

ita.

institut de trastorns alimentaris

Obesidad infanto-juvenil

Ofrecemos un tratamiento individualizado e integral para conseguir un estilo de vida, personal y relacional saludable.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	p.5
2. EPIDEMIOLOGÍA	p.9
3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	p.13
4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	p.15
5. EVALUACIÓN	p.17
5.1. Médico-nutricional	p.17
5.2. Actividad física	p.18
5.3. Psicológica	p.19
5.4. Psiquiátrica	p.19
6. EQUIPO PROFESIONAL	p.21
7. MODELO DE TRATAMIENTO	p.25
8. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	p.29
8.1. Terapia de Activación Conductual	p.29
8.2. Intervención en otros aspectos psicológicos	p.29
8.3. Monitorización de la motivación al cambio	p.30
8.4. Estrategias de adherencia terapéutica	p.32
8.5. Talleres psicoeducativos	p.33
8.6. Intervenciones especiales con la Unidad familiar	p.35
9. RECURSOS TERAPÉUTICOS	p.37



1. INTRODUCCIÓN

El importante aumento de la incidencia de la obesidad infanto-juvenil en nuestro país, ejemplo hasta hace muy poco tiempo de buenos hábitos alimentarios, nos preocupa como equipo clínico de larga experiencia de trabajo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Por ello, hemos creado un nuevo programa de intervención en sobrepeso y obesidad infanto-juvenil, que, fiel al modelo de trabajo de nuestra institución ofrece una asistencia integral. Eso supone que no sólo se abordan los problemas vinculados al ámbito físico, sino también aquellos relacionados con el bienestar emocional y social de estos pacientes, y en especial con el desarrollo de estrategias que permitan fomentar la motivación al cambio y la adherencia al tratamiento.

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y adolescencia y se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales-familiares que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según sexo, talla y edad. Esta acumulación se produce principalmente a nivel del tejido subcutáneo en la infancia y a nivel intraabdominal en la adolescencia y se manifiesta clínicamente como un exceso de peso y volumen corporal.

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el Índice de Masa Corporal (IMC). El Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet es el parámetro más sencillo y utilizado para cuantificar la proporción de grasa corporal total y es el que mejor se correlaciona con las complicaciones asociadas. Relaciona el peso y la talla tanto en la edad adulta como en la infancia y adolescencia. Hablamos de sobrepeso cuando el IMC en la edad adulta es superior a 25 y de obesidad

cuando es igual o superior a 30. En la infancia y adolescencia es más difícil evaluar este IMC debido a que los pacientes están en constante desarrollo y crecimiento. Además los rangos de normalidad son diferentes en ambos sexos, motivo por el cual tenemos que recurrir a tablas de distribución de referencia de nuestra población. Tampoco existe un acuerdo consensuado sobre el punto de corte para definir el sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia.

Proponemos la utilización de las tablas del estudio semilongitudinal, iniciado en 1978-80, de la Fundación Faustino Orbegozo. Estas tablas están realizadas en España antes del inicio del incremento de sobrepeso-obesidad (SP-OB), por lo que son más directamente aplicables que las de otros países. Por tanto, se propone utilizar el IMC como parámetro para establecer los puntos de corte de SP y OB, que quedarían establecidos de la siguiente manera:

- SP: IMC P90 y <P97 para la correspondiente edad y sexo.
- OB:IMC P97 para la correspondiente edad y sexo.

Dependiendo de la etiología y del patrón de distribución de la grasa corporal podemos distinguir varios tipos de obesidad.

Atendiendo a su etiología tendríamos la exógena o nutricional y la endógena, secundaria o asociada.

La mayor parte de las obesidades (hasta un 95%) son exógenas, y se producen por un desequilibrio entre la ingesta y las necesidades o gasto energético del niño o adolescente que motiva un balance positivo de energía.

La endógena es la asociada a síndromes que cursan con obesidad (Sd. Prader-Willi, Sd. Cohen, Sd. Laurence-Moon y Bardet-Biedl, Sd. Carpenter), endocrinopatías (hipotiroidismo, Sd. Turner, hipogonadismos, lesiones del sistema nervioso central, Sd. ovarios poliquísticos), o fármacos (corticoides, ácido valproico, antihistamínicos).

Según la distribución de la grasa corporal podemos distinguir una obesidad global y una obesidad central, ésta última asociada a un mayor riesgo metabólico y cardio-vascular.

La obesidad se considera una enfermedad de etiología multifactorial, que se desarrolla como consecuencia de la interacción entre factores ambientales-conductuales y predisposición genética de ciertos individuos. La importancia atribuida a los cambios ambientales como el estilo de vida en la etiopatogenia de la obesidad se ha incrementado en la actualidad, ya que el gran aumento en la prevalencia de la obesidad infantil evidenciada en los últimos 25 años no puede atribuirse exclusivamente a factores genéticos. Los genes responsables de esta predisposición no pueden variar en períodos tan cortos.

Entre los factores predisponentes o que determinan que los niños estén potencialmente en riesgo de desarrollar una obesidad destacaríamos:

- Obesidad en los padres (sobretudo en la madre).
- Hijos de madres diabéticas o fumadoras durante el embarazo.
- Niños con sobrepeso o bajo peso al nacer.
- Inadecuados hábitos alimentarios en la familia.
- Actitudes sedentarias tanto en el niño como en la familia.
- Disponibilidad total y masiva de los alimentos.





2. EPIDEMIOLOGÍA

España se ha convertido en el cuarto país de la Unión Europea con mayor número de niños con problemas de sobrepeso, presentando un cuadro de obesidad en un 16,1% entre menores de 6 a 12 años de edad, superado apenas por los datos de Italia, Malta y Grecia. Un hecho alarmante en una sociedad que lleva en su “currículo” una de las mejores dietas alimentarias del mundo: la dieta mediterránea, y en el cual hace solo cinco años presentaba apenas un 5% de menores obesos.

Tanto en Europa como en Estados Unidos, desde los años noventa hasta hoy, la incidencia de la obesidad infantil se ha duplicado. Este incremento justifica que, junto con problemas odontológicos, constituya el principal trastorno nutricional de la infancia y adolescencia en las sociedades desarrolladas. Se calcula que hasta un 80% de los adolescentes obesos lo seguirán siendo durante el resto de su vida.

Por todo ello, el sobrepeso y la obesidad constituyen actualmente un importante y creciente problema de salud tanto de las edades infantiles, juveniles como adultas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera, desde 1998, una epidemia global.

Entre 1998 y 2000 se realizó en nuestro país un estudio epidemiológico que evaluó los hábitos alimentarios, el estado nutricional y la prevalencia de la obesidad infantil a nivel nacional. Se trata de un estudio transversal que incluyó a individuos de entre 2 y 24 años. Se determinó su peso y talla, considerándose obesos a aquellos sujetos con un IMC superior al percentil 97 y como sobrepeso a los que presentaban un IMC situado entre los percentiles 85 y 97. Los resultados de dicho estudio determinaron una prevalencia de obesidad y

sobrepeso del 13,9% y 12,4% respectivamente (prevalencia global del 26,3%). Por sexos, la prevalencia de obesidad fue del 15,6% en varones y del 12% en mujeres y por edades se observaron tasas superiores entre los 6 y 13 años. En lo referente a la distribución geográfica, la prevalencia fue mayor en Canarias y Andalucía y menor en regiones del Noroeste (Cataluña, Aragón y Baleares) donde se sitúa en el 9,8% para obesidad y en el 2,8% para el sobrepeso. En lo referente a los factores ambientales, la prevalencia fue mayor en los niveles socioeconómicos-culturales bajos y en personas que no desayunan o desayunan mal.

En comparación con otros países, en España la prevalencia de obesidad fue inferior a la observada en EE.UU. salvo en el grupo de varones con edades comprendidas entre los 2 y 8 y los 12 y 14 años y en las niñas con edades comprendidas entre los 2 y 5 años. Por lo general la prevalencia de obesidad en nuestro país se considera que es intermedia en comparación con otros países de nuestro entorno. Este estudio ha detectado también un aumento en la talla y adiposidad en niños y adolescentes de Europa, así como una tendencia al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las últimas décadas, que es más manifiesta en varones en edades prepuberales (10-13 años).

En España los datos acerca de la enfermedad distinguen que los niños obesos menores de 3 años tienen menor riesgo de progresar en ese estado si los padres no son obesos. También se conoce que ser obeso después de los 5 años comporta un alto riesgo de serlo en la edad adulta. Y si además, los padres son obesos, se duplica el riesgo de obesidad en niños menores de 10 años tanto si son como no obesos. Y respecto al sexo, decir que hay una mayor incidencia de obesidad en el sexo femenino antes de la pubertad. Los factores más destacados con los que se relacionan estos datos son los siguientes:

- el nivel socio-económico y cultural bajo en la infancia aumenta el riesgo de la obesidad en el adulto
- el aumento del tiempo de lactancia materna disminuye la probabilidad de sobrepeso en la edad adulta
- la inactividad física
- una alimentación hipercalórica
- el peso elevado al nacer se relaciona con una mayor probabilidad de sobrepeso en el niño cuando sea mayor

La obesidad infanto-juvenil influye tanto en la calidad de vida y salud del niño y adolescente como en la del adulto. Así vemos que la obesidad, sobretodo en la segunda década de la vida, es un potente predictor de obesidad en el adulto, siendo el doble la probabilidad de ser obeso en la edad adulta si se ha sido obeso en la infancia. También existe un mayor riesgo de mortalidad en la edad adulta si persiste esa obesidad, pero no se asocia con tasas más elevadas de mortalidad en la infancia y adolescencia. Además el sobrepeso y la obesidad en estos períodos de la vida se asocian con problemas físicos y psicocociales. A nivel psicosocial pueden ser niños con baja autoestima, imagen corporal negativa, depresión, mala relación con los compañeros, marginación y aislamiento, bullying, limitación en la participación en los juegos y la vida cotidiana. Entre los físicos destacamos: cambios metabólicos o síndrome premetabólico como hipertensión arterial, dislipemia, intolerancia a la glucosa, hiperglucemias o diabetes tipo 2, esteatosis hepática, colelitiasis, apnea del sueño, asma, alteraciones menstruales y alteraciones ortopédicas con el mal rendimiento deportivo consecuente que agravaría el cuadro propio del sobrepeso o la obesidad.

La mayoría de los investigadores han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentario son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX.

A pesar de la amplia difusión a nivel preventivo (en sus niveles primario, secundario y terciario), la obesidad no ha dejado de crecer. Se estima que la adherencia al tratamiento de la obesidad es tan solo del 50%. Es más, el 20% de obesos aumenta de peso durante los tratamientos tradicionales. Ello supone un fracaso de las estrategias clásicas consistentes, básicamente, en el asesoramiento medico-nutricional de la dieta y el ejercicio físico.

La explicación de este fracaso en el cumplimiento de las indicaciones facultativas es compleja. Factores psicológicos como la motivación al cambio, estilos disfuncionales de afrontamiento y falta de competencias en las relaciones interpersonales han demostrado estar implicadas en esta refractariedad al tratamiento. Conocer estos procesos y establecer un encuadre terapéutico adecuado que estimule la adopción de una actitud de afrontamiento proactivo, tiene un efecto facilitador de los cambios necesarios para una recuperación a largo plazo. ●●●



3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Existe una amplia evidencia que avala la tesis que considera como uno de los principales obstáculos en el tratamiento de problemas crónicos de salud la adherencia al tratamiento. Por ello, la adherencia debe ser considerada uno de los objetivos principales en nuestro programa de intervención en obesidad. La adherencia es un proceso dinámico que se construye y cuida y que necesita tener un seguimiento. **El incremento y mejoría de la adherencia**, requiere un proceso continuo y dinámico. Es necesario, por tanto, una continua supervisión de este proceso durante todo el programa debido a que su impacto se manifestará en cada una de las áreas de intervención.

Un correcto seguimiento de la adherencia al programa hará posible la consecución de los **objetivos** que nos proponemos:

1. Promover un **cambio en los hábitos de vida** que se relacionan con los problemas de peso, concretamente aquellos vinculados a la ingesta y actividad física.
2. Este cambio en los hábitos se traducirá en una **disminución significativa en el Índice de Masa Corporal** de los usuarios y se deberá de mantener estable en el tiempo y ante diferentes situaciones vitales. Entendiendo la obesidad como una condición crónica se requiere un tratamiento permanente y una atención continuada mediante un programa de mantenimiento del peso perdido que combine seguimiento médico nutricional, terapia psicológica de seguimiento y mantenimiento de los hábitos relacionados con la actividad física. Siguiendo las recomendaciones del consenso SEEDO (2007) para el tratamiento de la Obesidad en Población adulta, el objetivo inicial se situará en una pérdida del 10% del peso corporal basal (GPC, 2009) en adultos. En población infantil y adolescente se considera aceptable un Índice de Masa Corporal por debajo del Percentil 85.
3. En usuarios jóvenes, **esta modificación de hábitos debe extenderse al núcleo familiar**. Consideramos a la familia, un agente de cambio activo en este proceso de transformación del estilo de vida. ○○○

4. La literatura disponible sobre la obesidad señala que hasta en el 95% de casos no es atribuible a causas orgánicas. Los mismos autores consideran la sobrealimentación como un fracaso en la identificación y manejo de ciertas emociones intensas. Uno de los objetivos de este programa es el de entrenar a los participantes en la capacidad de **reconocimiento emocional** y la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento de las demandas tanto externas como internas.

5. En línea con el objetivo anterior, el descontrol alimentario que ha fomentado la obesidad incluye una alteración en los mecanismos **reguladores del hambre y saciedad**. Estos mecanismos serán reeducados con la finalidad de recuperar su valor adaptativo inicial. Algunos autores han advertido de la existencia de ciertas carencias en el estilo relacional empleado por las personas obesas. El abordaje de las **habilidades sociales** constituye también un objetivo de nuestro programa de tratamiento.

6. En caso de producirse, se abordará las **posibles alteraciones de conducta**, asociadas muchas veces a esta problemática en edades jóvenes y que conduce a importante conflictividad familiar y en algunos casos aislamiento del grupo de iguales. Puede llegar a hurtos para conseguir cierta comida vetada por la familia, absentismo escolar, mentiras frecuentes...

7. Por último se abordarán algunos **aspectos psicológicos y psicopatológicos** derivados de la misma situación de obesidad y que mantienen el problema dificultando el cambio necesario para la recuperación.

Algunos de estos aspectos son:

- Insomnio y otros trastornos del sueño
- Bajo nivel de autoestima
- Irritabilidad
- Llanto, miedo, angustia sin que exista un factor detonante
- Autoculpabilización
- Agresividad auto y heterodirigida



4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

- Para ambos sexos, el percentil ha de ser superior a 97 para la obesidad. (IMC a partir de 30)
- Para ambos sexos, el percentil ha de ser superior a 90 en sobrepeso. (IMC 26-30)
- Problemas endocrinos asociados a malos hábitos alimentarios.
- Edad comprendida entre los 7 y los 18 años para el programa infanto-juvenil. A partir de 18 años seguirán el programa de adultos.
- Los grupos se distribuirán entre un mínimo de 5 y un máximo de 15 pacientes.

EXCLUSIÓN

- Síndromes genéticos
- Endocrinopatías
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos reactivos de la vinculación
- Coeficiente Intelectual inferior a 75
- Obesidad o sobrepeso explicado por un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.





5. EVALUACIÓN

5.1. Médico-nutricional

HISTORIA MÉDICA.

- Exploración física y antropométrica: constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura), por aparatos, talla, peso, IMC, pliegues cutáneos (tricipital, abdominal,...), perímetros (cintura, tórax, muñeca,...), diámetros.
- Actitud y comportamiento (presencia de signos de ansiedad o depresión).
- Exploración de la piel y las mucosas.
- Rasgos dismórficos faciales y corporales.
- Presencia de hepatomegalia.
- Estadio de desarrollo puberal.
- Presencia de adrenaquia prematura.
- Analítica general, con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas, para valorar la presencia de otras patologías asociadas.
- Valorar presencia de alteraciones ortopédicas compensatorias.
- Considerar la derivación a la consulta de endocrinología de referencia.
- Pruebas complementarias: analíticas, funcionales respiratorias, ECG, curva ponderal pediátrica desde el nacimiento.
- Alergias.
- Tratamiento farmacológico.
- Antecedentes fisiológicos: ritmo intestinal, ritmo miccional, historia menstrual.

- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
- Realizar una historia familiar completa.
- Antecedentes patológicos.

HISTORIA NUTRICIONAL Y PONDERAL.

- Alimentación neonatal y 1ª infancia (materna/artificial).
- Introducción alimentos y tolerancia.
- Los hitos del desarrollo psicomotor, las enfermedades y/o tratamientos previos o actuales.
- El momento de inicio y progresión de la ganancia ponderal, y la eventual existencia de posibles fenómenos desencadenantes.
- Interrogatorio alimentario (de un día tipo): nº comidas, nº platos en cada comida, horarios.
- Valorar el estilo de vida del niño, la niña o el adolescente, explorando preferentemente sus hábitos dietéticos.
- Curva ponderal: desde recién nacido hasta la actualidad.

5.2. Actividad física

- Educación física en la escuela.
- Deporte extra en escuela.
- Deporte tiempo libre.
- Actividad diaria: desplazamientos, tipo de juegos.
- Cálculo gasto calórico.
- Valorar la predisposición al cambio (adquisición de hábitos saludables, dietéticos y de ejercicio físico), tanto en el menor como en su entorno familiar. ○○○



5.3. Psicológica

INDIVIDUAL

- Anamnesis
- Bateria de exploración psicopatológica de TCA básica
- Coeficiente intelectual
- Personalidad
- Estilo de afrontamiento
- Motivación al cambio
- Autoestima
- Relaciones Interpersonales
- Habilidades sociales

FAMILIAR

- Exploración relaciones familiares
- Exploración del clima familiar
- Estilos de afrontamiento familiar
- Hábitos alimentarios familiares
- Relación entre familia y otros agentes sociales

5.4. Psiquiátrica

- Patología general
- Ansiedad
- Depresión
- Eje II tratamiento de la personalidad, trastornos de conducta y del desarrollo
- Pauta psicofarmacológica



6. EQUIPO PROFESIONAL

MÉDICO NUTRICIONISTA

- Diagnóstico y tipificación de la alteración ponderal.
- Valoración del estado físico actual.
- Descartar posibles causas de obesidad secundarias a síndromes genéticos o Endocrinopatías.
- Detección de patologías asociadas a la obesidad.
- Valoración de pruebas complementarias.
- Evaluación curva ponderal y medidas antropométricas.
- Controles analíticos, constantes vitales y crecimiento.
- Evaluación nutricional de las familias y pacientes.

ENFERMERA

- Realizar esquema alimentario para el paciente.
- Proporcionar pautas de educación nutricional al niño y a la familia.
- Dar pautas alimentarias para la familia.
- Motivar e implicar a la familia en el cambio de hábitos alimentarios.
- Control del seguimiento, tolerancia y aceptación de la dieta por parte del paciente y de la familia.
- Controles ponderales, talla y IMC.
- Realización curva ponderal y determinación del percentil correspondiente.
- Control TA y medidas antropométricas.

PSICÓLOGO

- Efectuar la evaluación psicológica.
- Dirigir las terapias y talleres de grupo.
- Gestionar el programa de apoyo psicológico individual y grupal.
- Realizar intervenciones familiares.
- Desarrollar estrategias motivacionales.



- Fomentar la adhesión al tratamiento a través de los espacios terapéuticos.
- Mejorar la capacidad y el manejo de las emociones.
- Proporcionar técnicas para evaluar y reconocer emociones vinculadas a la comida y aprender a manejarlas.
- Entrenar en técnicas de autocontrol.
- Fomentar una buena autoestima y aceptación del autoconcepto más allá de la imagen corporal.
- Mejorar las relaciones sociales y desarrollar habilidades de relación.

PSIQUIATRA

- Diagnóstico y tipificación de la alteración ponderal
- Valoración del estado físico actual
- Detección de patologías asociadas a la obesidad

EDUCADOR FÍSICO

- Coordinar el programa de actividades deportivas
- Promover hábitos saludables y mejorar la calidad de vida.
- Educar e instaurar hábitos de actividad física.
- Promover dinámicas que ayudan a enriquecer la comunicación con los demás y elaborar un trabajo cognitivo e intelectual además de una cultura física.
- Promover el movimiento como factor educativo Ofrecer el conocimiento necesario para las prácticas corporales y deportivas como actividades de ocio activo.
- Generar hábitos y actitudes positivas hacia la práctica de actividad física como experiencia lúdica, fuente de salud y utilización de tiempo libre.
- Planificar actividades en función de las necesidades de cada niño.

MONITOR DE TIEMPO LIBRE

- Promover la adquisición de actitudes, hábitos y destrezas para la gestión del tiempo libre activo.
- Coordinar las actividades lúdicas de tiempo libre.
- Programar dinámicas de grupo como el juego, deporte, talleres lúdicos para promover la actividad.
- Facilitar el progreso como individuo y grupo.
- Educar, formar, enseñar, incentivar y divertir al niño y al grupo.
- Fomentar la participación activa de cada miembro.
- Transmitir optimismo para activar al niño.
- Crear un clima de confianza y apoyo entre los miembros.
- Organizar y planificar el tiempo libre. Educar en tiempo libre.
- Responsabilizarse del cuidado, entretenimiento y diversión.
- Enseñar a disfrutar del tiempo libre y evitar sedentarismo.
- Establecer hábitos de conducta en relación a su vida diaria. (higiene, orden, ritmo de actividades y descanso, alimentación y nutrición)
- Asignar tareas de responsabilidad y compromiso.
- Ayudar en el proceso educativo fomentando las cualidades de cada miembro.
- Crear un clima favorable y educar las actitudes negativas de cada miembro
- Aprender a valorar el ocio como factor de equilibrio para lograr el desarrollo armónico de la personalidad.



7. MODELO DE TRATAMIENTO

Nuestra experiencia en trastornos alimentarios (TCA) y especialmente en aquellos pacientes resistentes de difícil adherencia al cumplimiento y seguimiento de los tratamientos, nos lleva a pensar en ciertos paralelismos con el trastorno que aquí nos ocupa. Es por ello, que al igual que en los TCA, optamos por la elección de un abordaje integral, capaz de acercarse a la complejidad que requiere el tratamiento de la obesidad y los programas terapéuticos de ITA están diseñados siguiendo los últimos avances recogidos en torno a las investigaciones realizadas en TCA.

El **Manejo Integral** busca el estado saludable del paciente, que resulta de tener en cuenta su estado físico y emocional. Esto se realiza a través de:

- Desarrollar un modelo terapéutico personalizado.
- El tratamiento no debe focalizarse exclusivamente en los objetivos del peso.
- Adaptar el tratamiento al paciente y no el paciente al tratamiento.
- Tener en cuenta: género, edad, familia, nivel de estudios.
- Integrar el programa de tratamiento, facilitando aspectos de auto-cuidado y de salud del paciente.
- Conocer y evaluar las expectativas.
- Permitir modificaciones al programa en base a la respuesta del paciente.
- Considerar en todo momento el entorno familiar, ya desde su inicio en la evaluación del problema hasta en el programa de intervención. La familia también será importante en el mantenimiento de los logros conseguidos y de las dificultades encontradas.
- Adherencia: minimizar la resistencia al tratamiento y el abandono del mismo representa uno de los objetivos transversales, tanto para la consecución de los objetivos propuestos, como para su mantenimiento. Uno de los retos de nuestro tratamiento consiste en implicar activamente al paciente en su recuperación

En el programa de intervención que pasamos después a describir se hace partícipe al joven y a la familia. A cada uno nos acercamos con diferentes estrategias, es toda la familia la que debe ejecutar cambios y deberá

mantenerlos, y a su vez la familia se constituirá en el mejor modelo a seguir de mantenimiento de buena conducta y funcionamiento. Apuntamos, finalmente una serie de estrategias que dirigimos específicamente a la familia, por su rol, madurez y capacidad de producir una serie de cambios que van a beneficiar a todo el sistema.

El tratamiento, como ya hemos comentado, es interdisciplinar para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática.

En el programa de intervención se trabajará, no sólo desde la educación e instauración de hábitos nutricionales y de actividad física, sino en el que se incluyen estrategias motivacionales orientadas a conseguir aquellos cambios personales y familiares necesarios para favorecer la conciencia de problema y la adherencia al tratamiento.

No sólo es un aprendizaje psicoeducativo, sino mucho más complejo, que en algunos casos va a requerir de una hospitalización residencial breve para poder llevar a cabo de modo intensivo muchos de los objetivos descritos.

Principales aspectos psicológicos que se tienen en cuenta para un tratamiento adecuado de la obesidad son:

- Motivación mantenida para el cambio
- Intervención en habilidades sociales
- Autocuidado personal y autoestima
- Hábitos de actividad física
- Hábitos familiares y personales relacionados con la alimentación y el tiempo libre

En ITA planteamos este abordaje de una forma integradora y multidisciplinar, desde diferentes recursos, graduando la intensidad en el tratamiento y el grado de control en la estrategia de intervención, en función de las necesidades de cada individuo y de su familia. ●●●



8. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

8.1. Terapia de Activación Conductual

Procedente de las terapias de tercera generación para la depresión, la Terapia de Activación Conductual (AC) sostiene que las conductas que caracterizan a las personas obesas juegan un papel significativo en el mantenimiento de la condición obesa, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro.

La AC considera que buena parte de las conductas realizadas por la persona obesa, funcionan en realidad como una forma de evitación conductual de importantes ámbitos de la vida en los que la persona no encuentra suficientes situaciones recompensantes. Por el contrario, la mayoría de contextos se perciben como aversivos, y por tanto a evitar. Los jóvenes obesos han abandonado progresivamente todas las áreas de su vida, reduciendo así las actividades recompensantes a la ingesta de alimentos.

Mediante la AC se enfatizan los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan más probable el contacto con experiencias recompensantes, de acuerdo con sus intereses, valores y cuidado de la salud. En vez de esperar a que se inicie la pérdida de peso para aumentar la actividad, se pretende “poner en marcha” o “activar” a la persona a pesar de continuar estando obesa.

8.2. Intervención en otros aspectos psicológicos

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES (HHSS)

Consiste en una capacitación en habilidades interpersonales. El objetivo es hacer frente de manera funcional a los requisitos de la interacción con los otros. Incluye regulación de la ira, entrenamiento en asertividad, habilidades metacognitivas y comunicativas, tanto en su vertiente verbal como no verbal. El fomento de la empatía resulta un claro facilitador de todos estos procesos. ○○○

TERAPIA DE IMAGEN CORPORAL

El objetivo de este espacio es el de desarrollar una imagen corporal sana, entendiendo esta como la representación mental del propio cuerpo. En este tipo de pacientes la imagen corporal esta infra o sobredimensionada. Por ello, un aspecto fundamental a tratar en esta terapia consiste en reajustar el peso que tiene la imagen corporal en la autoestima.

HABILIDADES EN EL RECONOCIMIENTO Y MANEJO EMOCIONAL

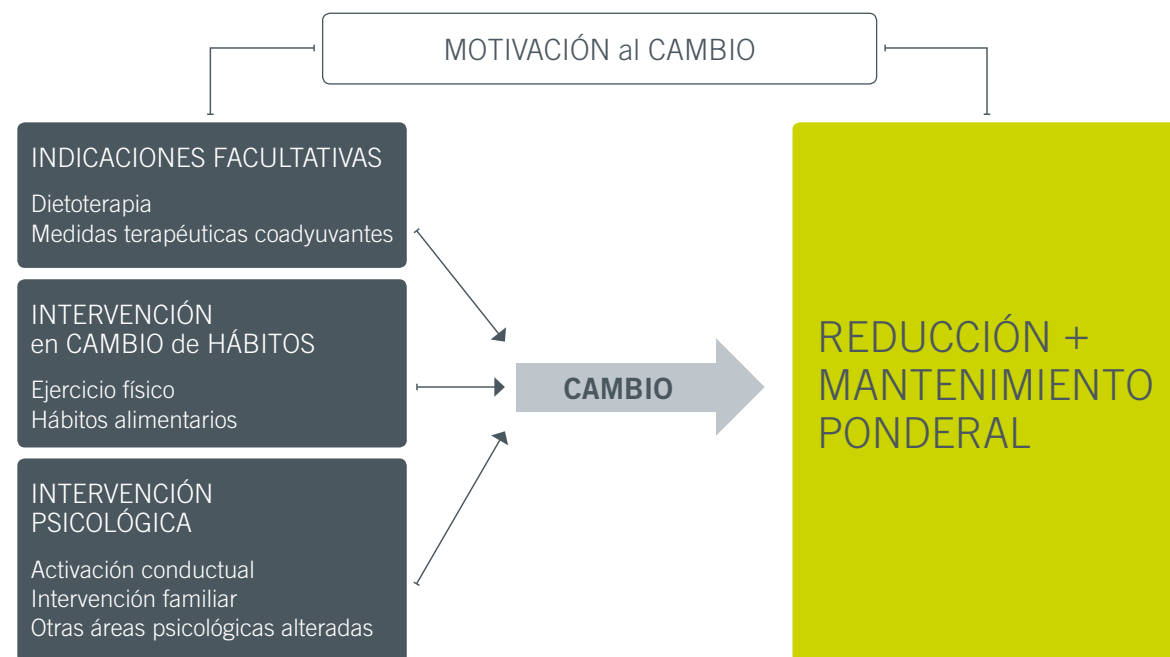
Con este grupo de trabajo con las emociones se pretende abordar un área comúnmente alterada en personas obesas. Se ha comprobado que estas personas presentan dificultades en el reconocimiento de estados emocionales. A su vez, estas dificultades desencadenan reacciones emocionales inadecuadas, haciendo sentir a la persona 'fuera de control' y generando un rechazo social que, a menudo, complican el problema. Se persigue fomentar el autoconocimiento emocional, y encontrar estrategias adecuadas para la gestión de las emociones.

8.3. Monitorización de la motivación al cambio

Se monitoriza momento a momento la etapa motivacional por la que está transitando cada usuario en su proceso de intervención. Esta monitorización cobrará especial relevancia en momentos de cambio en las prescripciones nutricionales o de actividad física.

La monitorización del proceso de motivación al cambio asegurará una óptima traducción de las intervenciones específicas en el resultado que se persigue. Se debe verificar el estadio motivacional después de cada intervención específica.

Aplicamos el modelo de motivación al cambio desarrollado originariamente por Prochaska en el contexto de la terapia de las toxicomanías y replanteado para los trastornos alimentarios por el Dr. Luis Beato.



8.4. Estrategias de adherencia terapéutica

La adherencia es un proceso dinámico y continuo. Es frecuente una discrepancia entre lo que el paciente está dispuesto a hacer y lo que el clínico pretende prescribir. Es importante detectar los momentos en los que se produce esta discrepancia, puesto que su superación resultará indispensable para el cumplimiento de la estrategia terapéutica.

8.5. Talleres psicoeducativos

Semanalmente se realizan espacios psicoeducativos en formato grupal con el fin de dotar al paciente y a su familia de las capacidades necesarias para el adecuado manejo de sus hábitos de salud.

TALLER DE HÁBITOS SALUDABLES (alimentación y actividad)

Talleres interactivos y dinámicos dirigidos, a la familia principalmente, y al niño y adolescente, en los que se favorece el conocimiento, las necesidades y programación de un estilo de vida saludable, adaptadas a cada caso particular.

No se parte únicamente de los principios alimentarios básicos asociados a la pirámide nutricional, sin olvidar las necesidades personales de cada caso, trabajamos, desde sus preferencias y con un sistema de economía de fichas, utilizando el juego y la motivación.

TALLER DE AUTOCUIDADO PERSONAL

El autocuidado se refiere al conjunto de prácticas adoptadas por el individuo para ejercer un mayor control sobre su salud. Con este taller se pretende fomentar el desarrollo de un compromiso activo y eficaz con el cuidado de la propia salud.

La persona con sobrepeso u obesidad presenta un abandono de este compromiso con la propia salud que discurre en paralelo al abandono de ciertas actividades y relaciones sociales. Volver a recuperar este compromiso repercute decisivamente en la recuperación de la autoestima necesaria para seguir el programa.

TALLER DE OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Una adecuada gestión del tiempo libre supone un importante requisito para impedir la sobrealimentación. Entre los afectos negativos que el paciente obeso pretende reducir a través de la ingesta de alimentos, destaca el aburrimiento.

Por otro lado, el aislamiento social, junto con la ineficaz estructuración del tiempo observada en estos pacientes, sugiere la necesidad de ampliar, organizar y flexibilizar los espacios de ocio. Este espacio fomenta la interacción con los demás, el afrontamiento de ciertas áreas evitadas con anterioridad y la adecuada gestión del tiempo dedicado a cada una de ellas.

Este taller está dirigido también a las familias, pues muchas de ellas pueden necesitar una ayuda en la organización y supervisión de la organización de su tiempo libre actual orientado a los objetivos que dirigen nuestro programa.



8.6. Intervenciones especiales con la Unidad familiar

TERAPIA FAMILIAR

Nuestro programa de tratamiento integral requiere de una coordinación continua con la familia. Además incluye intervenciones específicas con el núcleo familiar en el que se asienta el paciente. Estas intervenciones serán de especial relevancia durante las primeras fases del tratamiento y sobretodo en población adolescente. Cuando sea necesario se deberá intervenir en la estructura familiar poniendo especial atención en el rol que desempeña la obesidad en el núcleo familiar.

Por otro lado, algunas familias acostumbran a vivir la obesidad de uno de sus miembros con culpabilidad, vergüenza o negación. Estas emociones pueden ser generadoras de hostilidad, criticismo o sobreprotección, con lo que dificultan el proceso de recuperación y el mantenimiento de la misma. Intervenir en el nivel comunicacional resulta imprescindible para maximizar las posibilidades de éxito.

TALLER DE COCINA

Espacio que tiene por objetivo principal la reeducación de una relación más saludable con la alimentación. Por un lado se transmiten conocimientos nutricionales y por otra se intenta asegurar un cambio en los hábitos alimentarios de la familia y/o paciente. Incluye un espacio para la manipulación de alimentos y la confección de un menú saludable, desde la adquisición de los productos necesarios hasta su elaboración.



9. RECURSOS TERAPÉUTICOS

Atendiendo a la evaluación personal de las necesidades individuales y familiares de cada caso, el equipo clínico decidirá si el tratamiento se organizará en nuestra unidad ambulatoria, o bien requerirá de un breve período de intervención residencial de 24 horas o de algo menos intensivo, como puede ser un programa a tiempo parcial que luego explicaremos. En cualquier caso, siempre se pretende, que el resultado final sea un seguimiento externo, menos intrusivo en la vida del menor y que pueda combinar con sus actividades académicas y sociales, aunque no debe olvidarse, que la atención temporal de una intervención intensiva asegura muchas veces un éxito, inalcanzable por otras vías de recuperación.

A. PROGRAMA RESIDENCIAL

Este programa supone una estancia en un centro residencial durante 24h y permite al equipo realizar una evaluación de la respuesta ponderal a los nuevos hábitos que queremos instaurar muy controlada. Especialmente en aquellos casos en los que existe resistencia importante para una pérdida de peso y/o de mantenimiento en la misma.

La situación temporal de separación de la familia permite el trabajo con sus miembros y les permite prepararse para la siguiente etapa de tratamiento, en la que el joven vuelva a casa.

Este programa supone la instauración de un tratamiento multidisciplinar intensivo (psicológico, médico y de actividad física), muy activo y personalizado, y un control exhaustivo del resultado del mismo. Combinado con el trabajo familiar y la valoración de éste, va a permitir diseñar las siguientes etapas de la intervención.



B. PROGRAMA PARCIAL

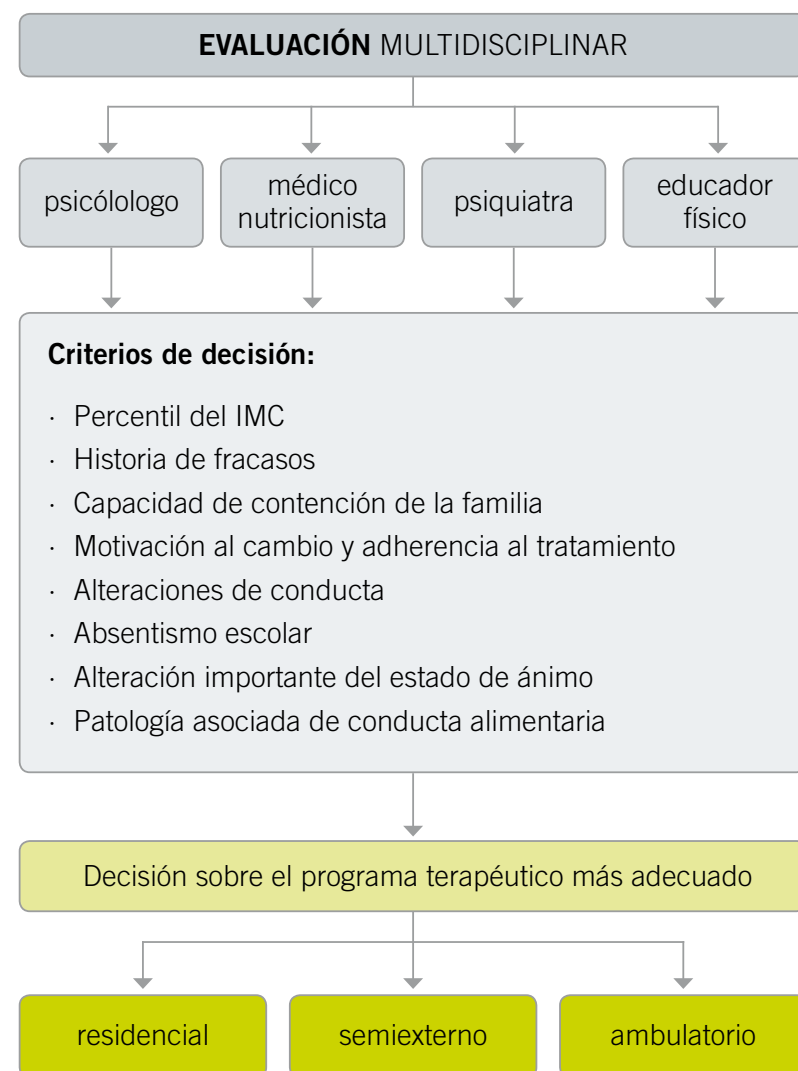
Este programa se desarrolla a lo largo de 2-4 bloques semanales, según las necesidades de cada caso. Atendido también por todo el equipo multidisciplinar, se combinan visitas individuales con espacios grupales. Al igual que en el resto de programas, hay espacios dirigidos exclusivamente a las familias. Conforme el joven y/o niño mejora disminuyen los días de asistencia al programa, hasta llegar a dos bloques semanales.

C. PROGRAMA AMBULATORIO

Seguimiento ambulatorio, realizado también por el equipo multidisciplinar, tanto con la familia como con los jóvenes y/o niños. Se mantienen, según sean necesarios, los bloques de tiempo que requiera el educador de actividad física.

La periodicidad de estas visitas dependerán de las necesidades de cada caso, desde 2 a la semana, hasta un seguimiento mensual.

CIRCUITO DE TRATAMIENTO



ita.

institut de trastorns alimentaris

Hospital ITA Barcelona

C/ Cavallers, 37, 08034 Barcelona

tel. 902 00 77 78 · fax. 93 253 02 43 · e-mail: info@itacat.com

Hospital ITA Cabrils

Quatre Camins, 12, 08348 Cabrils

tel. 93 753 00 62 · fax. 93 753 32 88 · e-mail: info@itacat.com

<http://www.itacat.com>