

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 26, No. 1, 1997 [ver índice]

MANEJO DE LA OBESIDAD A TRAVÉS DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO

Dr. Carlos Grekin Garfunkel
Jefe de la Unidad de Asistencia Nutricional
Hospital Militar de Santiago
Coordinador General
Programa Obesidad Alcantara

La obesidad es a menudo un problema frustrante, tanto para el médico como para el paciente. Su causa rara vez es clara, considerándose su etiología como multifactorial, ya que participan factores genéticos, endocrinológicos, metabólicos, ambientales y psicológicos, los que determinan un balance calórico positivo secundario a una mayor ingesta alimentaria o un menor gasto energético. Su prevalencia en Chile es alta en el adulto, considerándose un factor de riesgo para la salud, lo cual se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad.

Su tratamiento está lleno de dificultades y fracasos, ya que los resultados en gran medida son dependientes del autocontrol alcanzado por el paciente y de obtener un cambio permanente en su estilo de vida.

Enfrentamiento multidisciplinario

Los principios fundamentales del tratamiento son básicamente los mismos que hace 20 años, considerando en los programas conservadores dieta, modificaciones conductuales y ejercicio. Quizá los cambios fundamentales se basan en considerar a la obesidad como una patología crónica que requiere de tratamiento a largo plazo y su mejor evaluación en cuanto a factores pronósticos y resultados.

El profesional o equipo tratante debe mantener una actitud crítica frente a la demanda real o excesiva de atención en obesidad, a fin de definir en forma adecuada indicaciones, objetivos y limitaciones del tratamiento. La demanda por atención puede surgir por derivación médica al especialista o programa multidisciplinario, pero también espontáneamente y en forma mayoritaria por el paciente, cuya solicitud se debe evaluar, proponiendo una terapia proporcional al problema planteado.

Antes de decidir una conducta terapéutica, se debe efectuar una evaluación clínica completa, que nos permita, entre otras cosas, reconocer los factores causales, la intensidad y evolución del sobrepeso, la presencia de patologías asociadas, el grado de motivación del paciente, las características de distribución de la grasa corporal y la presencia de patologías asociadas, limitantes o no del tratamiento, diagnosticadas y no diagnosticadas previamente. El laboratorio clínico y de evaluación nutricional juega un papel fundamental de apoyo diagnóstico y de seguimiento en la evolución.

El enfrentamiento multidisciplinario debe considerar objetivos terapéuticos reales, integrando al criterio médico los contextos sicosocial, económico y cultural del paciente, junto a las metas de peso a perder y el objetivo de mantención a largo plazo.

Definir en forma adecuada los objetivos individuales no es fácil. Las distintas acciones para alcanzar el objetivo propuesto en forma individual, deben estar integradas entre los miembros del equipo multidisciplinario compuesto por médicos, nutricionistas, kinesiólogos y psicólogos.

La obesidad y la historia personal del paciente generan actitudes y comportamientos que se pueden considerar comunes o característicos de los pacientes obesos. Es frecuente que el paciente manifieste la necesidad de recurrir a la comida como elemento compensatorio del sentimiento de culpa en relación con la imagen o conducta alimentaria. También a menudo tiene dificultad para manejar la frustración, concomitante con una disminución de la autoestima y distorsión de la imagen corporal. En este sentido, la obesidad es un elemento más que se suma a un todo, por lo que es inadecuado considerar hoy día la baja de peso como único objetivo del tratamiento. Hacerlo condena al paciente al fracaso desde el inicio. El enfrentamiento integral debe pretender, hasta donde sea posible, modificar las características que definen al individuo obeso y los factores causales y los factores de riesgo asociados. El proceso de cambios para el paciente tienen como objetivo modificar su estilo de vida a largo plazo en las áreas que a continuación se detallan.

Conducta alimentaria

La dietoterapia propuesta tiene como objetivo inicial lograr un balance calórico negativo que contribuya a la pérdida de peso. Es necesario motivar al paciente para que adhiera a la dieta. La motivación y adhesión son elementos muy frágiles, por lo que el sistema debe considerar controles individuales y actividades grupales que contribuyan a perpetuarlas. Las actividades con los distintos especialistas del equipo tienen como objeto educar nutricionalmente al individuo, entregando conocimientos sobre la composición y el valor calórico y de saciedad de los alimentos. Además deben entregar las herramientas que permitan al paciente adquirir en forma progresiva un mayor control sobre la conducta alimentaria, pilar fundamental para intentar mantener a largo plazo el objetivo alcanzado. La dieta es una de las herramientas más adecuadas a utilizar para lograr los cambios que requiere el tratamiento, por lo que debe ser personalizada, respetando los objetivos, hábitos sociales, laborales, gustos, religión y estrato socioeconómico.

Actitud y actividad física

Numerosas razones fundamentan la incorporación de la actividad física regular y eficiente en un programa integral y multidisciplinario de tratamiento de la obesidad. Como única estrategia, el ejercicio físico es ineficaz para el logro de una baja de peso significativa, pero combinado con la dieta hipocalórica contribuye a mejorar la magnitud de pérdida de peso, modifica favorablemente el metabolismo de grasas e hidratos de carbono, mejora la sensibilidad periférica a la insulina, contribuyendo a disminuir la compulsión y voracidad por comer. En lo psicológico, puede tener un rol modulador positivo, mejorando la sensación de

bienestar y autoestima, al permitir al paciente mejorar su capacidad física e imagen, con una mejor relación corporal. Quizás su papel más trascendente se relaciona con las estrategias de mantención de peso y cambios en la composición corporal del individuo.

El obeso debe ser manejado físicamente por un profesional kinesiólogo, especialmente cuando haya patología esquelética asociada y en la obesidad severa o mórbida.

Es complejo definir una metodología adecuada en un programa multidisciplinario, dadas la gran variación de características individuales y la escasa popularidad del ejercicio entre los obesos. En general, debe definirse un criterio de selección adecuado con una indicación personalizada. Se debe contar con la motivación y adhesión del paciente a las actividades indicadas, efectuándose un trabajo tanto individual como grupal que contribuya a fortalecerlas y mantenerlas en el tiempo, mejorando la actitud y relación con su propio cuerpo.

Para alcanzar estos objetivos deben trabajar en conjunto, y muy bien integrados, paciente, kinesiólogo, médico y psicólogo, desarrollando técnicas que modifiquen la conducta, mejoren la motivación, mantengan la adhesión y, por sobre todo, creen la base para que el paciente incorpore la actividad física como un hábito permanente.

Es muy importante efectuar una cuidadosa evaluación de la capacidad física mediante un electrocardiograma de esfuerzo, que también es instrumental en detectar la presencia de complicaciones que pudieran tener importancia en el desarrollo del programa.

Con la intención de optimizar los resultados, se debe aplicar criterios de constitución de grupos que pueden considerar edad, sexo, grado de obesidad, grado de motivación, patologías asociadas, etcétera. Lo importante es conseguir un grupo lo más cohesionado posible, que permita una potenciación de las distintas acciones ejercidas. Es frecuente que a pesar de todos los esfuerzos, se produzca un abandono importante durante la actividad, que puede llegar hasta un 30% o más, dependiendo de varios factores entre los cuales pueden estar la inadecuada fijación de objetivos, el manejo de la dinámica grupal, la calidad del grupo, etcétera.

Modificación del comportamiento

En los pacientes obesos se pueden apreciar con frecuencia variadas manifestaciones psicológicas que podrían jugar un papel predisponente, ser secundarias a la obesidad o ser perpetuadoras de esta condición. El proceso de aprendizaje de los cambios, la modificación del comportamiento y las distintas características psicológicas que se pueden hacer presentes, justifican la incorporación de un sicólogo al equipo multidisciplinario y el enfrentamiento grupal como un instrumento para alcanzar los objetivos.

Los grupos debieran ser homogéneos en cuanto a edad y tipo de obesidad, constituyendo los obesos mórbidos un grupo aparte. Pareciera ser conveniente agrupar a hombres y mujeres de distinto grado de obesidad, conducta alimentaria, nivel social, profesión o actividad, así como también de acuerdo a su personalidad. El objetivo fundamental es actuar como puente para

fortalecer las actividades programadas del médico, nutricionista y kinesiólogo, para inducir el cambio de hábitos en la conducta alimentaria y de actividad física. Esto es esencial en el período en que la motivación tiende a disminuir.

La metodología empleada puede ser muy variada, debiendo en general considerar la historia del paciente, el contexto familiar, social y laboral en que éste se desenvuelve y el conocimiento detallado de los hábitos a modificar. Es fundamental que la metodología considere que los cambios individuales que se producirán van a determinar modificaciones en la relación del paciente con su entorno, por lo que debe entregárseles herramientas de adaptación a ellas y a su nueva situación.

La terapia de conducta representa un cambio fundamental en comparación al esquema antiguo del enfrentamiento de la obesidad, que consideraba listados de alimentos, cantidades y menús permitidos. Actualmente el paciente toma conciencia de la cantidad y calidad de comida que ingiere antes de iniciar un cambio conductual. Se utilizan registros diarios de los alimentos ingeridos, el lugar de alimentación, el entorno, sus sentimientos al momento de comer y el grado de apetito, analizándose esta información individual y grupalmente con los distintos miembros del equipo multidisciplinario. Uno de los objetivos fundamentales es quebrar las asociaciones adquiridas entre las señales ambientales y la ingestión de alimentos, modificando la conducta de tal manera que permita controlar los estímulos y manejar el ambiente.

El psicoanálisis y la psicoterapia no han representado un gran aporte en el control de peso. En cambio, el tratamiento de la conducta alimentaria y la aplicación de técnicas cognitivas conductuales representa hoy, a pesar de sus limitaciones y dificultades, una de las mejores alternativas en el manejo de la obesidad leve o moderada, ya que ha demostrado mayor eficacia a corto y mediano plazo (1 a 2 años).

En resumen, el tratamiento debe ser personalizado, aunque sea efectuado grupalmente. Debe respetar los objetivos generales expuestos, con la flexibilización que cada caso demande. Sus acciones y contenidos deben ser accesibles a todos los pacientes, a fin de facilitar su incorporación, comprensión y adhesión. El enfrentamiento terapéutico que se propone requiere alcanzar cambios en el estilo de vida a largo plazo, que incluyan aprender a comer en forma adecuada, mantener el peso e incorporar una actividad física regular y eficiente.

Quienes manejen terapéuticamente la obesidad, deben hacerlo dentro de un marco ético, adecuándose a las reales necesidades individuales, ofreciendo un tratamiento controlado, seguro, efectivo, y realista. Es necesario mantener en mente que el objetivo es la disminución de los factores de riesgo.

¿A quienes tratar en forma multidisciplinaria?

A los pacientes con obesidad moderada (IMC 30-40 kg/m²) o severa (IMC >40 kg/m²), éstos últimos con algunas consideraciones especiales, por el hecho de que potencialmente pueden requerir de medicamentos anorexígenos a largo plazo y de cirugía en casos seleccionados. También podrían ser tratados aquellos individuos con IMC inferiores a los señalados, a los

cuales se asocien factores de riesgo cardiovascular u otras patologías cuyo control pudiera ser favorecido con el tratamiento de la obesidad, o quienes han intentado múltiples tratamientos previos sin resultados.

¿Cómo evaluar el éxito de un programa multidisciplinario?

Tradicionalmente se ha considerado exitoso un programa a corto y largo plazo en función sólo del peso perdido y del tiempo por el cual esta pérdida se mantiene. En base a la información de que modestas pérdidas de peso pueden ser beneficiosas para la salud, al reducir los factores de riesgo asociados a la obesidad, (hipertensión, hiperglicemia, dislipidemia) es que estos factores y su control también deben ser considerados cuando se evalúa el éxito de un programa, rompiendo con el paradigma de considerar sólo el peso como parámetro del éxito. Los criterios deben incluir además cambios en la composición corporal en relación a la masa grasa, mejoría de la problemática sicosocial, cambios en la aptitud física, en la conducta alimentaria, etcétera, que debieran ser reevaluados a los 6, 12, 24 y 60 meses.

Nuestro Programa de Obesidad, que se inició en octubre de 1994, ha atendido sobre 200 personas hasta la fecha, contando para ello con un equipo de médicos especialistas en nutrición clínica, nutricionistas, sicólogos y kinesiólogos que integradamente efectúan controles individuales y manejo grupal. Se ofrecen programas de duración variable según el grado de obesidad, que fluctúan entre los 4 y 12 meses y que cumplen con los objetivos generales descritos anteriormente.

Después de la evaluación y antes de ingresar al programa, los pacientes se comprometen por escrito a cumplir a cabalidad con la pauta definida, que considera 2 controles mensuales por médico y nutricionista, 15 trabajos grupales con médico, nutricionista, kinesiólogo y psicólogo, así como un programa de actividad física a cargo de kinesiólogos, de 3 veces a la semana, definido según pauta individual. Terminando su período de tratamiento, el paciente decide si se incorpora o no al programa de mantención, que dura un año.

Los favorables resultados de nuestro trabajo, una tasa de deserción inferior al 1%, la alta adhesión a las actividades programadas y la evaluación final de los pacientes, han contribuido fuertemente a inyectar una gran cuota de motivación a nuestro equipo y a considerar que este enfrentamiento es el más adecuado para este tipo de pacientes. Desde luego es necesario que pase más tiempo para evaluar los resultados a largo plazo.

[Referencias escogidas](#)

1. Contemporary issues in Clinical Nutrition (4) Obesity. Edited by M.R.C. Greenwood. Churchill Livingstone Inc. New York, 1983.
2. Obesidad. Medidas terapéuticas. J.F. Munro. Ediciones Doyma Barcelona 1985.

3. Obesity: Theory and Therapy. Edited by Stunkard A.J. Wadden T.A. Second Edition. Raven Press Ltda. New York 1993.
4. Introduction to Nutrition, Exercise and Health. Frank I. Katch, William D. McArdle. Fourth Edition. Lea and Febiger 1993.
5. Treatment of The Seriously Obese Patient. Wadden T.A. Van Itallie T.B. (EDS). The Guilford Press. New York 1992.
6. Maiz A., Kehr J., Grekin C., Reyes R., Charlin V., Fernández P., Manrique M., Velasco N. Drogas Anorexígenas en el Tratamiento de la Obesidad. Rev. Med. Chile 1995; 123: 637-640.
7. Kopelman P.G., Finer N., Fox K.R. Naso Consensus Statement on Obesity International Journal of Obesity. 1994; 18: 189-191.
8. Stunkard Albert. "Diet, Exercise and Behavior Therapy": A Cautionary Tale Obesity Research; 4: 23-294.
9. Brownell K.D. Exercise and Obesity Treatment: Psychological Aspects. Int-J.-Obes.-Relat.-Metab.-Disord. 1995 Oct; 19 Supply 4: S122-5.
10. Turner-LW; Wang-MQ. Preventing Relapse in Weight Control: A Discussion of Cognitive and Behavioral Strategies. Psychol-Rep. 1995; 77: 651-656.