

Control emocional en pacientes obesas: un programa de intervención cognitivo conductual

(Emotional control in obesity patients: a cognitive-behavioral programme)

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2001; (2). <http://www.psiquiatría.com/interpsiquis2001/2453>

Camuñas, N.* , Revuelto, R , Yanes, C.** , Martí, M.** , Vivas, F.*** y Sánchez Arcilla, J.I.*****

*Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España. masterans@psi.ucm.es

** Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. Facultad de Psicología. UCM, España. masterans@psi.ucm.es

*** Programa de Menopausia. Ayuntamiento de Madrid, España.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión, Menopausia, Emociones

(KEYWORDS: Hypertension, Menopause, Emotions)

[\[otros artículos\]](#) [\[7/2/2001\]](#)

Resumen

La obesidad es considerada como uno de los principales problemas nutricionales, debido fundamentalmente a dos motivos: por una parte su alta frecuencia entre la población, existiendo una prevalencia en nuestro país del 13,4%, siendo más frecuente en mujeres (15,2% frente a un 11,5% en varones) y aumentando ésta con la edad (Serra Majem y Salleras Sanmartí, 1999); y por otra, dado a que en los últimos años se ha hecho cada vez más evidente que la obesidad es uno de los factores de riesgo más importantes en distintas enfermedades (hipertensión, respiratorios, cardiovasculares, diabetes, etc.).

En este trabajo, se presenta un programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento de la obesidad, en mujeres menopáusicas, mediante el cambio de hábitos de alimentación no saludables y el control de factores psicológicos, haciendo especial hincapié en el manejo de variables emocionales, dada la relación que han mostrado tener con la obesidad (Casas y Capafons, 1996; Sánchez Planell, 1999).

El programa consta de un total de siete módulos: módulos informativos, control estimular, elaboración de menús, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y habilidades sociales.

Tras el programa, los resultados muestran reducciones significativas en ansiedad, depresión e ira, así como una mejora en los hábitos de alimentación, lo que suponemos ha influido de forma significativa en la reducción de peso alcanzada por las participantes (media 6.06 Kg). En un seguimiento, realizado 4 meses después de la finalización del programa, no sólo se mantienen estos resultados, sino que en algunos casos se produce una mejora con respecto a la evaluación postratamiento.

Abstract

Obesity is considered as one of the most outstanding eating problems due to: (1) the high prevalence in the population in our country, around the 13,4%, being more frequent among females than males

(15,2% for females and 11,5% for males); these frequency increases with age (Serra Majem & Salleras Sanmartín, 1999); and (2) obesity is an important risk factor in different diseases such as hypertension, respiratory and cardiovascular disorders, diabetes, etc.

In the present paper a cognitive-behavioral programme for the treatment of obesity is presented, including: changing non-healthy eating habits, control of psychological factors, and especially the management of emotional variables (Casas y Capafons, 1996; Sánchez Planell, 1999).

The programme is composed by seven units: information, stimuli control, elaboration of diet schedules, relaxation strategies, cognitive restructuring, problem solving strategies, social skills training.

Results show significant decreases in anxiety, depression and anger, and an improving of healthy eating habits. These have had an important influence in the significant reduction of weight (mean: 6.06 Kgs). A 4-months follow-up points out the maintenance of these results and, even in some cases, a more reductions regarding post-assessment results.

Introducción

La obesidad es un problema de salud que afecta, en mayor o menor medida, a gran parte de la población mundial occidental. Distintos estudios epidemiológicos realizados, fundamentalmente anglosajones, señalan que la obesidad es el primer problema nutricional, estimándose que entre el 30 y el 50% de la población general es obesa, y que este porcentaje sigue aumentando, especialmente en países desarrollados (Saldaña y Rosell, 1988).

Se considera que, en todo el mundo, el número de obesos sobrepasa los 100 millones, lo que llevó a la O.M.S., en 1996, a considerar la obesidad como una verdadera epidemia (Enríquez Acosta, 1999), existiendo una prevalencia en nuestro país del 13,4%, siendo más frecuente en mujeres (15,2% frente a un 11,5% en varones) y aumentando ésta con la edad (Serra Majem y Salleras Sanmartí, 1999). En la actualidad, la obesidad está reconocida como uno de los factores más importantes de riesgo para la salud OMS, encontrándose relacionada con distintas enfermedades como son la hipertensión, problemas respiratorios, problemas cardiovasculares y diabetes, entre otras (Formiguera y Foz, 1999). La obesidad ha sido estudiada desde distintos puntos de vista, lo que ha dado lugar a un gran número de modelos explicativos de la misma dentro de una perspectiva fisiológica y psicológica, así se ha hablado de obesidad de base genética o debida a alteraciones del genoma de los individuos, obesidad de base hormonal, obesidad de base nutricional centrada en el aumento de la ingesta, etc. (Remesar, Fernández López y Alemany, 1.999), teoría del punto fijo, teoría del balance energético, el modelo conductual de aprendizaje (Saldaña García, 1994). Esta diversidad de modelos ha dado lugar a que en la actualidad la obesidad sea entendida desde un enfoque biopsicosocial, donde se tienen en cuenta tanto factores médicos como psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, haciendo difícil cualquier intento de intervención que no tenga en cuenta la esfera psicológica del individuo (Casas y Capafons, 1996).

Desde el punto de vista psicológico, el estado emocional es uno de los factores que más se ha estudiado en relación con la obesidad (Abramson, 1999), llegando a surgir una hipótesis explicativa en la que se recoge como los estados emocionales afectan al comportamiento alimentario, encontrándose distintos estudios que muestran como algunas personas reaccionan al estrés, a la ansiedad, el aburrimiento, la depresión, etc., comiendo en exceso (Casas y Capafons, 1996).

Por este motivo, los tratamientos actuales se centran no sólo en la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, sino también en la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas.

Desde éste punto de vista, en el presente trabajo se presenta un programa de intervención cognitivo-conductual, cuyo objetivo principal es dotar a las participantes de estrategias para controlar los factores psicológicos asociados al problema de la obesidad (ansiedad, depresión, ira, autocontrol, etc.), así como modificar los hábitos de alimentación, con el fin último de conseguir una reducción de peso.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 11 mujeres menopáusicas, todas las participantes fueron derivadas a este programa por el personal médico del Centro Integrado de Salud (CIS) de Villaverde, perteneciente al Ayuntamiento de Madrid, y acuden al mismo de forma voluntaria. El nivel cultural y socioeconómico es medio-bajo, y tienen edades comprendidas entre los 46 y 57 años, siendo la media grupal de 54 años. Según el Índice de Masa Corporal (IMC), 7 de ellas presentan obesidad severa, 3 obesidad masiva y 1 sobrepeso.

Instrumentos de Evaluación

1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994): Nos ofrece medidas en ocho escalas. Las tres primeras corresponden al triple sistema de respuesta de la ansiedad: cognitivo, fisiológico y motor, además nos ofrece una puntuación total o rasgo de ansiedad. Las cuatro escalas restantes hacen referencia a factores situacionales: FI- Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades; FII- Situaciones sexuales y de interacción social; FIII - situaciones fóbicas y FIV - situaciones habituales o de la vida cotidiana.
2. Inventario para la Depresión de Beck - B.D.I.- (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en su versión española baremada por Vázquez y Sanz (1999): Evalúa la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas la que mejor se aproxima a su estado de ánimo medio durante la última semana.
3. Inventario de Expresión de ira Estado-Rasgo –STAXI-2 (Spielberger, 1988, 1991), en su versión española experimental de Spielberger, Miguel Tobal, Cano Vindel y Casado (1999). Nos ofrece puntuaciones en 6 escalas: Estado de Ira, Rasgo de Ira, Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira y Control Interno de Ira. La escala Estado de ira da lugar a las subescalas Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física de Ira y la escala Rasgo de Ira a las subescalas Temperamento de Ira y Reacción de Ira, además no ofrece un índice de Expresión de Ira.

Descripción del programa

El programa se desarrolló de forma grupal en un total de 17 sesiones, distribuidas en cuatro fases: evaluación pretratamiento, tratamiento, evaluación postratamiento y seguimiento. Cada una de las sesiones era de 90 minutos de duración y se desarrollaban con periodicidad semanal.

En la evaluación pre y postratamiento y en el seguimiento se utilizó la batería de pruebas descritas anteriormente. El objetivo de éstas fases es por una parte conocer los niveles de ansiedad, depresión y estrategias de resolución de problemas, y por otra conocer la eficacia del programa, así como conocer si los cambios se mantienen estables.

La fase de tratamiento propiamente dicha, está dirigida al aprendizaje y puesta en marcha de diversas técnicas con el objetivo de que las participantes utilicen estrategias adecuadas para el control de los factores psicológicos asociados al problema de la obesidad y el cambio de hábitos de. En algunas ocasiones, las técnicas utilizadas se van solapando, trabajando de esta forma, varios módulos en la misma sesión. La estructura del tratamiento, es la siguiente:

MÓDULO INFORMATIVO SOBRE OBESIDAD

Se explica a las participantes qué es la obesidad, mitos e ideas equivocadas sobre ésta, su clasificación, las enfermedades asociadas, y además se hace un breve recorrido sobre los distintos tratamientos.

Por otra parte, se trabaja con las participantes en lo que llamamos "reajuste de expectativas", con el fin de que se propongan objetivos realistas en cuanto a la pérdida de peso.

MÓDULO INFORMATIVO DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN: Este módulo se centra en educación nutricional. Se les informa sobre los nutrientes, y la importancia de mantener unos hábitos de ejercicio físico más saludables.

MÓDULO DE ELABORACIÓN DE MENUS: Se les da información sobre qué es una dieta sana y equilibrada, para que sean capaces de manejar tablas de calorías de los distintos alimentos, y elaborar así sus propios menús.

MÓDULO DE AUTOCONTROL: Se trabaja en la modificación de situaciones y estímulos, que aparecen antes y/o durante la conducta de comer. Así mismo, se utilizan Autorregistros de consumo de alimentos, con el objeto de que tomen conciencia de lo que comen en cada momento, y de las variables que controlan la ingesta.

MÓDULO INFORMATIVO SOBRE EMOCIONES: Se les informa sobre qué es la ansiedad, la depresión y la ira, y la relación de éstas con la obesidad.

MÓDULO DE TÉCNICAS PSICOFISIOLÓGICAS: Se utiliza el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (versión abreviada de Wolpe, 1958). De forma complementaria, se realiza un Entrenamiento en Respiración Abdominal.

MÓDULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: El objetivo es que aprendan a identificar los pensamientos negativos, a conocer las relaciones de éstos con las emociones, y a sustituirlos por otros más adaptativos.

MÓDULO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Se utilizó la técnica desarrollada por D´Zurilla y Goldfried (1971), con el objetivo de afrontar de forma adecuada los problemas cotidianos y aumentar su autoconfianza y eficacia, a la hora de tomar decisiones.

MÓDULO DE HABILIDADES SOCIALES: Se les informa sobre los distintos estilos de comportamiento, fomentando una conducta más asertiva. Además, se entrena a las pacientes en las siguientes habilidades: Dar una negativa o decir no, expresar y escuchar quejas, y hacer y recibir cumplidos.

Resultados

A continuación se pasan a describir detalladamente, los resultados respecto a las variables emocionales, obtenidos en cada uno de los inventarios:

Medidas Pre y Post Tratamiento de grupo

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-: En este inventario, podemos señalar que hay un descenso significativo en las siguientes escalas: Rasgo Total de Ansiedad (** ≤ .01), Ansiedad de Evaluación (** ≤ .01), Ansiedad Interpersonal (** ≤ .01), Cognitivo (* ≤ .05), Fisiológico (* ≤ .05) y Motor (* ≤ .05). Encontrando, en el resto de las escalas: Ansiedad Fóbica (-p ≤ .10), y Ansiedad ante Situaciones Cotidianas (-p ≤ .10), unos valores con tendencia a la significación.

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -STAXI-: Tras el análisis de datos, se comprueba que ha habido un descenso significativo en la escala de: Rasgo de Ira (** ≤ .01), así como en sus dos subescalas de Temperamento y Reacción (* ≤ .05); siendo también significativo el descenso en la escala de Control de Ira Externa (* ≤ .05).

Las escalas con tendencia a la significación son: Expresión Interna de Ira (-p ≤ .10), Control Interno de Ira (-p ≤ .10) y el Índice de Expresión de Ira (-p ≤ .10). En el resto de las escalas no se encuentran diferencias significativas.

Inventario de Depresión de Beck -BDI-: Este inventario muestra descensos con tendencia a la significación (-p ≤ .10), en la puntuación total del grado de depresión.

Tabla 1.- Prueba Z de diferencias de medias entre medidas pre y postratamiento

Nota: C=Ansiedad a nivel cognitivo; F=Ansiedad a nivel fisiológico; M=Ansiedad a nivel motor; TISRA =Rasgo de ansiedad; FI= Ansiedad ante situaciones de evaluación; FII=Ansiedad ante situaciones sexuales y de interacción social; FIII=Ansiedad ante situaciones fóbicas; FIV=Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana; E: Estado de Ira; S: Sentimiento de Ira; Exp.V: Expresión Verbal; Exp.F: Expresión Física; R: Rasgo de Ira; Temp.: Temperamento de Ira; Reacc.: Reacción de ira; Exp. Ext.: Expresión Externa de ira; Exp. Int.: Expresión Interna de Ira; Cont. Ext.: Control Externode la Ira, Contl.Int.: Control Interno de la Ira; IEI: Índice de Expresión de Ira; P.T. = Puntuación total en el BDI.

Nivel de Significación: -p ≤ .05, * ≤ .01 **

Medidas PostTratamiento y seguimiento de grupo

Se realizó una prueba Z entre las puntuaciones obtenidas por nueve de las participantes en la evaluación post-tratamiento y seguimiento a los tres meses, con nueve participantes del total de la muestra, las puntuaciones obtenidas por las participantes en cada una de las pruebas de evaluación no sólo se han mantenido en el seguimiento sino que se produce una mejora en la mayoría de las escalas evaluadas por el ISRA, el STAXI y el BDI, siendo, tal y como se puede observar en la tabla 2, estas diferencias significativas en algunas de las escalas de dichas pruebas, en concreto se encuentran diferencias significativas en las escalas cognitivo y ansiedad fóbica del ISRA, así como en las escalas estado, sentimiento expresión verbal, rasgo, temperamento y control externo de ira.

		PRUEBA T DE WILCOXON	
		T-Wilcoxon	P
ISRA	C	-2.027	.04 *
	F	-1.922	.05 *
	M	-2.167	.03 *
	T	-2.201	.02 **
	F-I	-2.237	.02 **
	F-II	-1.119	.02 **
	F-III	-1.748	.08 -
	F-IV	-1.608	.10 -
STAXI	E	-.255	.79
	S	-.108	.91
	Exp. V	-.647	.51
	Exp. F	-1.000	.31
	R	-2.515	.01 **
	Temp.	-2.150	.03 *
	Reacc.	-2.046	.04 *
	Exp. Ext.	-.875	.38
	Exp. Int.	-1.432	.15 -
	Cont. Ext.	-1.917	.05 *
	Cont. Int.	-1.571	.11 -
	IEI	-1.608	.10 -
BDI	P.T.	-1.683	.09 -

		PRUEBA T DE WILCOXON	
		T-Wilcoxon	P
ISRA	C	2.2	.04*
	F	1.26	.20
	M	.73	.46
	T	1.40	.16
	F-I	1.19	.23
	F-II	.63	.52
	F-III	2.31	.02*
	F-IV	.68	.49
STAXI	E	2.38	.01**
	S	2.38	.01**
	Exp. V	2.37	.18**
	Exp. F	.96	.33
	R	2.52	.01**
	Temp.	2.53	.01
	Reacc.	1.78	.07
	Exp. Ext.	.42	.67
	Exp. Int.	1.02	.30
	Cont. Ext.	2.11	.03*
	Cont. Int.	1.2	.22

	Cont. Int.	1.2	.22
	IEI	1.05	.29
BDI	P.T.	1.77	.075

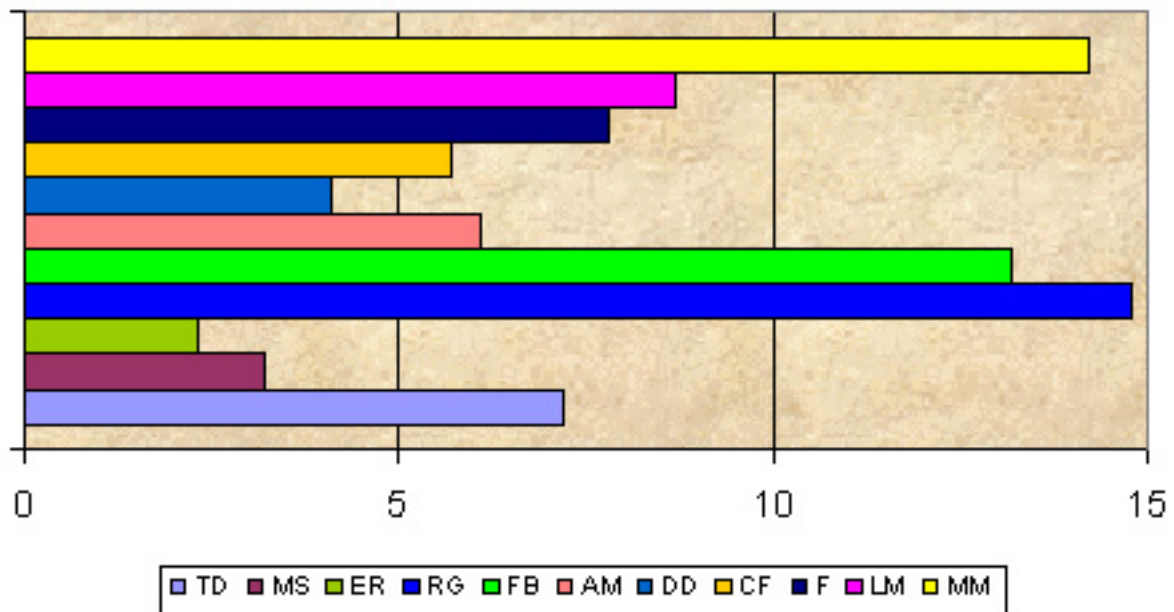
Tabla 2.- Prueba Z de diferencias de medias entre medidas postratamiento y seguimiento

Nota: C=Ansiedad a nivel cognitivo; F=Ansiedad a nivel fisiológico; M=Ansiedad a nivel motor; TISRA =Rasgo de ansiedad; FI= Ansiedad ante situaciones de evaluación; FII=Ansiedad ante situaciones sexuales y de interacción social; FIII=Ansiedad ante situaciones fóbicas; FIV=Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana; E: Estado de Ira; S: Sentimiento de Ira; Exp.V: Expresión Verbal; Exp.F: Expresión Física; R: Rasgo de Ira; Temp.: Temperamento de Ira; Reacc.: Reacción de ira; Exp. Ext.: Expresión Externa de ira; Exp. Int.: Expresión Interna de Ira; Cont. Ext.: Control Externode la Ira, Contl.Int.: Control Interno de la Ira; IEI: Índice de Expresión de Ira; P.T. = Puntuación total en el BDI.

Nivel de Significación: -p ≤ .10, * ≤ .05, ** ≤ .01

Respecto al peso, en la siguiente gráfica, se puede observar la reducción de peso conseguida a lo largo del período de tratamiento y durante el primer seguimiento; es decir, a los tres meses de haber finalizado el programa, con el total de las participantes.

Como se puede observar en dicha gráfica, la disminución de peso ha sido considerable en la mayoría de las integrantes del programa. Siendo la media grupal de 7.93 Kgr., un descenso de casi 8 Kgr. en un período de 9 meses. Teniendo en cuenta que el programa finalizó en junio de 2000 y que los siguientes tres meses corresponden al período estival, la mayoría de las participantes ha seguido disminuyendo el peso.



Gráfica 1.- Reducción de Peso de las participantes

Tabla 3.- Reducción de Peso de las participantes

	TD	MS	ER	RG	FB	AM	DD	CF	FM	LM	MM
PRE	94	101.5	82	96.4	69	81.7	90.3	99.6	78.9	88.9	85.4
POST	89	95.5	78.3	85.8	63.4	76.3	85.7	95.4	72.1	80.6	77.5
SEG	86.8	98.3	79.7	81.6	55.8	75.6	86.2	93.9	71.1	80.2	71.2

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos, los objetivos planteados al comienzo del programa se han conseguido en su mayoría, lográndose una modificación de los hábitos de alimentación y de ejercicio físico, así como el control de la mayoría de los aspectos psicológicos objeto de evaluación (ansiedad, ira y depresión), relacionados con la obesidad.

Este programa se muestra eficaz para reducir la ansiedad en sus tres Sistemas de Respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor), así como en determinadas Áreas Situacionales, como la Ansiedad de Evaluación y la Ansiedad Interpersonal, manteniéndose esos cambios tres meses después de haber terminado el programa y produciéndose algunas mejoras en algunas de las escalas. Pudiéndose concluir por tanto, que tras la aplicación del programa las participantes valoran como menos ansiógenas o amenazantes un gran número de situaciones.

El programa de intervención también consigue cambios significativos respecto a la ira, produciéndose disminuciones significativas respecto al rasgo de ira, además las participantes presentan una menor disposición a experimentar ira sin una provocación específica, así como ante situaciones que implican frustración. Así mismo, en el seguimiento se observa que las participantes muestran una menor intensidad de los sentimientos de ira. Por otra parte, respecto al grado de depresión, las puntuaciones muestran descensos con tendencia a la significación.

Por último, en cuanto a la reducción de peso los resultados son significativos, alcanzando una media grupal de 6.06 Kg. en los cuatro meses en los que se desarrolla el programa, esta disminución de peso conseguida durante el programa se incrementa en los tres siguientes meses tras los que se realiza un seguimiento a las participantes, siendo la media grupal de descenso de 7,93 Kgr.

En definitiva, parece que las estrategias aprendidas en el programa para la reducción de la ansiedad y la ira y la mejora del estado de ánimo, han sido de utilidad para este grupo, pudiendo esta mejora junto al cambio de hábitos de alimentación influir de forma positiva en la reducción del peso de las participantes, mostrándose este tipo de programa, como beneficioso para la reducción de peso así como para la mejora del bienestar psicológico, tal y como se observa en trabajos anteriores (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997).

Referencias bibliográficas

Abramson, E. (1999). El comer Emocional. Bilbao: Desclée Brouwer.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatric, 4, 561-571.

Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención Cognitivo Conductual en pacientes obesos: Implantación de un programa de cambios de hábitos de alimentación. Psicología.COM (Online), 1(1), 79 párrafos. Disponible en http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm

Casas, C. y Capafons, A. (1996). Tratamiento del Sobrepeso y el Exceso de Grasa. Valencia: Promolibro.

Enríquez Acosta, L. (1999). Lecciones sobre obesidad. Barcelona: Editorial Jims, S.L.

Formiguera, X. Y Foz, M. (1999). Complicaciones de la Obesidad. En M. Foz y X. Formiguera, Obesidad (pp. 93-109). Barcelona: Harcourt.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA- (3ª edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos). Madrid: TEA.

Remesar, X., Fernández López, J.A. y Alemany, M. (1999). Modelos experimentales de la obesidad. En M. Foz y X. Formiguera, Obesidad (pp. 71-83). Barcelona: Harcourt.

Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Saldaña, G. y Rosell, R. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.

Serra Majem, L. y Salleras Sanmartí, L (1999). Epidemiología de la obesidad. En M. Foz y X. Formiguera, Obesidad (pp. 25-46). Barcelona: Harcourt.

Spielberger, C.D. (1988). State-Trait Anger Expression Inventory. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Spielberger, C.D.(1991). Manual for the State - Trait Anger Expression Inventory (STAXI),. Revised research edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Spielberger, C.D., Miguel-Tobal, J.J., Cano Vindel, A. y Casado, M.I. (1999). STAXI-2. Versión experimental en castellano. No publicado.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud, 10, 1, 59-81.