

5. Colaboraciones

Aspectos de la intervención al paciente obeso

M.C. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO
UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, teóricamente se entiende a la obesidad como un exceso de grasa o tejido adiposo determinado por un (IMC) Índice de Masa corporal entendiendo como este el criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado. Obesidad es un exceso de grasa corporal (IMC > 30) , mientras que el sobrepeso, es un estado pre-mórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. Pero aun cuando el IMC es de gran utilidad, no lo es todo ya que el proceso de diagnóstico debe comprender la comparación de la información acerca de los síntomas, el historial de vida, el funcionamiento actual de una persona con categorías preestablecidas de trastornos psicológicos.

Los resultados de la evaluación y por consiguiente el diagnóstico que se obtenga dependerá de las técnicas evaluativas que se utilicen; Las utilizadas en del programa son aquellas que han sido ampliamente analizadas y consideradas como las más adecuadas para el caso de obesidad. La evaluación se realizará a partir de la utilización de entrevistas, auto registros y cuestionarios o inventarios.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

La entrevista es la primera técnica que se debe de utilizar, ya que es a través de ella se obtiene información general sobre aspectos generales de la vida del paciente relacionados con sus relaciones familiares, sexuales y de pareja, sociales, actividades físicas, recreativas y productivas, así como factores motivacionales y cognitivos, estado de salud, problemas psicológicos que pudieran estar influyendo en la aparición y mantenimiento de la obesidad.

Historia clínica. La cual abarca ficha de identificación, datos clínicos de la persona, sus intereses y ocupaciones, datos laborales, información sexual, datos sociales y condiciones específicas como los factores relevantes en cuanto al problema del paciente, los hábitos de alimentación y de actividad, expectativas y autoimagen del paciente, así como la presencia de antecedentes familiares de obesidad.

Autoregistro de comida y de bebida. En este se registra el día, la hora, el tiempo empleado en comer, cantidad de hambre actividades realizadas mientras se come; lugar, tipo de bebida y comida y además el estado de ánimo en el cual se encontraba la

persona durante la ingesta. Primero durante una semana en la cual se le da al paciente la indicación precisa de no cambiar sus hábitos y dieta que regularmente lleva a cabo en su vida diaria. Después como una técnica de autocontrol a partir del auto supervisión u autoobservación, que a su vez deberán ser cotejadas con el auto registros de actividad física con el fin de encontrar incongruencias entre consumo y gasto calórico. Se necesita evidencia objetiva acerca de la naturaleza del problema, y es en este rubro donde los autoregistros de consumo de alimentos y situaciones en las que estos se consumen se vuelven imprescindibles. Con el objetivo de tomar conciencia - en el sentido del "darse cuenta de" - de lo que se ingiere en cada momento y de las variables que controlan la ingesta, es decir a partir de revisar junto con el paciente estos registros se puede identificar regularidades y patrones importantes, esto a su vez permite al psicólogo como al paciente mismo examinar las posibles soluciones.

Autoregistro del ejercicio físico. Se registra el tiempo dedicado a actividades como pasear, caminar, subir y/o bajar escaleras, montar en bicicleta, tabla de gimnasia, deportes, tareas domésticas y otras actividades físicas. Se utiliza con el fin de identificar el grado de actividad que realiza el paciente y por consiguiente el gasto de calorías diarias, que al compararse con los registros de comida y bebida, en algunos casos nos podrían dar una clara idea de la naturaleza u origen del problema, además resulta importante ayudar al paciente a identificar sus propios patrones de sedentarismo que pudieran estar influyendo en el mantenimiento del problema.

Obtención de graficas de peso semanal. En esta se registra el avance o retroceso del peso corporal del paciente. Se realiza cada semana junto con el paciente.

INTERVENCIÓN

Se parte del supuesto de que la adecuada atención de las personas que presentan obesidad sea de forma interdisciplinaria y posteriormente multidisciplinaria, por lo que dentro del programa integral además de la labor del psicólogo se trabaja directamente con un médico, donde cada uno pone en práctica los conocimientos y técnicas propios de su especialidad. Lo anterior para lograr que el tratamiento sea el más adecuado y se cuente con una mayor efectividad y eficacia para:

- Establecimiento del peso homeostático.
- Atención de factores psicológicos relacionados con el origen y mantenimiento de la obesidad.
- Atención integral del paciente.

Recibido en 17 de mayo de 2019.
Aceptado el 21 de febrero de 2020.

El tratamiento psicológico propiamente dicho, se centra en el aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo conductuales dirigidas a la mejora de hábitos de alimentación, modificación de las distintas variables psicológicas que intervienen en la aparición y mantenimiento de la obesidad (por ejemplo, depresión, ansiedad, pensamientos Irracionales, inadecuada resolución de problemas).

Para cubrir dichos objetivos dentro del tratamiento, el enfoque cognitivo – conductual cuenta con una gran variedad de técnicas, cuya utilización dependerá de las características particulares de la problemática de cada uno de los pacientes y de la información obtenida a partir de los diferentes registros, entrevistas e inventarios que se obtendrán dentro del proceso de evaluación.

- Sesiones informativas acerca de la obesidad: Se toma como punto de partida la cantidad y veracidad de información que el paciente tenga acerca de la obesidad como enfermedad, a partir de delinear este aspecto se procede a informar lo más posible al paciente acerca de su trastorno y de las variables asociadas al mismo. Se busca generar el comienzo de una adecuada educación nutricional centrada en una dieta equilibrada.
- Reestructuración Cognitiva: A la conducta de ingesta se asocia un gran número y variedad de pensamientos negativos, irracionales, por lo que se recomienda la utilización de

técnicas que tengan por objetivos de que el paciente aprenda a detectar, analizar y cambiar estos pensamientos.

- Establecimiento de actividad física adecuada a la situación actual de cada paciente. El obeso tiene que empezar por caminar todos los días, aumentar la duración de las caminatas, subir escaleras, y otros ejercicios para que aumente su movilidad. Es recomendable introducirlos gradualmente para que el paciente no se sienta abrumado y tenga suficiente tiempo para practicar e integrar a su persona cada una de las nuevas conductas.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Barquera-Cervera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.
- Comité Nacional de Nutrición. Disponible en: <https://sap.org.ar/uploads/consensos/obesidad-gu-iacuteas-para-su-abordaje-cl-iacutenico-2015.pdf>. Acceso 4-04-2018.
- Setton, D. y Sosa, P (Coord.) (2015). Obesidad: guías para su abordaje clínico/3.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E.B., Gómez-Acosta, L.M., Morales-Ruán, M. C., Hernández-Ávila, M., & Rivera-Dommarco, J.Á. (2018). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 60(3), 244-253.



Plenitud 2 2018 RSGR Archivo personal