

## Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida

FUENTE: PSICOLOGIA.COM. 2001; 5(3) <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2358>

**I. Iruarrizaga\***, **N. Romero\*\***, **N. Camuñas\***, **M. A. Rubio\*\*\*** y **L. Cabrerizo\*\*\***

\*Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España.

\*\*Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. UCM, España.

\*\*\*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid, España.

PALABRAS CLAVE: Obesidad mórbida, programa cognitivo-conductual, emociones.

(KEYWORDS: Morbid obesity, cognitive-behavioral programme, emotions.)

[\[otros artículos\]](#) [\[13/2/2001\]](#)

### Resumen

La obesidad es un problema que afecta a un elevado porcentaje de la población general, entre un 6 y un 26 % de la población adulta española (SEEDO, 1997), y si incluimos el sobrepeso el nivel de afectación alcanzaría hasta un 55% de la población en USA. Aumenta la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades, tales como los trastornos cardiovasculares, diabetes, hipertensión, constituyendo no sólo un problema médico, sino también social, asociándose con frecuencia a elevados niveles de ansiedad y depresión.

Los objetivos primordiales fueron dotar de estrategias para reducir los niveles de ansiedad, ira y depresión, dotar de estrategias para modificar el locus de control y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Con el objetivo de comprobar la eficacia del programa se realizó una evaluación pre y post tratamiento mediante los siguientes instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994), Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -STAXI (Spielberger, 1991), Cuestionario Tridimensional de Depresión -CTD (Jiménez, Miguel Tobal, Cano Vindel, 1996) y Control, Defensa y Expresión de Emociones -CDE (Cano Vindel, Miguel Tobal, 1996). Durante el tratamiento propiamente dicho se aplicaron las técnicas de Relajación Muscular Progresiva, Respiración Abdominal, Reestructuración Cognitiva, Solución de Problemas, Control de Estímulos y Asertividad.

Tras la aplicación del programa se obtuvieron resultados altamente satisfactorios, avalando la necesidad cada vez mayor de implantar este tipo de programas en el área de la salud, y más concretamente en individuos con trastornos de la conducta alimentaria.

El presente programa de tipo cognitivo-conductual se llevó a cabo en el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, con un grupo de pacientes diagnosticados de Obesidad Mórbida (algunos de ellos portadores de gastroplastia vertical bandeada).

### Abstract

A large percentage of the world population suffers from obesity. Between 6 and 26% of the adult Spanish population (Seedo, 1997) is obese, and up to 55% of the USA population would suffer from either obesity or overweight. Obesity increases the risk of developing several diseases such as cardiovascular disorders, diabetes and hypertension, and constitutes not only a medical problem but a social one as well. In fact, it is often associated to high levels of anxiety and depression.

The main goals of the programme were to develop strategies aimed at reducing the anxiety, anger and depressive levels, and to develop strategies aimed at modifying the locus of control and at improving the quality of leaving of people suffering from obesity disorder.

In order to assess the impact of the programme, evaluations were carried out before and after the therapy. The following assessment instruments were used: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA (Miguel Tobal and Cano Vindel, 1986, 1988, 1994), State Trait Anger Expression Inventory -STAXI (Spielberger, 1991), Cuestionario Tridimensional de Depresión -CTD (Jiménez, Miguel Tobal and Cano Vindel, 1996). Treatment procedure was composed by: Progressive relaxation training, abdominal respiration technique, cognitive restructuring, problem solving strategies, stimuli control, and asertiveness.

The application of the programme provided highly satisfactory results, thus confirming the growing need of introducing this type of programmes in the health field, in particular when dealing with individuals suffering from eating disorders.

This cognitive-behavioral programme was applied at the Endocrinology and Nutrition Service of the San Carlos University on a group of patients suffering from Morbid Obesity disorder (some of them with vertical banded gastroplasty).

---

## Introducción

La obesidad, definida como "la acumulación excesiva de tejido graso en el cuerpo, con el consiguiente aumento de peso" (Saldaña 1988, pg 17), es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo occidental. Constituye un grave problema que ataca sobre todo a las sociedades industrializadas (en Europa entre el 10 y el 20 % de la población adulta es obesa, porcentaje que asciende a un 30% en Norteamérica) (Mariscal C., 1989).

Existen diversos modos de medición antropométrica, siendo el más utilizado el Índice de Masa Corporal (IMC) de Quetelet, a partir del cual se clasifica la obesidad como: Sobrepeso ( $25 \leq \text{IMC} < 27$ ), Obesidad de grado I ( $27 \leq \text{IMC} < 30$ ), Obesidad de grado II ( $30 \leq \text{IMC} < 40$ ), y Obesidad de grado III u Obesidad mórbida ( $\text{IMC} \geq 40$ ). En España, se calcula una prevalencia global de la obesidad, a partir de un  $\text{IMC} \geq 30$ , del 13,4% (11,5% en varones y 15,2% en mujeres), que aumenta con la edad y en personas con bajo nivel cultural (Serra Majem y Salleras Sanmartí, 1999).

La obesidad disminuye la longevidad e incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, cáncer hormonodependiente y trastornos osteoarticulares (Alastrué, Rull y Broggi, 1999).

Así mismo, la obesidad se relaciona con importantes alteraciones emocionales –fundamentalmente elevados niveles de ansiedad y depresión-, conductuales y, en general, un déficit de la función

psicosocial (McCarthy, 1990; Schwalbrg, Barlow, Alger y Howard, 1992; Casas y Capafons, 1996). Entre los diferentes tratamientos médicos existentes de la obesidad se encuentra la gastroplastia vertical bandeada que, si bien produce una importante reducción del peso corporal, provoca importantes consecuencias secundarias adversas que pueden condicionar la vida cotidiana y el funcionamiento psicosocial de la persona.

Se presenta un programa de carácter Cognitivo-Conductual llevado a cabo con el propósito de conseguir un mayor control emocional, una reducción de los niveles de ansiedad, depresión e ira, la modificación del locus de control, una disminución del peso y, por ende, la mejora de su calidad de vida del individuo.

## **Muestra**

La muestra está formada por 5 sujetos diagnosticados de Obesidad Mórbida (algunos de ellos portadores de gastroplastia vertical bandeada), con edades comprendidas entre los 35 y los 53 años de edad; todos ellos en tratamiento en la Unidad de Nutrición, Clínica y Dietética del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid. Los criterios en los cuales se basaron para la inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes con Obesidad Mórbida.
- Aun habiendo seguido numerosas dietas o regímenes no han obtenido resultado.
- Gran implicación de la ansiedad y estrés en su problemática.

## **Programa**

El programa se estructuró en sesiones de 90 minutos. Las técnicas se fueron solapando, de manera que las sesiones se dividieron en ocasiones en varias partes, correspondiendo cada una de ellas a técnicas distintas. En todas las sesiones se pesó a los sujetos previamente, al comienzo de las mismas.

## **Instrumentos**

- I.S.R.A., Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel Tobal y Cano Vindel 1986, 1988, 1994). Proporciona medidas del rasgo general de ansiedad (Ansiedad Total), del triple sistema de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor), y de cuatro áreas situacionales (Evaluación-FI, Interpersonal-FII, Fóbica-FIII y Cotidiana-FIV).
- S.T.A.X.I.-2, Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (Spielberger 1999. Adaptación de Miguel Tobal, Cano Vindel y Casado Morales, 2000). Consta de las siguientes escalas: Estado, Rasgo (subescalas de Reacción y Temperamento), Expresión de ira interna, Expresión de ira externa, Control de ira interna y Control de ira externa, a lo que se añade un Índice General de Expresión de Ira.
- C.T.D., Cuestionario Tridimensional de Depresión (Jiménez, Miguel Tobal y Cano Vindel, 1996). Aporta medidas del rasgo general de depresión (Depresión Total) y del triple sistema de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor).
- C.D.E., Control, Defensa y Expresión de Emociones (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1996). Los ítems están distribuidos en siete escalas: Ocultación-Defensa, Intento de control, Control Percibido, Altruismo, Expresión Externa, Recreación Interna y Frecuencia. Estas escalas evalúan tres emociones (Ansiedad, Ira y Depresión).

## Desarrollo del programa

El programa de "Intervención en control emocional en Obesidad Mórbida" se desarrolló a lo largo de catorce sesiones, con una duración aproximada de hora y media cada una de ellas.

El Programa se divide en tres partes o fases:

- Una primera de PRE-TRATAMIENTO donde se realizó la administración de cuestionarios: I.S.R.A., S.T. A.X.I.-2, C.T.D. y C.D.E. Esta fase se llevó a cabo a lo largo de las dos primeras sesiones.
- Una segunda de TRATAMIENTO, donde se aplican las diferentes técnicas utilizadas a lo largo del programa. En todas las sesiones, se utilizó como soporte informativo la presentación de transparencias, esquemas, resúmenes y ejemplos, con lo conseguimos una mejor asimilación de las técnicas presentadas.

Asimismo, como material de apoyo de las explicaciones de las diferentes técnicas, se repartió a los participantes, durante todas las sesiones, un dossier con la documentación más importante, que en ocasiones coincidía con el material expuesto en transparencias.

En los módulos trabajados se alternaron las instrucciones teóricas con ensayos de conducta, role-playing, dinámicas, debates,..., con los que los pacientes ponían en práctica lo explicado en las sesiones.

Finalmente, se utilizaron de forma asidua autorregistros que nos permitieron, por un lado fomentar la adherencia al tratamiento, y por otro, conseguir un cambio en la conducta, tomando los participantes, al auto-observarse, conciencia de sus conductas desadaptadas. Son los siguientes: Autorregistro de respiración abdominal, autorregistros de Relajación Muscular Progresiva, de alimentación, de cumplidos, de pensamientos automáticos y de pensamientos distorsionados.

Los módulos desarrollados fueron los siguientes:

- Sesiones Informativas: En las que se dotó a los participantes de información general sobre qué es la Obesidad, factores biológicos, genéticos, conductuales y psicosociales asociados a la obesidad, los distintos tipos de tratamientos tradicionales utilizados para combatirla... y en una segunda fase, se explicó qué es la respuesta emocional, la ansiedad y la ira. En este módulo, se emplearon las Sesiones 2 y 3.

-Técnicas de Relajación: Entrenamiento en la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jackobson, en la versión abreviada de Wolpe (1973), unida a un entrenamiento en Respiración Abdominal. Se explicó a los participantes los beneficios de la utilización de la técnica, y durante las sesiones de la 3 a la 7, se entrenó a los sujetos en las distintas fases, para la posterior aplicación individual a lo largo de la semana.

-Técnicas de Habilidades Sociales: Se explicó a los sujetos en que consiste la comunicación verbal y no verbal, y se les entrenó en técnicas de asertividad y en la expresión adecuada de opiniones y emociones: como "hacer y recibir cumplidos", "hacer y recibir críticas" y "como decir No" Se emplearon las sesiones 5 y 6 para el desarrollo de este módulo.

-Desarrollo de Hábitos de vida saludables y Autocontrol: Se dotó a los participantes de información

sobre alimentación y deporte, así como de estrategias conductuales para conseguir los objetivos planteados. De igual modo, se les entrenó en técnicas de control de estímulos, dando pautas de cómo preparar la comida, forma de almacenarla, comer fuera de casa... de tal forma que puedan controlar la dieta impuesta por el especialista médico. Se emplearon las sesiones de la 5 a la 7.

-Técnica de Reestructuración Cognitiva (Beck, 1979) y Autoinstrucciones (Meichenbaum, 1977): Dirigida a identificar e implantar ideas y verbalizaciones adecuadas para un afrontamiento adaptativo. Se explicó a los participantes, qué son los pensamientos automáticos, cómo detectarlos y cómo combatirlos. Se aplicó durante las Sesiones 8 y 9.

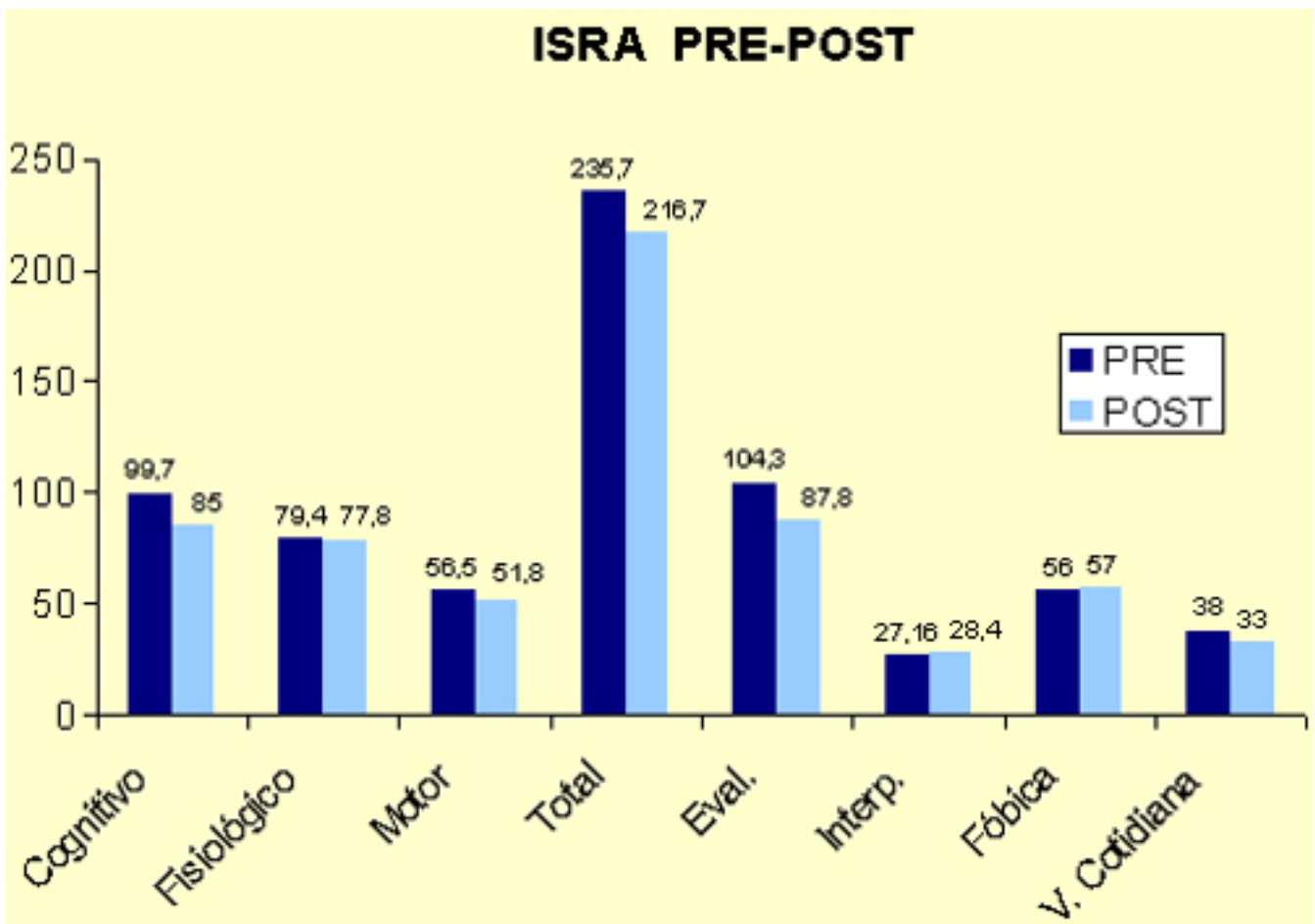
-Técnica de Solución de Problemas (D´Zurilla y Golfried, 1971): Entrenamiento en cinco fases sistemáticas dirigidas a conseguir de una forma eficaz, la posible solución/es a un problema planteado. Sesiones de la 10 a la 12.

-Planificación de Tiempo: Se dota los participantes de información sobre las ventajas de un adecuado aprovechamiento del tiempo; evaluación y entrenamiento en la reorganización temporal diaria. Para ello, se les entrena en la utilización de la agenda y la planificación a lo largo del tiempo de las distintas actividades. Se empleó la Sesión 12.

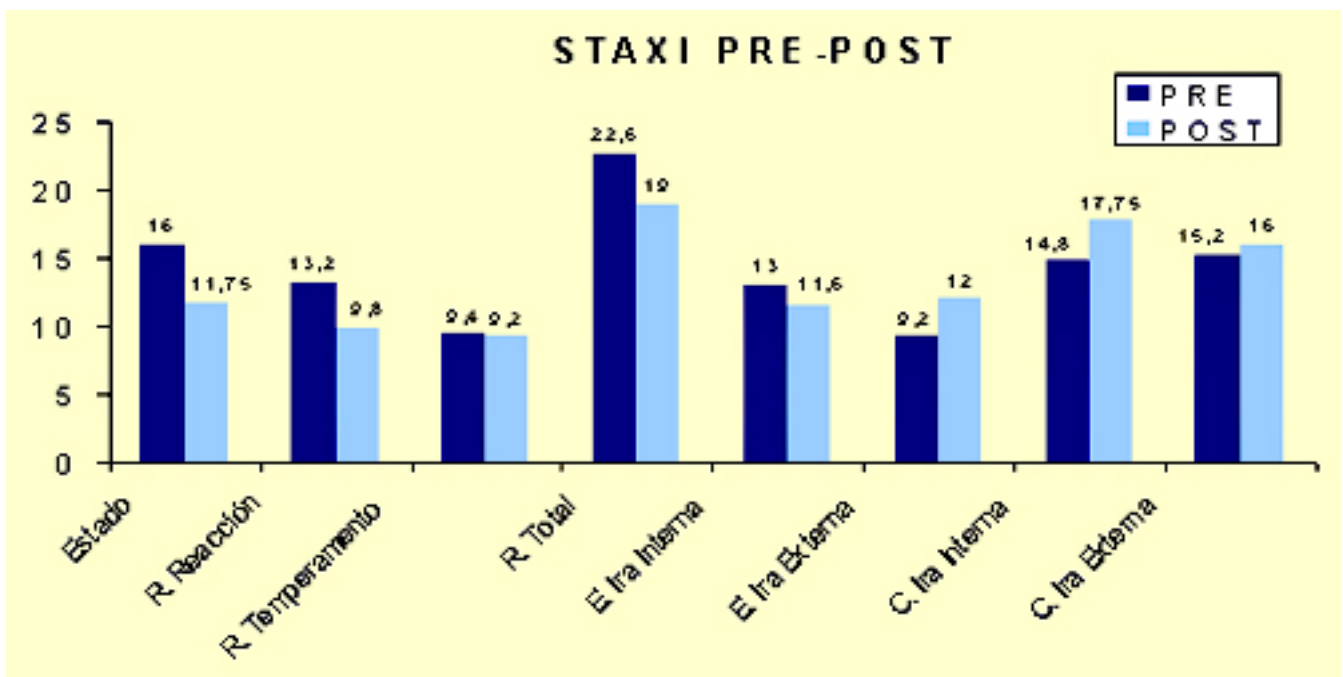
· Y una tercera de POST-TRATAMIENTO, en la que se vuelve a realizar la administración de cuestionarios utilizados en la fase de pre-tratamiento: I.S.R.A., S.T.A.X.I.-2, C.T.D. y C.D.E. Posteriormente, se mostró a los participantes de forma gráfica, los cambios producidos a nivel grupal durante el tratamiento, y de un modo individual y confidencial sus propios cambios. Se utilizaron las sesiones 13 y 14.

### **Análisis de datos y resultados**

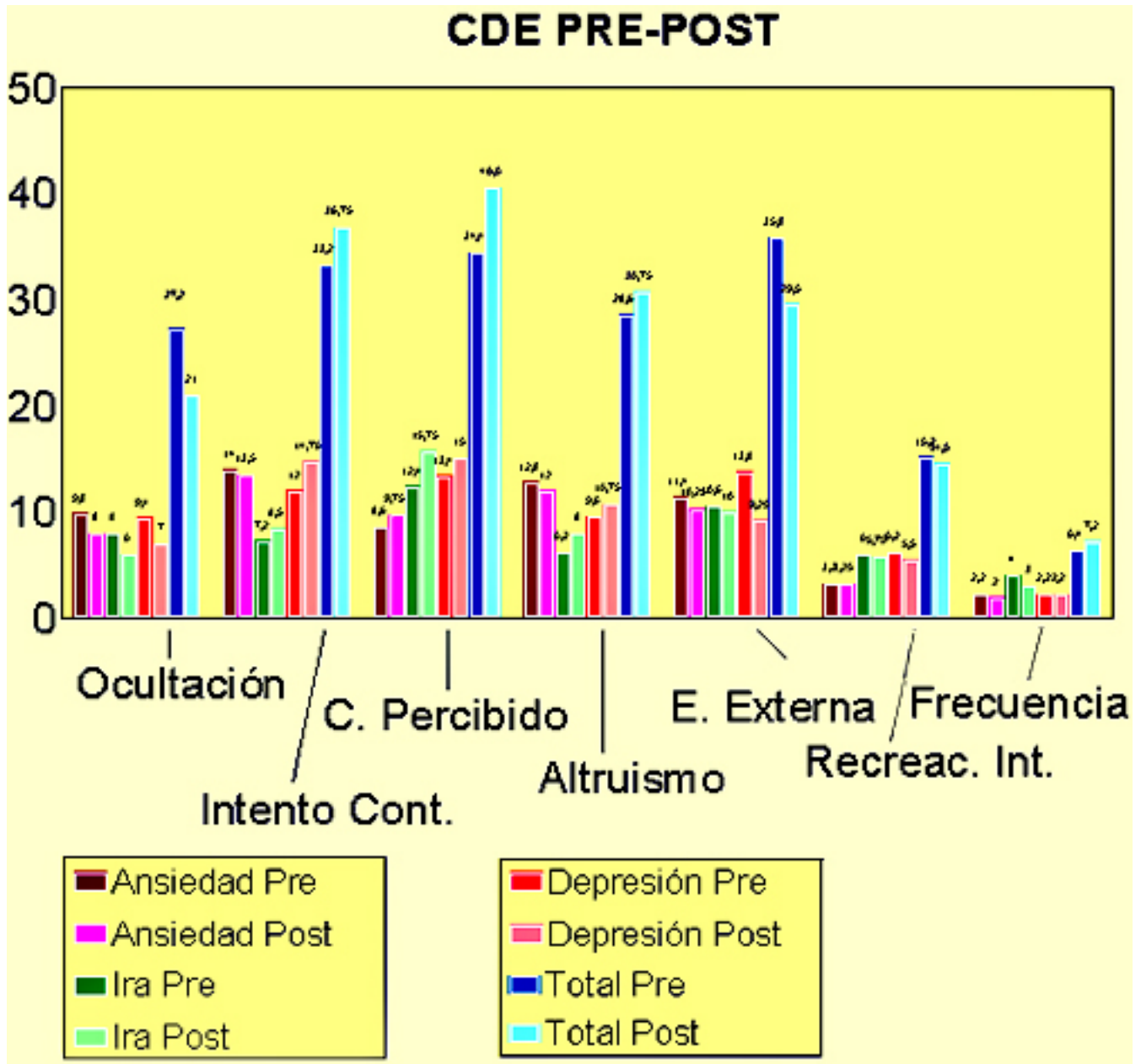
Se han calculado las puntuaciones medias del grupo para cada una de las variables estudiadas en las fases pre- y post-tratamiento en las distintas escalas del I.S.R.A., S.T.A.X.I., C.T.D. y C.D.E. Los resultados, de forma gráfica son los siguientes:



En el I.S.R.A. se observa un descenso en las puntuaciones obtenidas en el rasgo general de ansiedad (Ansiedad Total), en los sistemas de respuesta Cognitivo y Motor y en FI- Ansiedad de Evaluación y FIV- Ansiedad Cotidiana.



En el C.T.D. han disminuido las puntuaciones en todas las escalas.



En el C.D.E. disminuyen las puntuaciones totales en las escalas de Ocultación-Defensa y Expresión externa, aumentan el Intento de control y el Control Percibido.



Finalmente, se ha producido un descenso gradual en el peso corporal de los participantes, que han perdido 4,5 Kg. de media.

### Conclusiones

El programa ha mostrado resultados positivos en la reducción de las respuestas de ansiedad, ira y, especialmente, depresión; mejorando la expresión adecuada de la ira y su control.

Por otro lado, los participantes han mostrado un descenso paulatino de peso hasta alcanzar una reducción media de 4,5 kg. al finalizar el programa, si bien debido a la heterogeneidad de la muestra la reducción de peso se ha producido de un modo desigual en los participantes.

El escaso número de participantes en el programa ha impedido la realización de un estudio psicométrico más amplio, por lo que los resultados deben tomarse como preliminares. Esperamos subsanar este problema con la inclusión de nuevos pacientes en las sucesivas aplicaciones del programa. Creemos de interés la realización de estos programas, dado que este tipo de pacientes presenta dificultades de control emocional, a lo que se añaden los problemas que conlleva la intervención de Gastroplastia, sin que habitualmente se haga nada por mejorar esta situación.

Tras los prometedores resultados obtenidos, sería recomendable extender su aplicación a la fase previa a la intervención quirúrgica, para mejorar el control emocional antes de la operación y afrontar con más eficacia las posibles consecuencias adversas derivadas de esta.

## Referencias bibliográficas

- Alastrué, A., Rull, M. y Broggi, M.A. (1999). Obesidad severa y cirugía. En M. Fox y X. Formiguera (Eds.). Obesidad. Barcelona: Harcourt.
- Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1996). Inventario de Control, Defensa y Expresión de emociones negativas – CDE -. No publicado.
- Casas, C. y Capafons, A. (1996). Tratamiento del sobrepeso y exceso de grasa. Valencia: Promolibro.
- Jiménez, G., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1996). Cuestionario Tridimensional de Depresión – CTD -. No publicado.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression an eating disorders in women. Behaviour Research and Therapy, 28, 3, 205-215.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1986). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA- Madrid. TEA Ediciones (2ª ed. rev., 1988; 3ª ed. rev., 1994).
- Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.
- Schwalberg, M.D., Barlow, D.M., Alger, S.A. y Howard, L.J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. Journal of Abnormal Psychology, 101 (4), 675-681.
- Serra Majem, L. y Salleras Sanmartí, L. (1999). Epidemiología de la obesidad. En M. Fox y X. Formiguera (Eds.). Obesidad. Barcelona: Harcourt.
- Spielberger, C. D.(1999). State-Trait Expression Inventory -2. Odessa, FL: PAR. (Versión española de Miguel Tobal, J.J., Cano Vindel, A. y Casado Morales, M.I., Madrid: TEA. 2000, en prensa).