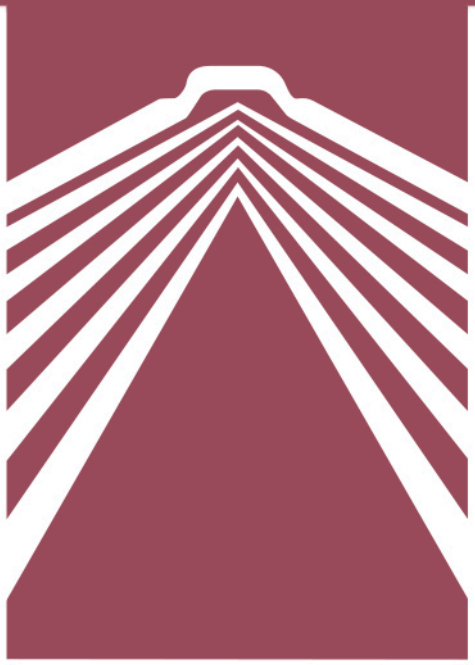


Manual de psicoterapia grupal para personas con sobrepeso u obesidad

El Programa PsicoObe

Miriam P. Félix Alcántara
Javier Quintero Gutiérrez del Álamo
(Coords.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Manual de psicoterapia grupal para personas con sobrepeso u obesidad

El Programa PsicoObe

Coordinadores

MIRIAM P. FÉLIX ALCÁNTARA

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA (VÍA PIR) Y DOCTORA EN PSICOLOGÍA POR LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

JAVIER QUINTERO GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA, DOCTOR EN MEDICINA Y PROFESOR TITULAR EN LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Manual de psicoterapia grupal para personas con sobrepeso u obesidad

El Programa PsicoObe

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Miriam P. Félix Alcántara y Javier Quintero Gutiérrez del Álamo (Coords.), 2024
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2024
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Valentín Beato, 21. 28037 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4918-9

Relación de autores

Cristina Banzo Arguis
Psiquiatra y Doctora en Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Cristina Domínguez García
Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Miriam P. Félix Alcántara (Coord.)
Psicóloga Clínica y Doctora en Psicología. Hospital Universitario de Móstoles.

Irene Gutiérrez Arana
Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Rocío Hermosillo Torres
Psicóloga Clínica. Hospital Dr. Rodríguez Lafora.

Javier Quinterob (Coord.)
Psiquiatra y Doctor en Psiquiatría. Jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor. Profesor titular en la Universidad Complutense de Madrid.

María Villacañas Blázquez
Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Toledo.

© Ediciones Pirámide

A mis padres, Rosi y Antonio,
a mi marido Rubén
y a mis hijos, Óliver y Abel,
por el amor incondicional y el apoyo
constante, imprescindibles para ser
la profesional que he llegado a ser.

Índice

Abreviaturas 15

Prólogo 17

En esta vida todo tiene un porqué 19

1. Obesidad, un grave problema sin resolver *(Javier Quintero, Cristina Banzo Arguis, María Villacañas Blázquez, Irene Gutiérrez Arana, Cristina Domínguez García, Rocío Hermosillo Torres y Miriam P. Félix Alcántara)* 23

1.1. Estado de la cuestión 23
1.2. Más allá del peso y la comida: la cara oculta de la obesidad 27

2. Intervención psicológica en obesidad *(María Villacañas Blázquez, Irene Gutiérrez Arana, Cristina Banzo Arguis, Rocío Hermosillo Torres, Cristina Domínguez García, Javier Quintero y Miriam P. Félix Alcántara)* 37

2.1. Identificación e intervención sobre factores moduladores 37
2.2. Nuevos enfoques terapéuticos 39

3. Psicoterapia de grupo en obesidad *(Irene Gutiérrez Arana, María Villacañas Blázquez, Cristina Domínguez García, Rocío Hermosillo Torres, Cristina Banzo Arguis, Javier Quintero y Miriam P. Félix Alcántara)* 45

3.1. Factores terapéuticos de la terapia de grupo 45
3.2. Intervenciones grupales en obesidad 47
3.3. Comparación de la eficacia de intervenciones individuales y grupales 51

4. El Programa PsicoObe *(Miriam P. Félix Alcántara)* 55

4.1. Presentación y encuadre de la intervención 55
4.2. Principios básicos de la intervención 57
4.3. Módulos de intervención 58
4.4. Necesaria inclusión en un programa multidisciplinar 61

© Ediciones Pirámide

5. Módulo 1. Definiendo un nuevo proceso *(Miriam P. Félix Alcántara)* 63

5.1. Sesión 1. Presentación 65
5.2. Sesión 2. «Si estuviera delgado...» 74
5.3. Sesión 3. Definición e identificación de pensamientos boicoteadores 88
5.4. Sesión 4. Trabajo en flexibilización de pensamientos boicoteadores 96

6. Módulo 2. Aprendiendo a cuidarse *(Miriam P. Félix Alcántara)* 103

6.1. Sesión 5. Consejo nutricional I. ¿Qué necesita el cerebro para funcionar de forma óptima? 103
6.2. Sesión 6. Consejo nutricional II. Organización de las ingestas y entrenamiento en planificación 122
6.3. Sesión 7. Introducción al concepto de transgresión y presentación de estrategias de manejo 148
6.4. Sesión 8. Profundización en estrategias de manejo de transgresiones 166

7. Módulo 3. Tomando conciencia de la cara oculta *(Miriam P. Félix Alcántara)* 197

7.1. Sesión 9. ¿Para qué sirve la comida además de para nutrirse? Funciones reguladoras de la comida 197
7.2. Sesión 10. Corregulación: del amor a la agresión a través de la comida... 204
7.3. Sesión 11. Introducción al análisis funcional (AF) 209
7.4. Sesiones 12 y 13. Profundización en el análisis funcional (AF) a través del análisis de transgresiones 219

8. Módulo 4. Iniciando el camino de la aceptación *(Miriam P. Félix Alcántara)* 227

8.1. Sesión 14. Definiendo la aceptación a través de los medios de comunicación 227
8.2. Sesión 15. Autorregulación emocional basada en la aceptación (*vs.* evitación) 236
8.3. Sesión 16. Cómo verme más guapo/a. Trabajo en aceptación de la imagen corporal 240
8.4. Sesión 17. Comer con conciencia 248
8.5. Sesión 18. Debate a favor y en contra de la obesidad. Tomando conciencia de lo que subyace en el fondo 253
8.6. Sesión 19. Modelo transteórico del cambio. Trabajo en aceptación del proceso de cambio 266
8.7. Sesión 20. Reflexión sobre el proceso terapéutico y cierre 274

9. Sesiones complementarias *(Miriam P. Félix Alcántara)* 279

9.1. Sesión 21. Sesión de recuerdo. Repaso de contenidos/ideas más importantes. Afirmación de logros. Prevención de recaídas 279
9.2. Afrontar la Navidad 281

© Ediciones Pirámide

10. Apoyo empírico al Programa PsicoObe *(Miriam P. Félix Alcántara, María Villacañas Blázquez, Cristina Banzo Arguis, Irene Gutiérrez Arana, Rocío Hermosillo Torres, Cristina Domínguez García y Javier Quintero)* 285

10.1. Objetivo del estudio 285
10.2. Método 285
10.3. Resultados comentados 290
10.4. Conclusiones 310

11. Anexos 313

Anexo 1. Microrrelato para un grupo de martes 313
Anexo 2. Listado de «pensamientos boicoteadores» para trabajar en las sesiones 3 y 4 314
Anexo 3. Hoja de trabajo para la sesión 5 de consejo nutricional 316
Anexo 4. Pirámide de la alimentación saludable (SENC, 2016) 317
Anexo 5. Registro de alimentación estándar 318
Anexo 6. Registro de alimentación para una persona con turnos de trabajo rotatorios o trabajo nocturno 319
Anexo 7. Instrucciones para realizar la devolución de los registros de alimentación 320
Anexo 8. Plantilla para la planificación semanal de menús 325
Anexo 9. Hoja de trabajo para el análisis funcional de las transgresiones alimentarias 326
Anexo 10. Preguntas para reflexionar sobre el análisis funcional en las sesiones 12 y 13 327
Anexo 11. Ejemplo de análisis funcional para trabajar en grupo 328
Anexo 12. Hoja de trabajo para la sesión 20: reflexión sobre el trabajo terapéutico 329
Anexo 13. El estudio de Minnesota «*The great starvation experiment*» 331
Anexo 14. *Checklist* de sesiones del programa PsicoObe 332

Referencias bibliográficas 333

© Ediciones Pirámide

Abreviaturas

A:	Ascetismo (escala del EDI-3).
AF:	Análisis funcional.
AN:	Anorexia nerviosa.
ANS:	Ansiedad (escala del SCL-90-R).
AOVE:	Aceite de oliva virgen extra.
A.P.:	Antecedentes personales.
APC:	Problemas afectivos (índice del EDI-3).
B:	Bulimia (escala del EDI-3).
BD:	Insatisfacción corporal (escala del EDI-3).
BDI:	Inventario para la depresión de Beck.
BFK:	Biofeedback.
BHE:	Barrera hematoencefálica.
BN:	Bulimia nerviosa.
C^+:	Castigo positivo.
C^-:	Castigo negativo.
DE:	Desviación estándar.
DEP:	Depresión (escala del SCL-90-R).
DL:	Dislipemia.
DM:	Diabetes Mellitus.
DSM-5:	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.ª edición.
DT:	Obsesión por la delgadez (escala del EDI-3).
EC:	Estímulo condicionado.
ED:	Desajuste emocional (escala del EDI-3).
EDI-3:	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, 3.ª edición.
EDRC:	Riesgo de TCA (índice del EDI-3).
EI:	Estímulo incondicionado.
EMDR:	Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.
EN:	Estímulo neutro.
FOB:	Ansiedad fóbica (escala del SCL-90-R).
GPMC:	Desajuste Psicológico General (índice del EDI-3).
HD:	Hemisferio derecho.
HI:	Hemisferio izquierdo.
HOS:	Hostilidad (escala del SCL-90-R).
HTA:	Hipertensión arterial.
HUIL:	Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid).
IGS:	Índice Global de Severidad (índice del SCL-90-R).
IA:	Desconfianza interpersonal (escala del EDI-3).
IC:	Imagen corporal.
ID:	Déficit introceptivos (escala del EDI-3).
IF:	Ineficacia (índice del EDI-3).
II:	Inseguridad interpersonal (escala del EDI-3).
IMC:	Índice de masa corporal.
INT:	Sensibilidad interpersonal (escala del SCL-90-R).
IPC:	Problemas interpersonales (índice del EDI-3).
LSE:	Baja autoestima (escala del EDI-3).
MF:	Miedo a la madurez (escala del EDI-3).
OBS:	Obsesión-compulsión (escala del SCL-90-R).
OC:	Exceso de control (índice del EDI-3).
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
P:	Perfeccionismo (escala del EDI-3).
PA:	Alienación personal (escala del EDI-3).
PIR:	Psicólogo interno residente.
PSC:	Psicólogo clínico.
PSDI:	Índice positivo de malestar (índice del SCL-90-R).
PST:	Total de síntomas positivos (índice del SCL-90-R).

© Ediciones Pirámide

R^+:	Refuerzo positivo.
R^-:	Refuerzo negativo.
RAE:	Real Academia Española.
RC:	Respuesta condicionada.
RI:	Respuesta incondicionada.
RIC:	Rango intercuartil.
R-URICA:	Escala de motivación al cambio de la Universidad de Rhode Island revisada.
SCL-90-R:	Cuestionario de 90 síntomas, revisado.
SEEDO:	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad.
SENC:	Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
SOM:	Somatización (escala del SCL-90-R).
TA:	Trastorno por atracón.
TCA:	Trastorno alimentario – trastorno de la conducta alimentaria.
TCC:	Terapia cognitivo conductual.
TEPT:	Trastorno por estrés postraumático.
TG:	Terapia grupal.
TI:	Terapia individual.
TTG:	Terapias de tercera generación.
TUS:	Trastorno por uso de sustancias.
UAM:	Universidad Autónoma de Madrid.
UCM:	Universidad Complutense de Madrid.

© Ediciones Pirámide

Prólogo

En este libro desarrollo mi visión sobre lo que es importante trabajar a nivel psicoterapéutico con personas que tienen obesidad. Visión que surge de muchos años de experiencia clínica en el Sistema Nacional de Salud, muchos pacientes y también muchas formaciones en diversos ámbitos. En mi opinión, el que presento es un programa integrador que denota un conocimiento profundo de cómo abordar desde un punto de vista psicológico este grave problema de salud.

Respecto de la experiencia clínica, a destacar que realicé mi residencia en psicología clínica en el Hospital Universitario La Paz, bajo la tutoría de la Dra. Rosa Calvo Sagardoy, una de las psicólogas clínicas de mayor relevancia nacional en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), con quien también tuve la oportunidad de compartir tres años, ya como adjunta, en la Unidad de TCA del Hospital Universitario Santa Cristina. Siempre estaré agradecida a Rosa por todo lo que me enseñó sobre TCA y obesidad, especialmente la importancia de contemplar la cronicidad y tener la paciencia y la fe suficiente en lo que estamos haciendo como para recoger lo sembrado sin desfallecer en el camino.

En el desarrollo de este manual fueron fundamentales los cinco años que trabajé en la Unidad de TCA del Hospital Universitario Santa Cristina, un hospital de día de referencia para la Comunidad de Madrid, especialmente destinado a pacientes con un trastorno grave y/o crónico. En el hospital de día había muchísima carga de psicoterapia grupal, y allí tuve la oportunidad de idear, probar y optimizar muchas de las ideas y dinámicas grupales que contiene este manual.

Finalmente quisiera mencionar los nueve años que trabajé en el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL), donde diseñé, implementé, maduré y evaluamos el programa de intervención que se presenta en este libro y donde conocí al Dr. Javier Quintero, con quien coordino este manual, quien me alentó a desarrollar un ambicioso proyecto sobre obesidad, que nos ha traído muchos días de gloria y que ahora queremos compartir con vosotros.

Este ha sido el mayor y mejor proyecto de mi carrera profesional hasta ahora, «mi bebé». Por supuesto, la propuesta de intervención puede ser mejorable, pero considero que hemos hecho un buen trabajo desarrollando este programa y me siento verdaderamente orgullosa. De ahí la idea de escribir este libro y así poder compartirlo, permitiendo que llegue a más psicólogos a los que le pueda aportar.

Agradecería encarecidamente a cualquier lector que pueda darme su opinión sobre el libro y sobre el programa, pues solo mediante el *feedback* podemos seguir creciendo. Para ello podéis localizarme fácilmente a través de redes sociales: @MiriamPFelix en X/Twitter; Miriam Félix PhD en LinkedIn y miriamhappyx en Instagram.

El Programa PsicoObe es un programa de aplicación grupal, de 20-22 sesiones, cuya eficacia

© Ediciones Pirámide

hemos valorado a través de un ensayo clínico controlado. Investigación que se convirtió en mi tesis doctoral, dentro de un proyecto que fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (expediente PI16/01275), en la convocatoria de 2016.

En mi opinión, este programa sería igualmente aplicable en personas con bulimia nerviosa, trastorno por atracón o simplemente en personas con sobrepeso que consideran que tienen una relación «insana» con la comida. Creo que incluso sería aplicable, con algunas modificaciones, a personas con anorexia nerviosa. Sin embargo, en el manual hablaré todo el tiempo de obesidad, porque es la población con la que hemos probado y evaluado el método y podemos decir que funciona. Si algún lector tiene el interés y los medios para evaluar su efectividad o eficacia en pacientes con bulimia o trastorno por atracón que no dude en contactar y ¡nos ponemos a ello!

El libro está estructurado en cuatro bloques de capítulos. En el primer bloque, formado por los tres primeros capítulos, se hace una introducción teórica al concepto e implicaciones de la obesidad, se argumentan los motivos por los que consideramos que la intervención psicológica es importante con estas personas, se presentan brevemente los principales enfoques psicoterapéuticos que se utilizan y, finalmente, lo que puede aportar el formato grupal al abordaje de la obesidad.

En el segundo bloque (capítulo 4) hacemos una breve descripción de los aspectos característicos del programa de intervención, presentamos el encuadre terapéutico, los principios básicos que guían el programa y los módulos que lo componen.

El tercer bloque (capítulos 5 a 9) es el más extenso e importante del manual, pues es donde describo detalladamente cada uno de los módulos y sesiones del programa. Se trata de una descripción pormenorizada, práctica y razonada, referenciando viñetas clínicas y situaciones de difícil manejo que nos encontramos durante su aplicación.

Por último, hemos incluido un bloque (capítulo 10) con los principales resultados y conclusiones del ensayo clínico aleatorizado, con idea de mostrar brevemente el apoyo empírico que ha recibido el programa en su aplicación con obesidad. En mi opinión, práctica clínica e investigación debieran ir siempre de la mano para poder ofrecer una asistencia clínica de calidad, y siempre que ha estado en mi mano he promovido que así fuera. De ahí que considerara importante realizar el ensayo clínico y añadir este bloque al manual.

Para concluir, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han contribuido para que este proyecto fuera posible, especialmente a los y las pacientes que confiaron en mí para aplicar el programa y han hecho que este proyecto sea tan significativo y especial para mí. Muchas gracias por confiar y muchas gracias por todo lo que me habéis aportado.

Quiero también agradecer su ayuda a las coautoras del manual, María Villacañas, Cristina Banzo, Irene Gutiérrez, Cristina Domínguez y Rocío Hermosillo, así como a Eva Ruiz e Isabel Morales, sin las cuales no podríamos haber implementado, optimizado ni evaluado el programa, por lo que sin ellas nunca hubiera llegado hasta aquí. Una última y especial mención para mi prima Marta Gea Alcántara, mi artista personal, que me ha regalado los preciosos dibujos que contiene el libro.

MIRIAM P. FÉLIX ALCÁNTARA

© Ediciones Pirámide

En esta vida todo tiene un porqué

El camino hasta aquí está plagado de casualidades, o quizá no y más bien nos encontramos ante serendipias, ya que las circunstancias modulan las oportunidades, pero solo para los que saben mirar, de manera que la suma de 1 + 1 puede dar 3 cuando no aplicamos la lógica convencional, se suman nuevos conceptos o se multiplican talentos.

Quizá el hecho de que mi hermana lleve toda su vida luchando contra una obesidad más tenaz que ella sea un factor importante. La cuestión es que aprendí en la época de residente de uno de mis maestros, el Dr. Alfonso Chinchilla, referente en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), a entender los TCA clásicos, es decir, la anorexia y la bulimia, desde una comprensión psicopatológica categorial. Para los que os pille un poco despistados esta referencia, los primeros textos sobre anorexia en España llevan su firma (Chinchilla-Moreno, 1983).

Mi interés sobre el tema se alimentó durante los años de residente, en ese punto donde la inquietud se cruza con la oportunidad. Buscaba completar la formación en un centro en Nueva York especializado en anorexia y bulimia, pero la casualidad, o quizás no, quiso que la estancia en Nueva York para finales del 2001 tuviera que ser suspendida, pues acababan de ser los atentados del 11-S y la ciudad estaba en pleno caos. Sobre la marcha la referencia fue *The Willough,* un centro también especializado en trastornos de la alimentación, en esta ocasión en el sur de Florida y con el matiz clave de que además de estar especializado en *eating disorders* también lo estaba en *chemical dependence,* y lo que parecía carecer de sentido resultó ser el inicio para pensar de otra manera.

El primer cambio conceptual en la comprensión de los TCA fue la aproximación a ellos como una adicción a la comida, donde de repente un varón con un IMC (índice de masa corporal) de 48 kg/m^2 tenía muchas más cosas en común de las que podíamos pensar a priori con una adolescente con un IMC de 12. Sin duda, si nos fijamos tan solo en lo ponderal están en los extremos opuestos de una dimensión, el peso, pero no así en obsesividad, ya que la comida ocupaba gran parte de los pensamientos de ambos en el día a día, o en la distorsión de la percepción de su corporalidad, pues ambos la tenían distorsionada, aunque con matices. «Jeny», llamémosla así de forma figurada, a pesar de tener todas sus costillas marcadas en la piel seguía percibiendo un acúmulo de grasa intolerable para ella cuando hacía una triple flexión de su abdomen, mientras que «John», también nombre figurado, a pesar de deambular con dificultad y ver claramente mermada su condición física por tener que llevar una «mochila» de más de 50 kilos a todas partes, repetía una y otra vez: «tampoco estoy tan gordo», en un intento de convencerse a él mismo o porque su percepción así se lo hacía ver. La cuestión es que esa toma de con-

© Ediciones Pirámide

tacto con el modelo de *overeaters,* en su versión de *anonymous* (www.oa.org), rompía los esquemas clásicos que había aprendido de la psicopatología clásica de los TCA en los años previos, permitiéndome observar que las personas con obesidad también tenían un problema de relación con la comida, que alteraba su conducta alimentaria; es decir, que la obesidad podía ser un trastorno de la conducta alimentaria.

Poco después convencimos a Alfonso Chinchilla para que en su siguiente libro sobre TCA me dejara liderar la parte de trastorno por atracones y obesidad y así poder poner sobre el papel algunas de las cosas que aprendí. En 2003 se publica *Trastornos de la conducta alimentaria; anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones* (Chinchilla-Moreno, 2003). Un par de años más tarde publicamos un libro específico sobre la relación entre obesidad y psiquiatría, también con Alfonso como referente (Chinchilla-Moreno, 2005), y la casualidad, o no, quiso que el capítulo sobre las opciones quirúrgicas para el tratamiento lo escribiera con un por aquel entonces joven José María Balibrea, hoy un referente mundial en cirugía metabólica. De los tiempos con los equipos de cirugías bariátricas vamos a pasar de puntillas, ya que las anécdotas de ese tiempo darían para un libro completo, y el objetivo de esta introducción es adentrarnos en el modelo que persigue este manual.

No sería de justicia obviar el interés por el neurodesarrollo y sus trastornos, y en particular por el trastorno por déficit de atención en hiperactividad, y la disfunción ejecutiva, tan característica de estos trastornos. ¿Qué hacemos en ciencia cuando tenemos una hipótesis? Pues una tesis doctoral, en este caso con la Dra. Belén Unzeta como doctoranda (Unzeta Conde, 2017) y con el sugerente título de *Trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad e impulsividad; un estudio sobre su relación*. Esta tesis nos abrió otro frente para pensar, estudiar y reflexionar acerca de por qué a los TDAH les cuesta tanto cumplir con sus propios planes, o por qué a las personas con obesidad les cuesta tanto seguir sus propias dietas, así como si la motivación es necesaria, aunque parece que no suficiente. Esta asociación nos dará mucho juego, pues, en contra lo que la gente comúnmente piensa, las personas con TDAH tienen un riesgo aumentado de padecer sobrepeso y obesidad, al tiempo que las personas con obesidad tienen más riesgo de padecer un TDAH. Para más información, puede verse nuestra revisión publicada en 2015 en Actas Españolas de Psiquiatría (Martínez de Velasco et al., 2015).

Un papel singular en nuestro desarrollo temporal lo tuvo el Dr. Eduardo Barbudo, un sabio de la psiquiatría con el que trabajamos la convergencia entre las familias y el sobrepeso, pudiendo comprobar en esta compleja ecuación que vamos dibujando cómo las familias tienen un importante peso, nunca mejor dicho, cuando de sobrepeso y obesidad estamos hablando. Su tesis sigue siendo una tarea pendiente.

No obstante lo anterior, la impulsividad parecía regularse de manera diferente al mero control ejecutivo, y si bien ya sabíamos que era nuclear en la bulimia y en el trastorno por atracones, comprender el papel que juega en la obesidad lo trasladamos al papel con la doctora Cristina Banzo, en su tesis *La impulsividad como modulador de los diferentes fenotipos clínicos en el paciente obeso* (Banzo-Arguis, 2016), defendida en la Universidad de Zaragoza en 2016.

Por aquel entonces, quizá por casualidad, o quizá no, entra en escena Miriam Félix, con quien la conexión fue inmediata. Sus inquietudes sobre la alimentación y sus trastornos fueron claves para dar orden a esta tormenta de ideas. Miriam, en un alarde de inconsciencia, renunció al confort de su plaza de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Santa Cristina, en Madrid, para aventurarse en un proyecto de Hospital y de Servicio de Psiquiatría, como era por aquel entonces el Hospital, todavía no universitario, Infanta Leonor. Juntos hemos recorrido una parte importante de esta historia, y su protagonismo es incuestionable.

© Ediciones Pirámide

El prodigioso tándem entre Miriam y la doctora Pepa Pérez Templado (que años más tarde se especializó en radiología, suponiendo una gran pérdida para la psiquiatría) fue un impulso determinante para el programa y su aterrizaje. Al seguir sumando, no podíamos pasar por alto el análisis del contexto y el impacto que los factores psicosociales juegan en los trastornos de la alimentación, que quedó plasmado en otra tesis, en este caso con Fernando Mora como doctorando (Mora-Mínguez, 2017).

Esta fantástica asociación de talentos, y gracias a las becas de la Fundación Mutua Madrileña y del Instituto de Salud Carlos III, cristalizó en una nueva tesis, en este caso la de Miriam Félix (Félix-Alcántara, 2019), que con el título de *Beneficios de la terapia psicología grupal frente al tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad* fue defendida en 2019, recibiendo la mayor de las calificaciones. En este manual se verán reflejadas muchas de sus ideas.

Como todo modelo que trata de explicar fenómenos complejos, es imperfecto y aún le queda mucho por madurar, que comprender, que descubrir y que integrar. Esperamos que sirva para que los lectores puedan comprender que la obesidad no es una elección, sino una consecuencia de multitud de factores, muchos de ellos orgánicos y metabólicos, pero otros muchos cognitivos, ejecutivos, emocionales y sociales.

JAVIER QUINTERO

© Ediciones Pirámide

Obesidad, un grave problema sin resolver

1

JAVIER QUINTERO, CRISTINA BANZO ARGUIS,
MARÍA VILLACAÑAS BLÁZQUEZ, IRENE GUTIÉRREZ ARANA,
CRISTINA DOMÍNGUEZ GARCÍA, ROCÍO HERMOSILLO TORRES
Y MIRIAM P. FÉLIX ALCÁNTARA

1.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En el año 2024 a nadie se le debería escapar que tenemos por delante un problema de salud pública de magnitudes pandémicas, que aunque preocupa a muchos, no son tantos los que realmente se ocupan de él, y no pocas veces buscando soluciones simples para un problema que en realidad es muy complejo. Nos gustaría matizar este punto, porque una cosa es tratar de reducir la complejidad de algo, y otra diferente pensar que una solución «simple» va a resolver un problema complejo. Es decir, sabemos que la obesidad tiene una etiopatogenia compleja, lo que conlleva un abordaje complicado, que ha frustrado a muchos investigadores a lo largo de décadas y malogrado grandes proyectos, con iguales inversiones, pero con discretos resultados a la luz de las prevalencias crecientes actuales.

Estamos ante un problema de etiopatogenia mucho más incierta que un simple desequilibrio energético, donde el ser humano ingiere más calorías de las que gasta, o explicable desde alteraciones del metabolismo que involucran a la insulina, el cortisol o al péptido similar al glucagón (GLP-1), por cierto tan de moda estos días por los nuevos fármacos que la regulan y que tan prometedores resultados están presentando, para muchos una esperanza en el control de la obesidad, pero que si se utiliza de manera aislada no será capaz de contener el problema (Lancet, 2024). O quizá estemos ante un problema causado por la proliferación de alimentos hipercalóricos y cada vez más palatables, promovidos por una industria de la alimentación que nos quiere insaciables, o quizá debido a unas bases genéticas que hacen a algunos sujetos más proclives a llevar su peso a rangos para nada saludables, o quizá provocado por explicaciones sociales que parten de sociedades «enfermas» que transmiten a sus sujetos la obesidad, o por una característica temperamental o emocional que nos lleve a desorganizar la relación con la comida. Probablemente estamos ante una suma de todos estos factores, y alguno más, que debemos integrar en un modelo comprensible, que permita no solo conseguir reducciones de peso, sino el mantenimiento a largo plazo de una vida saludable (Quintero et al., 2016).

La importancia de la obesidad está en que es un proceso que multiplica los riesgos e impactos en la salud, que trasciende a lo meramente estético, y ensombrece el pronóstico en términos de longevidad y calidad de vida de quien la padece. También posee un significativo impacto económico sobre el Producto Interior Bruto de los países desarrollados o en vías de desarrollo, por lo que obesidad debería estar entre las principales preocupaciones de los responsables en el sector de la salud y también de la economía. Estamos ante una sola condición, que puede hacer insostenibles los sistemas sanitarios tal y como hoy están concebidos, si proyectamos las prevalencias actuales

© Ediciones Pirámide

de población infantil con obesidad, por su impacto en salud y los costes a futuro.

Sin pretender desenfocar el objetivo de este manual, vamos a ofrecer unas pinceladas del trasfondo de la importancia de abordar este problema, aunque en definitiva no es más que hablar de la importancia de un manual como este.

Impacto en los números

Si aún no tenemos del todo claro si el sobrepeso, antesala de la obesidad, y la propia obesidad son un problema global, vamos a ofrecer algunos datos que nos permitirán dimensionar un poco más el problema. En 1980 la prevalencia del sobrepeso en el mundo estaba en el 28,8 por 100, alcanzando en 2013 el 36,9 por 100. No es solo un problema de los países occidentales; de hecho, países como Tonga, Kuwait o Qatar, junto con Estados Unidos, ostentan el dudoso honor de estar en los podios en términos de prevalencia de sobrepeso (Ng et al., 2014).

La obesidad también ofrece datos preocupantes. Entre 1980 y 2008 se duplicó en todo el mundo, alcanzando cifras del 10 por 100 (unos 500 millones de personas con obesidad). Esta cifra parece haber llegado en 2022 a los 1.000 millones de personas en el mundo, y en un estudio publicado en *The Lancet* en 2024 la cifra de personas en el mundo que tenían sobrepeso alcanzó los 2.500 millones (Lancet, 2024). Si tenemos en cuenta que la población mundial en 2022 era de unos 7.700 millones de personas (https://www.worldometers.info/world-population/), hablamos de cifras complicadas de digerir. Como dato aún más preocupante, la obesidad en niños se ha multiplicado por cuatro desde 1990. En 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) calculó que había 37 millones menores de 5 años con sobrepeso, y que en el rango entre 5 y 19 años había 160 millones de obesos y 390 millones con sobrepeso (GBD 2019 Risk Factor Collaborators, 2020).

En España, desde 1987 hasta 2020 (figura 1.1) la prevalencia de la obesidad no ha evolucionado de manera diferente al resto del mundo, aumentando un 8,4 por 100 (ha pasado de un 7,3 por 100 a un 15,7 por 100). Según los datos del Global Obesity Observatory en 2022, la prevalencia en España del sobrepeso entre los 8 y los 16 años era del 33,4 por 100 (niños 36,9 y niñas 30 por 100 (Global Obesity Observatory, 2002), lo que supone una clara llamada de atención sobre la situación de las generaciones futuras.

En China (Pan et al., 2021) tampoco están mejor, alcanzando el sobrepeso y la obesidad cifras nunca antes vistas (6,8 por 100 en menores de 6 años, 11,1 por 100 si nos fijamos en el rango entre los 6 y 17 años, y el 34,3 por 100 para la población adulta).

Como ya hemos anticipado antes, las proyecciones para el futuro no son nada halagüeñas, pues la World Obesity Federation calcula que para 2035 el 50 por 100 de la población mundial tendrá sobrepeso y el 25 por 100 padecerá obesidad, prácticamente duplicando las cifras actuales (World Obesity Federation, 2022).

Impacto en las personas

Cuando hablamos de obesidad, estamos pensando en la repercusión que tiene sobre la salud a medio y a largo plazo. El impacto principal lo vamos a encontrar sobre la salud física, con el desarrollo de condiciones como la diabetes tipo II o el síndrome metabólico, que a su vez van a multiplicar el riesgo sobre otros eventos relacionados con la salud, como salud cardiovascular, donde el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares o eventos coronarios, entre otros (Afshin et al., 2017).

De fondo, vamos a tener un estado proinflamatorio, con un lento pero progresivo deterioro de la salud. Así, la obesidad se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, como cáncer de mama, de colon, endometrio, riñón

© Ediciones Pirámide

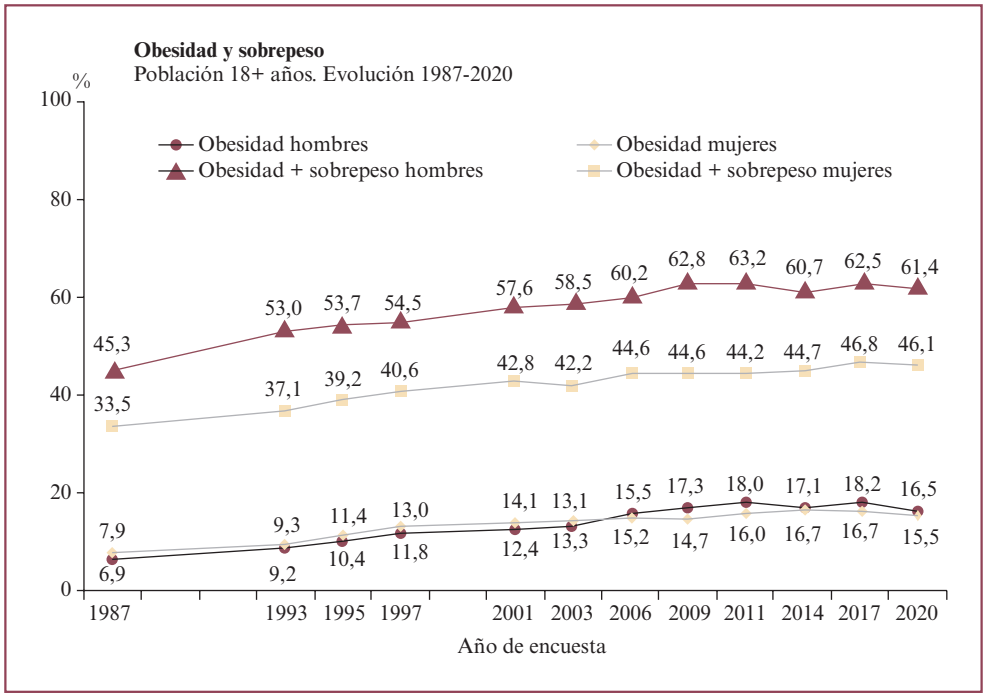


Figura 1.1.—Datos de la evolución del sobrepeso y la obesidad en España de 1987 a 2020, según la Encuesta Europea de Salud de España 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

o esófago. También afecta al sistema musculoesquelético, que se va a ver afectado en relación con la sobrecarga articular, con un riesgo de osteoartritis aumentado. Y es bien conocido su impacto sobre la salud mental, donde hace tiempo que se cayó el mito del «gordo feliz» (Félix-Alcántara, 2015; Jari et al., 2014; Quintero et al., 2016, 2018). Por todo ello, a nadie debería sorprender que la obesidad hoy ocupe el cuarto puesto entre las principales preocupaciones de la gente sobre la salud (véase tabla 1.1).

Impacto en la economía

En realidad, si a alguien le debiera realmente importar el encontrar soluciones eficaces al problema del sobrepeso debería ser a los economistas de la salud. En términos de impacto económico de la obesidad el rango es amplio, oscilando entre

TABLA 1.1

Principales problemas de salud

Salud mental	46%
Cáncer	34%
Estrés	26%
Obesidad	**22%**
Diabetes	16%
Abuso de las drogas	16%
Abuso del alcohol	13%
Enfermedades cardiacas	13%
Fumar	11%
Demencia	5%
Superbacterias resistentes a antibióticos	3%
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	3%
Otros	2%

FUENTE: Ipsos Global Health Service 2022.

© Ediciones Pirámide

el 0,8 del PIB en la India hasta el 2,4 por 100 en Arabia Saudí. En cuanto a las proyecciones a futuro, se estima que los costos globales relacionados con el sobrepeso y la obesidad podrían alcanzar los 3 billones de dólares anuales para 2030 y para el 2035 representar el 2,9 por 100 del PIB mundial (World Obesity Federation, 2022).

Para aquellos a quienes estos números les puedan marear, hagamos una breve aproximación de cómo se reparte el Producto Interior Bruto (PIB) mundial. Tradicionalmente se ha divido en tres grandes sectores: agrícola, industrial y de servicios. Aunque el peso de cada sector puede variar de un año a otro, en 2023 se distribuyó de la siguiente manera:

1. El sector agrícola, que incluye la agricultura, la caza y la pesca, representa entre el 3 y el 6% del PIB total.
2. El sector industrial, que abarca la construcción, la manufactura, la minería, la energía, el suministro de agua y la gestión de residuos, es casi 1/3 (25-30 por 100) del PIB mundial.
3. El sector servicios representa alrededor del 65 por 100 del PIB mundial, e incluye, entre otros, la Educación, con un peso relativo de alrededor del 5 al 10 por 100, y la Salud y Asistencia Social, que oscila entre el 10 y el 20 por 100 del sector servicios.

Este breve acercamiento quizá nos permita dimensionar lo que implicaría un 3 por 100 del PIB global, o incluso un 5 por 100 cuando se contempla el impacto indirecto de la obesidad sobre la productividad. Para el año 2030, con las proyecciones existentes de personas con obesidad, los costos sanitarios directos habrán aumentado un 58 por 100, y con esa misma tendencia se estima que en 2060 el impacto económico aumentaría en un 211 por 100, un escenario de difícil sostenibilidad para cualquier sistema sanitario. Dicho de otra manera, si fuéramos capaces de reducir la prevalencia de la obesidad en un 5 por 100, el impacto económico, o en términos más técnicos el retorno de esa inversión, sería de al menos tres veces (Okunogbe et al., 2021).

Para aquellos que queráis profundizar un poco más en este aspecto os recomendamos la lectura del informe *Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention,* editado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico en 2019 (OECD, 2019). Ofrece un análisis bastante nítido del impacto de la obesidad en el mundo. A veces la traducción de los problemas a euros o dólares es la única forma de movilizar conciencias.

Hagamos algo

La lucha contra la obesidad es un desafío global que debería involucrar a todos los actores implicados, especialmente sanidad y servicios sociales, educación o industria. Este panorama subraya la urgencia de implementar políticas de salud pública efectivas y estrategias de intervención que promuevan estilos de vida saludables y aborden los factores sociales, económicos y ambientales que contribuyen al sobrepeso y la obesidad. La promoción de la actividad física, el acceso a alimentos nutritivos y asequibles, y la educación sobre hábitos saludables, son factores esenciales para revertir estas tendencias alarmantes.

El problema de la obesidad es multifactorial, implicando una compleja interacción entre la genética, el metabolismo, el comportamiento, el entorno y las condiciones socioeconómicas y culturales. Por ello su abordaje requiere un enfoque multifacético, que incluya cambios en el estilo de vida, como una alimentación saludable y actividad física regular, así como intervenciones a nivel de políticas públicas que promuevan ambientes saludables. Esto puede incluir la implementación de impuestos a alimentos y bebidas azucaradas, el etiquetado claro de los productos alimenticios y la creación de espacios urbanos que fomenten la actividad física, aunque estas medidas, por sí solas, poco o ningún impacto van a tener.

© Ediciones Pirámide

La lucha contra la obesidad también implica abordar el estigma y la discriminación que enfrentan las personas con obesidad, promoviendo un enfoque compasivo y basado en la evidencia para el tratamiento y la prevención. La colaboración entre gobiernos, organizaciones de salud pública, profesionales de la salud y la sociedad en general es crucial para revertir las tendencias de obesidad y mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones a nivel mundial.

Cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con obesidad (Félix-Alcántara, 2015; Hemmingsson, 2014, 2018; Quintero et al., 2018). Es por ello por lo que consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos para lograr cambios significativos y duraderos.

1.2. MÁS ALLÁ DEL PESO Y LA COMIDA: LA CARA OCULTA DE LA OBESIDAD

El modelo bio-psico-social (Engel, 1977) supuso un cambio de paradigma en la medicina, superando el modelo causa-efecto propio del enfoque biomédico tradicional y atribuyendo al paciente un rol activo en el proceso asistencial. La premisa básica de Engel fue que en la salud-enfermedad no solo participaban factores biológicos, sino también factores psicológicos y sociales. Si aplicamos este modelo, ya bien asentado, al ámbito de la obesidad, podremos ver que la visión de la obesidad como simple acumulación de tejido adiposo es reduccionista e insuficiente y, por tanto, es esperable que las intervenciones clínicas que solo tengan en cuenta estos aspectos sean ineficaces.

La obesidad tiene una etiología multifactorial en la que influyen factores de naturaleza genética, biológicos, ambientales, socioculturales y psicológicos. A continuación nos centraremos en describir los aspectos psicosociales relacionados con la obesidad, no con un afán reduccionista en la dirección contraria, sino porque detenernos a explicar los factores genéticos y biológicos excede los propósitos de este manual.

En el momento actual la imagen corporal es una idea claramente sobrevalorada en la sociedad, en la que se idealiza de forma generalizada la delgadez, con el consiguiente estigma para las personas con sobrepeso u obesidad (Cramer y Steinwert, 1998; Latner y Stunkard, 2003). Paradójicamente, también vivimos en un ambiente claramente obesogénico, donde se favorecen las ingestas de alimentos escasamente elaborados y con alto contenido calórico, en grasas o azúcares (Fortuna, 2012), debido al uso de la publicidad y al incremento de las ganancias de la industria alimentaria, centrada en favorecer alimentos prefabricados y refinados, con mayor respuesta en los circuitos de recompensa cerebrales de las personas (Stice et al., 2013). Al tiempo, vivimos en la sociedad del bienestar, donde casi todo se encuentra al alcance de la mano casi sin esfuerzo: podemos trabajar desde casa, comprar desde casa, ir al trabajo en coche, en autobús, en patinete...

Por otra parte, son numerosos los factores psicológicos que se han asociado a la obesidad en la literatura. Nos centraremos en describir las aportaciones del grupo de Hemmingsson (Hemmingsson, 2014, 2018; Hemmingsson et al., 2014), que lleva más de un lustro revisando los factores psicológicos relacionados con la obesidad, habiendo planteado un modelo acerca del rol del malestar psicológico y emocional en la génesis de la obesidad (figura 1.2), que goza con gran apoyo en la comunidad científica y los ámbitos sanitarios por sus importantes implicaciones tanto en el tratamiento como en la prevención de este grave problema de salud.

La investigación parece poner de manifiesto que el período entre los 0 y los 5 años de edad es un período crítico para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad (Cunningham et al., 2017). Por un lado, porque la obesidad en edad infantil es un potente predictor de la obesidad en la edad adul-

© Ediciones Pirámide

ta, pero, por otro lado, porque en esa etapa de la vida se interiorizan las estrategias de regulación emocional con las que afrontaremos todas las situaciones que nos toque enfrentar en la vida. Como no podía ser de otra manera, el modelo conceptual causal que propone Hemmingsson (Hemmingsson, 2014, 2018) plantea la obesidad como consecuencia de la ocurrencia de una concatenación de eventos que suele iniciarse en la infancia. Describe el proceso mediante los seis pasos que se detallan a continuación:

Paso 1. La desventaja socioeconómica causa malestar psicológico y emocional. La obesidad se ha asociado claramente con situaciones de desventaja socioeconómica (McLaren, 2007), como la inseguridad laboral, el desempleo, el bajo nivel educativo o los bajos ingresos. Como factores mediadores de esta relación se ha planteado la sintomatología ansioso-depresiva (Pickett y Wilkinson, 2015), la baja autoestima (Myers y Rosen, 1999) o las emociones negativas persistentes (Matthews y Gallo, 2011), asociadas tanto a la desventaja socioeconómica como a la obesidad.

Paso 2. Falta de armonía en el núcleo familiar. El malestar de los adultos, generado inicialmente por la desventaja socioeconómica, se transfiere al ambiente familiar, lo cual se ha relacionado con la externalización del malestar y la frustración, los problemas conyugales, el pesimismo, la violencia, la falta de cohesión y apoyo mutuo dentro de la familia, la negligencia, el abuso, las adicciones, los métodos educativos autoritarios y la inseguridad alimentaria.

Paso 3. Malestar psicológico y emocional en la descendencia. El ambiente familiar disfuncional se ha asociado con distintas enfermedades mentales en los hijos, entre las que se encuentran

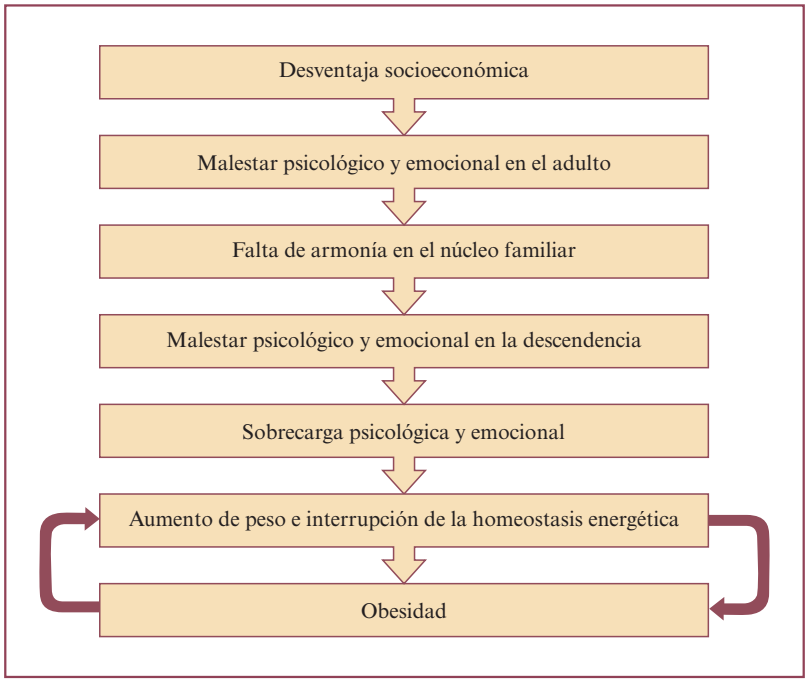


Figura 1.2.—Propuesta de modelo causal de la obesidad paso a paso de Hemmingsson (adaptado de Hemmingsson, 2014).

© Ediciones Pirámide

los trastornos de conducta alimentaria (Holtom-Viesel y Allan, 2014), entre otros. La imitación es la vía principal para adquirir nuevos aprendizajes, y de esta forma los niños tienden a adoptar los valores, creencias, emociones y pensamientos parentales, con el agravante de que los niños no cuentan con recursos de afrontamiento propios, con lo que el efecto negativo de esta situación es más potente.

Paso 4. Sobrecarga psicológica y emocional. Si la situación adversa se mantiene en el tiempo, ese niño o adolescente sobrecargado psicológica y emocionalmente, que no posee recursos de afrontamiento suficientes, busca la forma de hacer frente al malestar y puede encontrar en la comida ese alivio emocional que tanto necesitaba, de tal forma que se establece y consolida una nueva estrategia de afrontamiento que, aunque desadaptativa y normalmente preconsciente, es eficaz. Pero no toda la comida es igualmente efectiva para reducir el malestar emocional; solo los alimentos palatables, esto es, con alto contenido en grasas y azúcares, tienen esa funcionalidad (Dallman et al., 2003, 2005; Foster et al., 2009; Wallis y Hetherington, 2009).

Paso 5. Interrupción de la homeostasis energética y comienzo del aumento de peso. Esta situación de sobrecarga o estrés emocional, que además está asociada a una sensación básica de inseguridad, tiene una segunda y grave consecuencia: la disregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, lo que conlleva un aumento de los niveles de cortisol, ghrelina, insulina y citoquinas inflamatorias, con la consiguiente alteración de la homeostasis energética y el metabolismo (Dallman et al., 2003, 2005; Foster et al., 2009; Raspopow et al., 2014). Al aumentar el nivel de las llamadas «hormonas estimulantes del apetito» se aumenta el deseo por los alimentos de alta palatabilidad, así como las conductas de búsqueda. Asimismo, se ha visto que las personas en situaciones de estrés ponen en marcha mecanismos metabólicos de acumulación de grasa (Kiecolt-Glaser et al., 2015), que se traducen en un menor gasto energético en reposo, con lo cual cerramos el círculo para la ganancia de peso.

Paso 6. Manifestación de la obesidad y la causalidad recíproca. Una vez que la obesidad se ha establecido se genera un círculo vicioso. Se ha planteado que la obesidad genera problemas de salud mental, mayor dificultad en el acceso al empleo, malestar psicológico y emocional, respuestas inflamatorias, baja autoestima..., aspectos que, como hemos visto, estaban ya en la génesis de que la comida se convirtiese en una forma de regulación emocional o automedicación, creando una causalidad circular de la que es difícil salir.

Tras proponer el modelo descrito de cómo los factores psicológicos pueden influir en la génesis de la obesidad, y siguiendo el concepto de balanza o equilibrio proveniente de la comparación entre la ingesta calórica y el gasto energético, Hemmingsson (Hemmingsson, 2014) propone una nueva balanza con los factores psicológicos que se han visto asociados con la obesidad, poniendo en un lado de la balanza los factores protectores y en el otro lado los factores de riesgo (véase figura 1.3).

Esta «nueva balanza» representa una descripción conceptual de la influencia potencial del malestar psicológico y emocional en el punto de ajuste o *set-point* del IMC. De esta manera, un IMC de 30 se asociaría con un malestar emocional medio, un IMC de 25 con un malestar emocional bajo y un IMC mayor de 35 con un malestar emocional elevado. El modelo también permite realizar una calibración individual basada en la influencia combinada de otros factores involucrados en la regulación del peso corporal, como la genética, la fisiología y el estilo de vida, que se manifestaría a través del desplazamiento del punto de equilibrio.

Las emociones negativas, la baja autoestima, un ambiente familiar disfuncional, el estrés, los sentimientos de inferioridad, la depresión, la falta de resiliencia, la apatía, la ansiedad, el bajo nivel educativo, las creencias y valores negativos, la inseguridad financiera, el comer como forma de re-

© Ediciones Pirámide

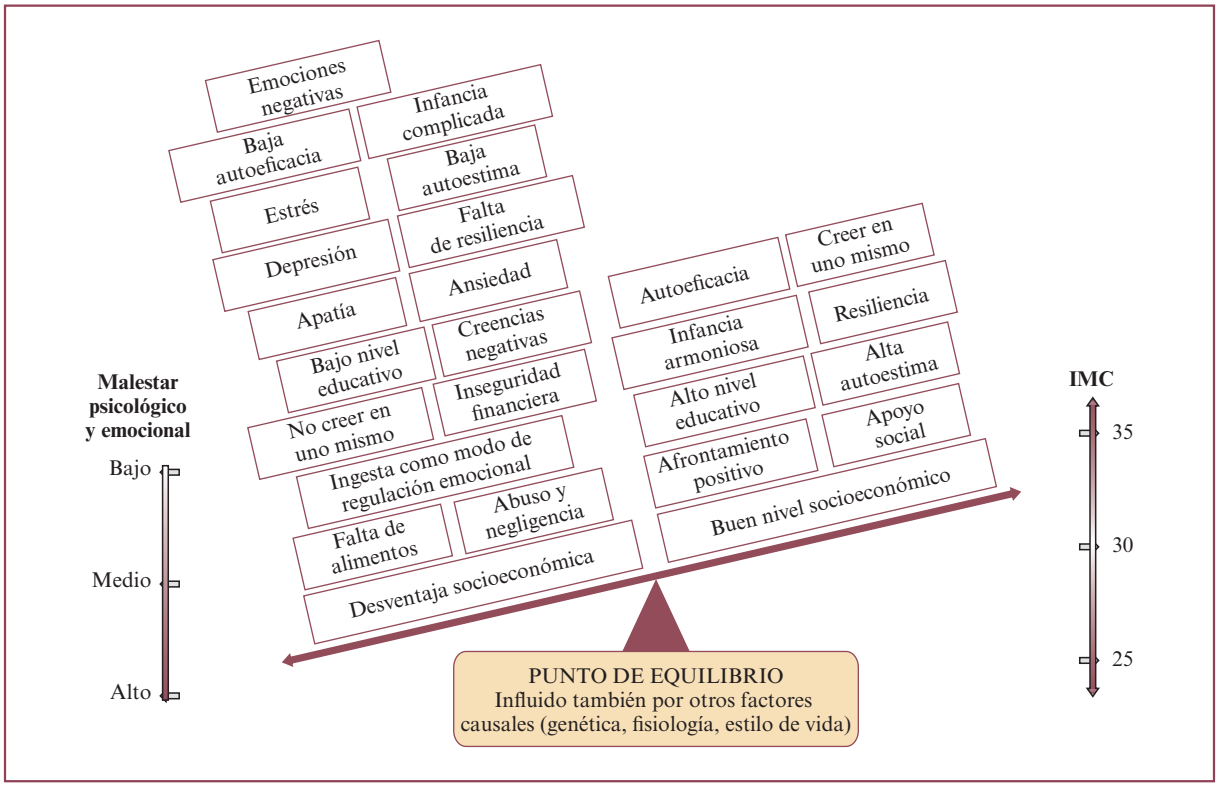


Figura 1.3.—Propuesta de Hemmingsson de cómo influirían los factores psicológicos y el malestar emocional en el punto de ajuste del peso corporal (adaptado de Hemmingsson, 2014).

gulación emocional, la inseguridad alimentaria, el abuso, la negligencia y la desventaja socioeconómica se establecerían, por tanto, como factores de riesgo para tener obesidad o aumentar el IMC. Por el contrario, la autoeficacia, la autoestima, una imagen positiva de uno mismo, la funcionalidad del ambiente familiar, la resiliencia, la formación educativa, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el bienestar socioeconómico se establecerían como factores de protección.

El modelo de Hemmingsson no debe considerarse un modelo de causalidad única y lineal, porque nunca fue su intención y porque el camino de cada persona hacia la obesidad, a su manera, es único. Pero sí se ha establecido como el modelo más sólido de los que ponen énfasis en la influencia que los factores psicológicos pueden tener en la génesis de la obesidad, y esto tiene gran valía por las implicaciones terapéuticas consecuentes, esto es, que el tratamiento de la obesidad no debe tener solo en cuenta el balance energético, sino identificar los factores psicológicos y emocionales relacionados y realizar una intervención directa sobre ellos, siendo la intervención en gestión emocional y aceptación personal aspectos nucleares en el abordaje de la obesidad.

La obesidad como trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

El DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.ª edición (American

© Ediciones Pirámide

Psychiatric Association [APA], 2013), define los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos como «la alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial». Esta definición refleja con bastante precisión la realidad de las personas con obesidad. Sin embargo, inmediatamente después el DSM-5 indica que, aunque la obesidad pueda cuadrar en esa definición, no debe considerarse un TCA porque se debe a una acumulación excesiva de grasa corporal, siendo «el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. Existe un abanico de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos y que contribuyen al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental» (APA, 2013). Parece insuficiente la explicación del DSM-5 respecto a por qué la obesidad no debe considerarse un TCA, cuestión que precisa una reflexión más en profundidad.

La obesidad tiene una etiología compleja y multifactorial, fruto de la combinación de factores genético-biológicos, psicológicos o socioculturales, resultando llamativo que muchos de estos factores son compartidos con los TCA tanto a nivel biológico como psicológico, comportamental, sociocultural y familiar, como se puede ver en la figura 1.4. Entre dichos factores cabría destacar el hacer dieta o saltarse comidas, comer solo, la

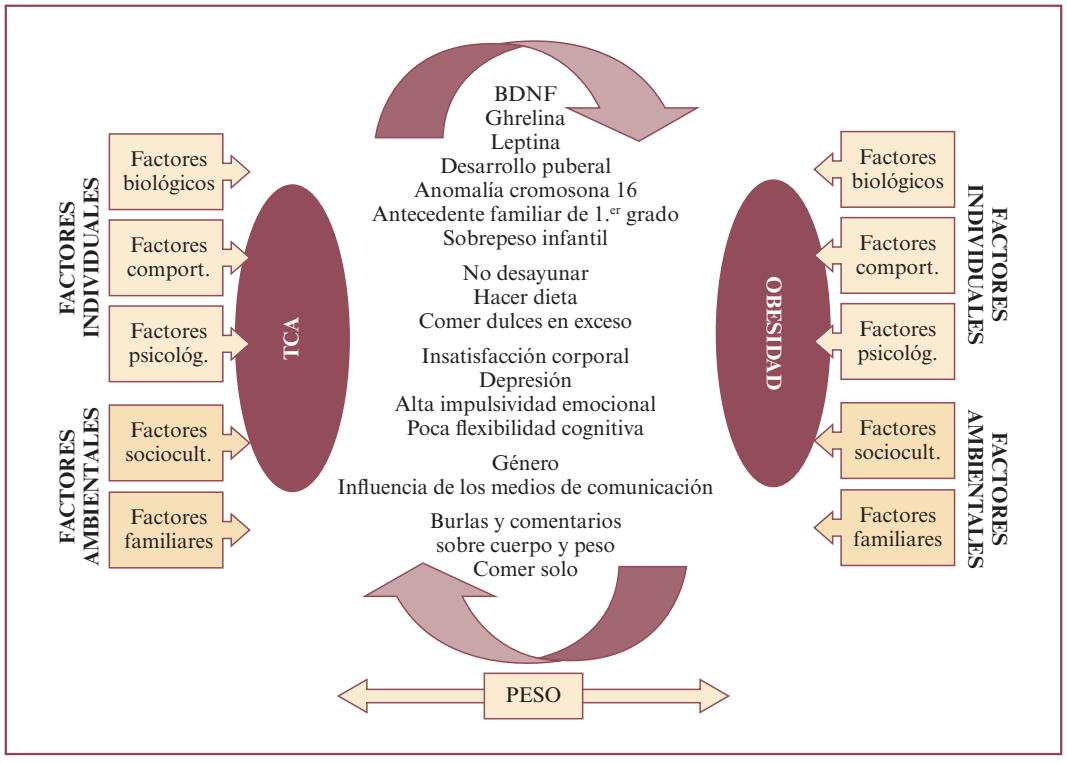


Figura 1.4.—Factores de riesgo compartidos entre obesidad y los TCA. (Tomado de Villarejo, 2012.)

© Ediciones Pirámide

insatisfacción corporal, la sintomatología depresiva, la impulsividad, la rigidez cognitiva, el género, las burlas sobre el cuerpo y la influencia de los medios de comunicación (Haines y Neumark-Sztainer, 2006; Villarejo, 2012).

Por otra parte, la obesidad y los TCA comparten un núcleo sintomático común, del que forman parte la alteración del patrón alimentario, las dificultades de regulación emocional, la interferencia en la calidad de vida y la insatisfacción con la imagen corporal (figura 1.5).

Que el patrón alimentario está alterado es algo más que evidente tanto en los TCA como en la obesidad. En la anorexia nerviosa (AN) los síntomas propiamente alimentarios más comunes son la restricción en cantidad y tipo de alimentos, el ayuno, los rituales con la comida, comer despacio, comer en continuo movimiento o evitar comer acompañados (Rojo et al., 2015). En la evolución del cuadro acaban apareciendo habitualmente atracones y vómitos. En la bulimia nerviosa (BN) encontramos una combinación de dos tipos de síntomas: por un lado los atracones, definidos como la ingestión de una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control y, por otro lado, las conductas compensatorias, que pueden manifestarse en forma de vómitos autoprovocados o abuso de laxantes o/y diuréticos, entre otros (Rojo et al., 2015). En el trastorno por atracón (TA), además de los atracones ya descritos en la BN, encontramos comúnmente que comen más rápido de lo normal, hasta sentirse desagradablemente llenos y/o tener la sensación de vergüenza asociada a la ingesta (Rojo et al., 2015). En obesidad podemos encontrar atracones, hiperorexia (pasar el día comiendo pequeñas cantidades de comida), picoteos, cantidades grandes de comida, comer a escondidas, con vergüenza... Pero tanto en la BN como en el TA o en la obesidad también es habitual la tendencia a estar continuamente buscando y haciendo dietas, la restricción en cantidad y tipos alimentos, los ayunos..., con la diferencia de que son menos eficaces en el control del peso.

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye un componente perceptual (precisión con que percibimos el tamaño corporal), un componente subjetivo (cognitivo-afectivo, con actitudes, emociones, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo) y un componente conductual (derivado de las cogniciones y emociones que experimentamos) (Li et al., 2005). Se considera que es en la infancia temprana cuando se produce el desarrollo de la insatisfacción corporal en torno al peso y a la figura (Thompson et al., 2005), pudiéndose intuir la influencia de las figuras parentales (Lowes y Tiggemann, 2003), si bien se van estableciendo diferentes procesos de desarrollo

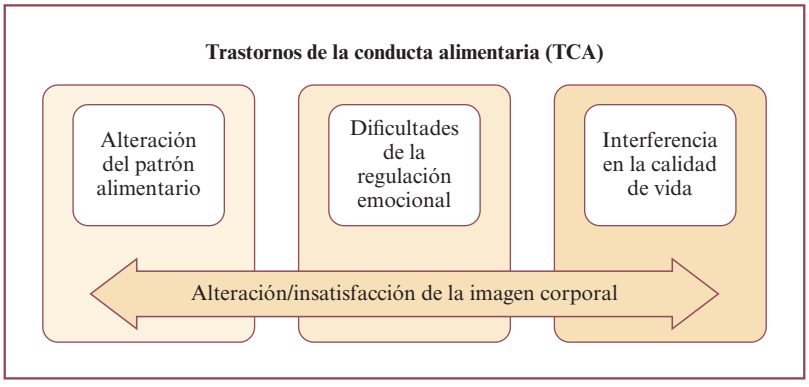


Figura 1.5.—Núcleo psicopatológico común de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

© Ediciones Pirámide

neurocognitivo en relación a la maduración cerebral (Rosso et al., 2004), que presentan también implicaciones en el establecimiento de la imagen corporal (Neumark-Sztainer et al., 2006). En relación con la insatisfacción corporal se ha considerado un componente básico, incluso en tiempos patognomónico de los TCA, habiéndose asociado sólidamente a esta patología (McLean y Paxton, 2019). Existen también numerosas publicaciones que ponen de relieve la importancia de la insatisfacción corporal en los pacientes con obesidad (Calado et al., 2011; Weinberger et al., 2016), sobre todo en los pacientes obesos que asocian atracones (Mitchell et al., 2015).

Las dificultades en la regulación emocional se han considerado un fenómeno nuclear en todo el espectro de los trastornos de conducta alimentaria (Brockmeyer et al., 2014; Harrison et al., 2010), que se ha encontrado igualmente asociado a la obesidad (Pink et al., 2019). Una adecuada regulación emocional implica al mismo tiempo experimentar e identificar de forma apropiada las emociones y lograr atenuar o modular los estados afectivos, habiéndose encontrado ambos aspectos de la regulación emocional afectados tanto en los TCA como en la obesidad. Encontramos evidencias de esta disregulación en pacientes con anorexia nerviosa (Kessler et al., 2006), bulimia nerviosa (Harrison et al., 2010), trastorno por atracones (Carano et al., 2006; Svaldi et al., 2010) y en pacientes con obesidad (Brockmeyer et al., 2014; Munsch et al., 2012; Pink et al., 2019; Zeeck et al., 2011).

En relación con la calidad de vida, encontramos que al evaluar la calidad de vida de los pacientes con TCA, de cualquiera de los grupos diagnósticos (anorexia, bulimia o trastorno por atracón), y los comparamos con la población general, se obtienen puntuaciones significativamente más bajas (Padierna et al., 2002; Winkler et al., 2014), encontrando el mismo hallazgo en personas con obesidad mórbida (Zwaan et al., 2002). Algunos autores como Hay (Hay, 2003; Hay et al., 2010), plantean que las mayores interferencias en la calidad de vida se situaban en los extremos antropométricos en la evaluación del IMC (< de 20 y >30), poniendo de relevancia la pérdida de calidad de vida en función del peso. En el caso de las personas con obesidad, la interferencia en la calidad de vida se ha documentado especialmente en el grupo de obesos que padecen atracones de forma comórbida (Masheb y Grilo, 2004; Vancampfort et al., 2014). No obstante, relacionar la interferencia en la calidad de vida de forma exclusiva con los grupos de pacientes según el IMC resulta limitado. Por una parte, existen pacientes con BN o TA con normopeso, que tienen marcada interferencia funcional. Y por otra parte, hay autores como Winkler (Winkler et al., 2014) que defienden que la interferencia en la calidad de vida está presente en todos los subgrupos de TCA y resulta independiente del IMC. De igual manera, resulta limitado evaluar la calidad de vida de forma exclusiva en función del IMC, pues existen otros factores que pueden modularla a la baja, como es la concurrencia de determinada psicopatología como la clínica depresiva, pudiendo limitar algunos resultados (Wade et al., 2012).

Finalmente, también se ha observado una relación en el curso de los TCA y la obesidad (Villarejo et al., 2012). Por una parte, presentar obesidad de forma temprana facilita la aparición de un mayor riesgo de presentar un TCA en la adolescencia (Calado et al., 2011). Y a su vez, el hecho de padecer un TCA implica un mayor riesgo de presentar obesidad en el futuro (Smolak y Thompson, 2009), encontrando la relación en ambas direcciones. En el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) de Madrid revisamos los antecedentes de patología alimentaria que habían presentado las 180 primeras mujeres atendidas en la consulta de obesidad, evidenciándose que el 13 por 100 habían sido diagnosticadas de TCA en el pasado, cumpliendo además el 48,1 por 100 de ellas criterios diagnósticos para trastorno por atracón y el 11,9 por 100 para BN, según criterios DSM-5 (Banzo-Arguis, 2016).

© Ediciones Pirámide

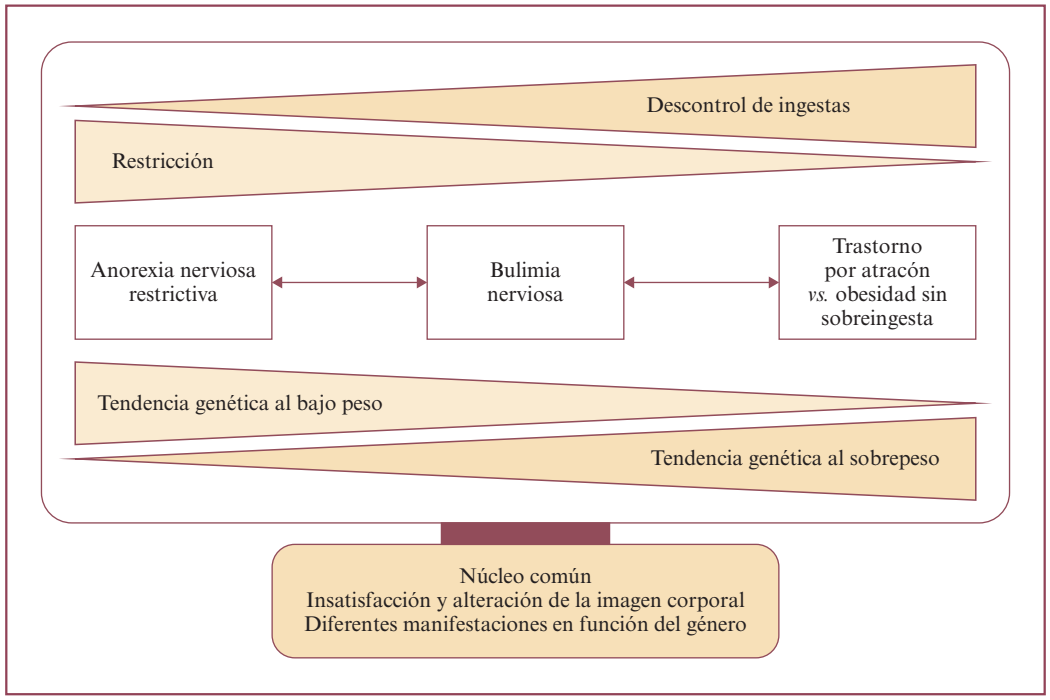


Figura 1.6.—Continuidad conceptual entre TCA y obesidad (tomado de Calvo Medel y Ruiz Lázaro, 2012).

Por tanto, si tenemos en cuenta que son factores de riesgo semejantes los que subyacen a TCA y obesidad, que la evolución de ambos tiende a cruzarse y que, además, comparten el núcleo psicopatológico básico con la alteración de la conducta alimentaria, las dificultades en la regulación emocional y la alteración de la imagen corporal, tiene sentido plantear un modelo transdiagnóstico basado en la existencia de un continuo entre TCA y obesidad (Calvo Medel y Ruiz Lázaro), como se muestra en la figura 1.6.

Psicopatología en el paciente con obesidad

Hemos planteado el modelo transdiagnóstico entre TCA y obesidad porque es nuestra manera de entender la obesidad. Por tanto, el programa de intervención que pretendemos validar está basado en esta visión del problema. Sin embargo, aunque aceptásemos lo planteado por el DSM-5, esto es, que la obesidad no debe considerarse un TCA, aun así habría motivos de sobra para plantear la necesidad de un tratamiento psicológico de la obesidad, por supuesto siempre en un contexto multidisciplinar en colaboración con el psiquiatra, el endocrino y el nutricionista, al menos.

La necesidad de intervención psicológica viene dada, por un lado, por los mencionados factores psicológicos que se hallan tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la obesidad y, por otro lado, por la frecuente comorbilidad psiquiátrica que se encuentra en las personas que padecen esta patología.

La coexistencia de psicopatología en el paciente con obesidad es un tema documentado de forma extensa en las investigaciones, siendo la depresión el trastorno con el que se ha asociado con mayor frecuencia (Preiss et al., 2013; Simon et al.,

© Ediciones Pirámide

2010; Toups et al., 2013). En investigaciones previas realizadas por nuestro equipo de investigación en el HUIL se observó que el 80,9 por 100 de los pacientes presentaban sintomatología depresiva con intensidad clínicamente significativa y hasta un 34 por 100 refería antecedentes psiquiátricos previos de depresión, siendo congruente con la literatura sobre el tema (Quintero et al., 2016).

De la misma forma, al binomio depresión-obesidad se sumaría el género femenino, ya que resulta un factor de riesgo para ambas entidades clínicas (Carpenter et al., 2000). Es más, existen autores que relacionan la depresión en personas obesas con las variaciones afectivas estacionales y el trastorno por atracón (TA) (Davis, 2013). A su vez, el TA en personas obesas se ha relacionado con mayor gravedad en la psicopatología (Lasserre et al., 2014; Mitchell et al., 2015), asociándose especialmente a los cuadros afectivos, al trastorno límite de personalidad y a los trastornos de ansiedad (Cortese et al., 2007).

También es frecuente la asociación entre obesidad y trastornos de ansiedad, habiéndose encontrado tanto en muestras comunitarias (Jorm et al., 2003) como en muestras clínicas (Cilli et al., 2003). En nuestros pacientes (Quintero et al., 2016), además de sintomatología depresiva encontramos ansiedad; en concreto, un 56,39 por 100 superaba el punto de corte para ansiedad-rasgo y un 48,26 por 100 para ansiedad-estado evaluados con el cuestionario STAI «Ansiedad Estado-Rasgo». De cara a valorar el sentido de esta asociación, debemos tener en cuenta que la mayoría de las publicaciones que investigan los trastornos de ansiedad y su relación con la obesidad lo hacen priorizando la clínica depresiva y dejando en un segundo plano la obesidad (Preiss et al., 2013; Roy-Byrne et al., 2008). Asimismo, el género femenino se ha mostrado como factor modulador que favorece la aparición de estos trastornos en pacientes con obesidad, al igual que sucede con la clínica depresiva, cerrando nuevamente el círculo y añadiendo factores de confusión para esclarecer la dirección de la causalidad (Eyres et al., 2014).

Como hemos visto, cada vez son más los estudios que señalan a los factores psicológicos como los causantes de la resistencia al cambio de hábitos de alimentación y ejercicio en personas con sobrepeso u obesidad (Hemmingsson, 2014, 2018), y también encontramos la coexistencia frecuente de psicopatología en el paciente con obesidad (Quintero et al., 2016), motivos por los cuales consideramos imprescindible el abordaje terapéutico de los factores psicológicos y emocionales para lograr cambios significativos y duraderos.

Aunque aún quedan retos pendientes en la consolidación del modelo bio-psico-social en el ámbito de la obesidad, también se han dado grandes pasos, como que numerosas guías de práctica clínica hayan incorporado la recomendación de incluir intervenciones psicológicas en el abordaje integral y multidisciplinar de la persona con sobrepeso y obesidad. Algunas de estas guías serían el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Lecube et al., 2017; Rubio et al., 2007), la Guía para el manejo del sobrepeso y la obesidad en el adulto, del Colegio Americano de Cardiología, y la *American Heart Association Task Force* (Jensen et al., 2014) o la Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la Obesidad en adultos, adolescentes y niños en Australia (NHMRC, 2013).

© Ediciones Pirámide