tratamiento cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia psicodinámica.

También se usan otros tratamientos, aunque en menor proporción y, actualmente, menos descritos. El estilo de vida dirigido a la dieta adecuada y a aumentar la actividad física se aborda en su mayoría con técnicas conductuales como automonitorización o control de estímulos, entre otras (4,10).

Los datos muestran que se obtienen mejores resultados si se combina con programas de dieta y ejercicio, por ello los tratamientos psicológicos independientemente de la orientación teórica, deben incluirse en un programa multidisciplinario (8,11,12).

## **ELEMENTOS CLAVES DEL TRATAMIENTO**

Hay dos elementos claves, muy relacionados entre sí, que deben valorarse y plantearse antes de iniciar el tratamiento. Son los módulos de motivación y psicoeducación. El cuidado de estos aspectos resulta muy importante porque tiene una incidencia positiva para una mejor evolución y mantenimiento posterior de logros.

### ***Motivación***

La advertencia del médico de la necesidad de bajar de peso se muestra poco eficaz en la práctica diaria.

Hay una situación especial para la psicoterapia en general, que en los grupos de reducción de peso se presenta de forma muy patente, es la necesidad de estar motivados como prerrequisito para comenzar la terapia (10).

Las personas con obesidad a menudo tienen dificultad para encontrar una motivación suficiente que les permita cambiar el comportamiento. El foco en las primeras entrevistas está en términos de logros físicos, como bajar de peso y

regularlo de forma estable, pero para conseguir estabilizar el peso, los sentimientos y emociones deben canalizarse adecuadamente sin usar como intermediario o como finalidad la comida. Esta conducta refleja en el paciente una dificultad para expresar emociones, que es deseable mejorar a través de ayuda psicológica, de manera que no repercuta negativamente en su peso. Sin embargo, el objetivo de participar en un grupo de psicoterapia no está en sus planteamientos desde el principio y esta posibilidad, habitualmente, no se acepta de forma inmediata.

Hacer este planteamiento supone una confrontación activa del paciente con sus propias conductas y sus creencias y sugiere que hay otras opciones posibles y más adecuadas para sus patrones habituales de conducta que sería oportuno incluir, por lo tanto promueve el autocuestionamiento (13).

Unos pacientes consideran la pequeña reducción de peso como algo insuficiente, lo que puede reflejar que sus expectativas son mucho más elevadas, movidas por la falta de información o por el deseo. Pero también indica que son, probablemente, o muy difíciles de lograr o irreales y a la larga, una fuente mantenida de insatisfacción ante cualquier pérdida de peso, aunque ésta sea útil y beneficiosa.

Todo esto puede influir en una disminución del empeño en seguir las indicaciones y puede mermar el interés de colaboración con el tratamiento, incluso puede desencadenar el abandono del mismo, por sentimientos de frustración y desmotivación.

Por ello la psicoterapia no es aceptada por todos de la misma forma y el interés por descubrir y modificar sus patrones de vida inadecuados es muy desigual, interviniendo en dicha motivación muchos factores.

Uno de los métodos para fortalecer la motivación es la entrevista motivacional como complemento a las estrategias convencionales. El objetivo es promover la voluntad de cambiar las áreas en las que muestran más indecisión y ambivalencia. La característica clave del enfoque de esta entrevista es que se desarrolla dentro de un marco en el que el paciente tiene disposición de resistencia al cambio y la relación terapéutica busca cómo estimular que el paciente compare las ventajas e inconvenientes del comportamiento asociado a sus hábitos inadecuados, que conducen al exceso de peso. Se trata de crear la disonancia cognitiva suficiente para que favorezca la sensación de incongruencia y que ésta repercuta en el aumento de la motivación (14,15).

### ***Psicoeducación***

Resulta imprescindible para desarrollar la motivación el programa de psicoeducación, usado como trabajo de construcción de deseos de cambio y mantenimiento.

La mayoría de las personas con obesidad que acuden a tratamiento han realizado numerosas dietas con resultados, generalmente, pobres. Suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana, proceso de adelgazamiento y, además, están inmersos en la sociedad de la delgadez. Esperan cambios de peso marcados y rápidos casi con cualquier régimen, los esquemas vienen definidos más por la pérdida de peso para ser delgados,

buscando un cambio de imagen para tener más éxito, aceptación propia y de los demás y no tanto por motivos de salud.

La dieta está cargada de significados desproporcionados e inadecuados encontrándose en último lugar la alimentación sana, adecuada y posible. Esta situación hace necesario e imprescindible como fase previa, un módulo de educación alimentaria y psicológica para que se involucren en el tratamiento con conceptos veraces y criterios de salud. Los conceptos básicos a exponer en distintas áreas son (16): alimentación, emociones, actividad, ejercicio y familia.

En cuanto a alimentación los temas a tratar son: conocimiento de la alimentación sana, efectos del sobrepeso en el cuerpo y la salud, factores que favorecen el desarrollo de la obesidad, autoobservación y realización de las prescripciones, desarrollo de objetivos realistas de peso y mantenimiento, inclusión de objetivos parciales y progresivos, desarrollo de pros y contras del cambio.

En lo referente a las emociones deben aclararse las responsabilidades en el contexto de la terapia y la influencia que tienen las emociones y los pensamientos sobre la conducta.

Debe entenderse que la actividad y ejercicio físico adecuados son aquellos suficientes y regulares para favorecer la salud y el mantenimiento del peso.

La familia recibirá una explicación detallada de los procedimientos del programa.



## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Las formas de abordar el tratamiento de la obesidad son muy variadas. A menudo se usa la combinación de la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), lo cual muestra los mejores resultados.

Distintos estudios muestran la utilidad de estos métodos para el tratamiento de la obesidad, dentro de las limitaciones que toda psicoterapia tiene en estos casos tan complejos. También se usan, aunque con menor frecuencia y con resultados menos favorables, la terapia interpersonal, terapia psicodinámica, técnicas de relajación e hipnosis.

Frecuentemente, estos pacientes presentan comorbilidad psicológica en trastornos que pueden interferir en la adaptación y evolución del programa de tratamiento general y conviene detectarlos y diagnosticarlos al inicio.

Deben tenerse en cuenta, especialmente, los TCA, ya que no resultan infrecuentes los casos de bulimia nerviosa y, principalmente, trastorno por atracón. Asimismo, es frecuente la presencia del síndrome del comedor nocturno (*Night Eating Syndrome*) y se observa de manera habitual picoteo, generalmente de alimentos de elevado contenido energético que a veces son sus alimentos preferidos y, en otras ocasiones, cualquier alimento. Otras patologías pueden estar presentes como trastornos depresivos u otros trastornos del humor. En estos casos conviene abordar los problemas desde el inicio del tratamiento y, si es necesario, de forma individualizada.

La proporción de cuanta psicoterapia es necesaria en los pacientes es muy difícil precisar ya que las posibilidades son muy diferentes dependiendo de la comorbilidad física y psicológica, motivación, conflictos y situaciones personales.

### ***Tratamiento Cognitivo Conductual***

El TCC abarca, junto a los componentes cognitivos propios de esta terapia, unos procedimientos comportamentales para el abordaje de la conducta alimentaria y el ejercicio físico que se asemejan en algunos aspectos con los de la terapia de conducta (16).

Los estudios de comparación de tratamientos muestran como los enfoques exclusivamente conductuales o cognitivos son menos eficaces aplicados separadamente. Los logros mejoran considerablemente si se combinan ambos procedimientos. Parece recomendable el uso de ambas técnicas para garantizar una pérdida de peso y mantenimiento posterior (8,17).

La psicoterapia cognitivo-conductual pone el acento en “qué debería cambiar y cómo puedo hacerlo”. La tarea consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria.

Cuando el paciente está en las primeras fases del TCC, los hábitos de alimentación inadecuados todavía permanecen sin modificar, hasta que un mejor control de la comida esté activado y por ello permite observar la forma en que canaliza habitualmente sus afectos. Con frecuencia, el paciente no tiene conciencia de estas dificultades y de sus efectos. Los problemas que mejor reconocen son los de la imagen corporal, la belleza y la salud, pero no la disfuncionalidad de sus interacciones y planteamientos, por lo que este es un contexto indicado para trabajarlos. El tratamiento de la imagen corporal, autoestima, impulsividad, demandas afectivas, estilos de resolver

problemas y/o sintomatología depresiva puede requerir la inclusión de sesiones individuales.

Se pueden destacar las siguientes intervenciones básicas (16):

- 1- *Técnicas de autocontrol*: que incluyen autoobservación, registro de comida y de situaciones desencadenantes, establecimiento de metas realistas a corto-largo plazo, control de estímulos (comer sentado, despacio, sin otras actividades, límites y lista de comida, levantarse de la mesa al comer, compra controlada).
- 2- *Reestructuración cognitiva propiamente dicha*: conocimiento que el paciente tiene de sus propios pensamientos y emociones, conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas.
- 3- *Focos de trabajo*: autoestima, actitud ante las críticas, valoración de las fortalezas, desarrollar el sentido de autoeficacia, imagen corporal y refuerzo de logros, aun siendo pequeños.
- 4- *Desarrollo de otras habilidades de manejo de dificultades*: aprender conductas alternativas en vez de comer, estrategias de manejo del estrés y regulación de afectos, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, además de prevención e interpretación de recaídas.
- 5- *Seguimiento y evolución*: trata de la reevaluación y feedback de cambios producidos y mantenidos.

El objetivo es que el paciente descubra nuevas formas y conductas y las lleve a su vida diaria beneficiándose de un mayor bienestar y eficacia.

Muchos estudios avalan la utilidad de la TCC para tratar a los pacientes con obesidad (12,16), pero las dificultades también son importantes en un número de pacientes. Una de las formas con las que se puede conseguir mejores resultados en el mantenimiento de los logros es continuar el contacto con el centro mediante diferentes formas: telefónica, correo ordinario, correo electrónico o favoreciendo la capacidad de autoregulación del paciente a través del contacto con el terapeuta (4,6,18,19).

## **RESUMEN**

La TCC es un tratamiento importante para la obesidad que debe cuidar de forma especial la motivación. Junto a la psicoterapia, propiamente dicha, es imprescindible el abordaje conductual en cuanto a la dieta y el ejercicio.

Debe pretenderse, una pérdida de peso pequeña, pero suficiente para mejorar la salud y hacerse un seguimiento para asegurar el mantenimiento de los logros conseguidos.

## **REFERENCIAS**

1. Becker S, Nieß A, Hipp A, Fritsche A, Gallwitz B, Granderath F, et al. Adipositas –eine interdisziplinäre Aufgabe. *Ther Umsch.* 2006; 63(8): 509–514.
2. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr.* 2005; 82 Suppl 1: 222–225.

3. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr.* 2001; 74(5): 579–584.
4. Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obes Res.* 2004; 12 Supl 1: 151-62.
5. Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. *Obesity Facts.* 2009; 2: 17–24.
6. Befort CA, Donnelly JE, Sullivan DK, Ellerbeck EF, Perri MG. Group versus individual phone-based obesity treatment for rural women. *Eat Behav.* 2010. Jan; 11(1): 11-7.
7. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol.* 2001 Aug; 69(4): 717-21.
8. Shaw K, O'Rourke P, Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight. 2009. *The Cochrane Library* 1.
9. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes.* 2005; 29: 1153-1167.
10. Poobalan AS, Aucott LS, Precious E, Crombie IK, Smith WC. Weight loss intervention in young people (18-25 years old): a systematic review. *Obes Rev.* 2010 Aug; 11(8): 580-92.

11. Wiltink J, ADippel A, Szczepanski M, Thiede R, Alt C, Beutel ME. Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: Predictors and maintaining factors of health behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 June; 62(3): 691-698.
12. Painot D, Jotterand S, Kammer A, Fossati M, Golay A. Simultaneous nutritional cognitive-behavioural therapy in obese patients. *Patient Education and Counseling*. 2001; 42: 47-52.
13. Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 1st ed. Madrid: Siglo XXI; 1997.
14. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61(3): 455-461.
15. DiMarco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eat Behav*. 2009; 10(2): 134-136.
16. Teufel M, Becker S, Rieber N, Stephan K, Zipfel S. Psychotherapie und Adipositas: Strategien, Herausforderungen und Chancen. *Nervenarzt*. 2010 Sep; 82(9): 1133-1139.
17. Becker S, Rapps N, Zipfel S. Psychotherapie bei Adipositas - Ein systematischer Überblick. *Psychother Psychosom. Med Psychol*. 2007; 57(11): 420-427.
18. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group interpersonal psychotherapy for the treatment

of overweight individuals with binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(8): 713–721.

19. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med*. 2006 Oct 12; 355(15): 1563-71.