

# Tratamiento psicológico de la obesidad infantil: principios principales y trampas

[ebook.ecog-obesity.eu/es/evaluacion-psicologica-alteraciones/tratamiento-psicologico-de-la-obesidad-infantil-principios-principales-y-trampas](http://ebook.ecog-obesity.eu/es/evaluacion-psicologica-alteraciones/tratamiento-psicologico-de-la-obesidad-infantil-principios-principales-y-trampas)



**Braet, C, Moens, E. & Latomme, J**

Departamento de Desarrollo, Personalidad y Psicología Social  
Ghent University, Ghent (Belgium)

La Teoría de Sistemas Ecológicos es un marco interesante que captura la interacción multicausal de las características hereditarias, ambientales y del niño que ponen al niño en riesgo de sobrepeso [1]. Esta teoría sirve como una guía para la evaluación multidisciplinaria de la obesidad en la infancia (ver capítulo X) y para el tratamiento. Los beneficios de un enfoque multidisciplinario centrado en hábitos alimenticios saludables, ejercicio moderado y modificación cognitivo-conductual están bien establecidos [2]. Varios estudios han mostrado resultados positivos y alentadores a corto plazo. Este capítulo proporcionará una descripción general de los principales principios del programa de estilo de vida cognitivo conductual para niños obesos. De esta manera, se trabajará tanto con niños como con cómo involucrar a los padres. Sin embargo, también se deben tener en cuenta las dificultades en el tratamiento. Hasta el día de hoy, las intervenciones de obesidad, especialmente para adolescentes y adultos, también se caracterizan por cambios de peso limitados, recaídas y una gran deserción (para adolescentes, ver [3]; para adultos, ver [4]). Este capítulo se centrará en el abandono y abordará algunas acciones estructurales para superarlo.

## **Descripción general de las modalidades de tratamiento**

Después de la fase de exámenes, cuando se indique un programa multidisciplinario, se dirigirá al paciente a un formato de tratamiento, teniendo en cuenta la edad, el grado de sobrepeso, el nivel de motivación y los resultados del examen.

Según la revisión Cochrane [5], para niños menores de 8 años, el tratamiento se centra exclusivamente en los padres. A partir de los 8 años, los niños pueden participar en el tratamiento. Sin embargo, hasta los 12 años, los padres deben ser considerados como los principales agentes de cambio. Los niños con sobrepeso pueden ser tratados en un centro para pacientes ambulatorios con un protocolo estandarizado. Sin embargo, cuando se detectan patologías y / o problemas emocionales durante el examen, se necesitará cuidado individual. Por ejemplo, lidiar con episodios de atracones compulsivos requiere atención especializada, combinando dos protocolos de tratamiento. Cuando se detecta psicopatología, será necesaria una redirección a la atención de salud mental antes de trabajar para controlar el peso. Por otro lado, cuando no se encuentran indicadores psicológicos, se puede iniciar el programa de tratamiento estándar. Este es un programa de comportamiento cognitivo destinado a apoyar un estilo de vida saludable a largo plazo. Esto puede ser en un formato de grupo y consiste en una combinación de consultas nutricionales, físicas y psicológicas. Discutiremos este programa en detalle. Se basa en el trabajo de Braet, Joossens, Mels, Moens y Tanghe, A. [6]. La Tabla 1 ofrece una visión general de todas las técnicas

## **Trabajar con niños y jóvenes: componentes principales y visión general de las intervenciones**

Los principales componentes de un programa de estilo de vida cognitivo conductual son: automonitoreo (completar registros de dieta y / o actividad física), técnicas de control de estímulo (para reorganizar el ambiente), establecimiento de metas y manejo de contingencias, y técnicas de resolución de problemas. Estas intervenciones están dirigidas a apoyar los principales objetivos del tratamiento: (1) aprender al niño a autorregular su comportamiento y resistir la tentación; (2) la instalación de un estilo de vida saludable a largo plazo.

*Autocontrol* . El paciente mantiene un registro de su conducta de comer y beber a diario. Este es un método de evaluación pero también tiene un objetivo terapéutico. Ayuda al paciente a obtener una idea de su patrón de alimentación y comportamiento, lo cual es necesario para trabajar hacia el autocontrol.

Este diario de alimentos guiará la fijación de objetivos a través de todo el programa y se discutirá en cada sesión.

*Consejos nutricionales y de actividad física.* Se brinda educación acerca de qué se entiende por "un estilo de vida saludable". A veces bastan consejos sencillos: beber agua a la hora de comer, elegir productos bajos en grasa, la importancia de un patrón de alimentación estructurado, intermediarios saludables, un desayuno equilibrado ... Estos consejos se basan en las pautas de los centros nacionales de promoción de la salud. Es esencial que estas pautas saludables sean seguidas por toda la familia, no solo por el niño con sobrepeso. También se necesitan pautas sobre cómo incorporar la actividad física. Asesoramos actividades de intensidad baja a moderada durante 30 minutos, como caminar, andar en bicicleta, nadar, bailar, ... También los cambios en el estilo de vida requieren atención, como tomar las escaleras en lugar del ascensor, ayudar con las tareas del hogar, caminar para hacer los cursos, ... Estos consejos conducirán a pequeños objetivos de tratamiento incrustados en un contrato.

*Un enfoque terapéutico conductual del control del peso* consiste en una evaluación semanal de nuevos pasos pequeños y alcanzables. Este es el mismo procedimiento para niños, adolescentes y adultos.

Cada sesión se determina un nuevo objetivo. Esto debe formularse en un contrato con criterios realistas y claros. Los reforzadores para los pasos obtenidos deben incorporarse como un mecanismo de retroalimentación importante. Los reforzadores sociales son la forma más eficiente de retroalimentación. En adolescentes y adultos, este método es parte de un entrenamiento de autocontrol. En cada sesión, se alienta a los pacientes a formular un nuevo paso (fijación de objetivos), llevar un diario de alimentos (observación personal), evaluar el progreso (autoevaluación) e internalizar la retroalimentación (auto refuerzo).

Además, se recomienda encarecidamente que los pacientes restrinjan los lugares en los que comen (solo en la mesa de la cocina), restrinjan los lugares en los que almacenan los alimentos y solo los comen en momentos fijos. Esta técnica de control de estímulos ha sido tradicionalmente exitosa en el tratamiento de la obesidad. El mecanismo es que al restringir los lugares / situaciones de comer el valor memorial de las señales se extinguirá, lo que hace que sea más fácil resistir.

Al igual que en otras intervenciones de comportamiento cognitivo, también en este programa se enseñan destrezas de afrontamiento y resolución de problemas (a partir de los 8 años). El paciente aprende a analizar situaciones difíciles y a formular y evaluar diferentes planes. Estos pasos del entrenamiento de habilidades para resolver problemas están guiados por autoinstrucciones que pueden escribirse en tarjetas de referencia (para apoyar el proceso de aprendizaje). Se administran técnicas cognitivas más avanzadas para detectar pensamientos automáticos y temas centrales. Estos pensamientos son cuestionados para formular cogniciones alternativas (más útiles). Los temas principales que se deben tratar en el tratamiento del sobrepeso son: pensamientos disfuncionales sobre qué y cuándo comer y qué no comer (por ejemplo, "saltarse el desayuno es bueno"); pensamientos disfuncionales sobre la autoimagen y sobre los efectos de una alimentación restringida.

En 2010, Moens, Braet y Van Winckel [7] realizaron un estudio de 8 años de niños con sobrepeso (n = 90; edad media de  $10.1 \pm 2.6$  al inicio y un IMC medio ajustado de  $153.1 \pm 20.7\%$  al inicio) que fueron tratados con el programa estandarizado descrito anteriormente. Encontraron que los niños obtuvieron una reducción media del 8% en el IMC ajustado en el seguimiento de 8 años. Un total de 59 niños (66%) tuvieron éxito en la obtención del control de peso; El 40% de los niños redujeron su IMC ajustado en un 10% o más. Como tal, el tratamiento de la obesidad infantil mediante un programa de comportamiento cognitivo multidisciplinario permite que la mayoría de los niños obtenga control de peso a largo plazo.

## **Cómo involucrar a los padres**

Debido a que el entorno del hogar es el principal entorno de aprendizaje para establecer un estilo de vida saludable, varias revisiones abogan por la participación de los padres en el tratamiento de la obesidad en los niños [8]. En 2012, evaluamos un programa en el que los padres eran el objetivo exclusivo del cambio. El programa consta de 6 sesiones quincenales en formato grupal. Las sesiones están dirigidas por un dietista y un psicólogo infantil.

Mientras que el dietista brinda consejos nutricionales, el psicólogo apoya el cambio de comportamiento a largo plazo. Junto a las técnicas de comportamiento cognitivo descritas anteriormente, también se incluyen las habilidades de crianza en este formato. El objetivo final es instalar un clima familiar de apoyo en el que todos los miembros sigan el nuevo estilo de vida saludable. Por lo tanto, los padres tienen que involucrarse positivamente con sus hijos, por un lado, pero también deben estar estructurados y establecer límites, por otro lado. El psicólogo se enfocará en las habilidades generales de crianza para guiar este proceso en cada familia. Los padres aprenden a observar a sus hijos y aprenden cómo pueden enseñar a sus hijos a sobrellevar los problemas, tanto las situaciones difíciles de comer (como las fiestas de cumpleaños) como las situaciones emocionales (como hacer frente a la intimidación). Estas nuevas habilidades de crianza exigen mucha práctica. En este contexto, trabajar en grupos es ideal y se incluye el juego de roles en cada sesión. La evaluación de resultados mostró una disminución significativa en el IMC ajustado durante un período de 6 meses para el grupo de intervención. Los padres informaron cambios positivos significativos en la conducta alimentaria de los niños y un aumento positivo significativo en los principios de salud familiar, véase [9].

## **Errores en el tratamiento de la obesidad infantil y cómo superarlos**

Aunque los estudios demuestran buenos tamaños de efecto en niños [1], este tratamiento también tiene problemas. Primero, muy pocas familias con un niño con sobrepeso se postulan a un terapeuta. Aunque faltan pruebas directas, esto podría deberse al hecho de que hay muy poca conciencia del problema [10]. Además, se ha hecho evidente que aquellos que van a tratamiento no siempre pierden peso o incluso muchos abandonan el tratamiento. En un estudio italiano, Pinelli et al. [11] informaron un porcentaje de abandonos de más del 90% en varios centros de tratamiento para niños con sobrepeso.

Por lo tanto, es importante identificar quién se beneficia de un tratamiento en particular. En 2002, Byrne [12] informó un primer resumen de cuatro factores psicológicos que podrían predecir la retención de peso y la recaída: objetivos de peso (realistas), confianza (autoeficacia), comportamiento de afrontamiento y comportamiento de dieta "saludable". En una revisión de 29 estudios prospectivos que investigan predictores del éxito de la terapia, Teixeira et al. [13] se centró particularmente en los programas de terapia cognitivo-conductual de estilo de vida para pacientes con sobrepeso y obesidad. Encontraron evidencia de tres factores psicológicos que generalmente se ajustan a los factores informados por Byrne: estilo cognitivo, motivación e historial de tratamiento con un número limitado de tratamientos (fallidos). Además, encontraron que un mayor grado de sobrepeso al inicio del tratamiento se asocia con una mayor pérdida de peso. Otro estudio mostró que un IMC más alto, los problemas de salud relacionados con el peso y los estresores psicosociales parecen aumentar el riesgo de abandono, pero esto no se encuentra sistemáticamente en la literatura [14].

Para niños y adolescentes, parece que la efectividad del tratamiento de la obesidad depende en gran medida de factores familiares (como apoyo social, estrategias parentales de crianza que se basan en un refuerzo positivo y una mayor participación de los padres durante el tratamiento) [15]. dieciséis]. Los niños obesos que provienen de una familia en la que ambos padres también tienen problemas de peso, parecen tener menos éxito en el tratamiento [17]. Además, también los factores intrapersonales parecen determinar el éxito de un tratamiento. Más específicamente, Van Egmond-Froehlich et al. [18] encontraron que un menor nivel de atención y un mayor nivel de hiperactividad / impulsividad en los adolescentes se asocia con menos éxito a largo plazo después de un tratamiento residencial.

Nuestra preocupación por la garantía interna de calidad nos ha llevado a investigar el abandono en el tratamiento de la obesidad. Examinamos todas las formas de abandono, también cuando el abandono tuvo lugar antes o durante la fase de diagnóstico. De las 117 notificaciones de ese año, además de las 9 negativas al estudio, es decir, las personas que no quisieron participar en el estudio, 36 pacientes no calificaron para el tratamiento porque no cumplían los criterios de inclusión de la clínica (criterio de peso). , idioma o vivir a una distancia demasiado larga del hospital). Otros 24 pacientes no comenzaron con el tratamiento, a pesar de que eran elegibles (ya no se presentaron durante o después de la primera sesión de admisión). Por lo tanto, 48 personas finalmente comenzaron con el tratamiento, de los cuales 38 completaron el tratamiento [19]. En base a nuestras experiencias y financiado con ideas científicas sobre los predictores del fracaso del tratamiento

### ***Expectativas realistas sobre los objetivos del tratamiento***

Jeffery et al. [20] mostró que los pacientes con una expectativa más realista tenían una mayor probabilidad de alcanzar sus objetivos. Con expectativas realistas en un entorno ambulatorio queremos decir que los niños logran control de peso (y así no aumentan de peso), ajustes de estilo de vida y que los adolescentes pierden peso hasta 0.5 kg por semana con un máximo de 10% de pérdida de peso en un 1 periodo de año. A pesar de la opinión pública, que persiste en creer en dietas rápidas y en adelgazar 20 kg en 10 semanas, surgió un fuerte movimiento contra la dieta en el mundo académico desde la publicación de Wilson [21]. Las dietas alteran el metabolismo y hacen que el cuerpo cambie a un uso menor, por lo que después de una pérdida de peso inicial durante la dieta, el paciente obeso aumenta de peso aún más rápido al reanudar su patrón de alimentación inicial [22].

Para las personas que solicitan asistencia e inmediatamente desean ver grandes cambios, los objetivos de peso realistas son decepcionantes. Un segundo problema es que a menudo minimizan los riesgos de su sobrepeso. Algunos pacientes eligen 'esperar' hasta que califiquen para un cuidado de tercera línea. La consecuencia de esto es que las personas abandonan el servicio poco después de escuchar la lógica realista del tratamiento ambulatorio.

### ***Buena comunicación sobre la razón de ser del tratamiento***

Un buen tratamiento incluye un "cambio de paradigma", donde el enfoque ya no está en la pérdida de peso, sino en el cambio de comportamiento. Los terapeutas, que trabajan de forma ambulatoria con pacientes obesos, deben ser entrenados en una buena comunicación de esta lógica.

Justificación: "Debido a que las dietas drásticas y la pérdida de peso no garantizan el éxito a largo plazo, nuestro objetivo es reducir los riesgos médicos que se ha demostrado que disminuyen cuando se adopta un estilo de vida más saludable. En otras palabras, nuestro objetivo de tratamiento comprende principalmente ajustes de estilo de vida. Solo son aceptables los programas ambulatorios que luchan por objetivos alcanzables en el área de la salud, siguiendo las recomendaciones nacionales de dieta y ejercicio. Estos se incluyen actualmente en todas las pautas para un buen tratamiento de la obesidad basado en la evidencia. Este tratamiento consiste en múltiples sesiones semanales con una modificación gradual del estilo de vida. Esto lleva al control del peso o a una pérdida de peso limitada,

con una disminución máxima aceptable del 10 - 15% en un período de un año. Esta lógica del control de peso va para aproximadamente el 90% de todos los pacientes obesos que buscan ayuda en la primera o segunda línea. Esto significa que el paciente obeso siempre tendrá algo de sobrepeso, pero que este sobrepeso ya no aumenta y los riesgos para la salud disminuyen significativamente ".

Se debe dedicar tiempo a una buena comunicación y desafiar las cogniciones del paciente sobre los pro y contra del control del peso a través de técnicas de comportamiento cognitivo.

### ***Promover una red de apoyo***

El papel del apoyo social rara vez se discute [13]. Cuando se pregunta a los niños sobre su motivación para perder peso y el mantenimiento del cambio de comportamiento, informan que el apoyo emocional y el reconocimiento del problema por parte de sus padres son los más importantes [23]. Por lo tanto, la motivación de los pacientes más jóvenes siempre debe verse en relación con la colaboración y la motivación de los miembros de su familia.

El apoyo social se compone de varios aspectos. El apoyo emocional es uno de ellos. Además, los arreglos prácticos que son inherentes a la participación de una terapia para sobrepeso (por ejemplo, organización de transporte, compra de alimentos, planificación de un programa de ejercicio, ...) a menudo dependen de un entorno de apoyo. En la práctica, llama la atención que a menudo el entorno reacciona desilusionado ante el desequilibrio entre los esfuerzos para un tratamiento y el resultado de ello. Esto puede ser interceptado al involucrar a los padres más intensamente, y, para comunicar a fondo las metas realistas de peso y la razón de ser del tratamiento.

Además, debe explicarse especialmente la importancia de un programa de tratamiento y la creencia en las posibilidades de cambio. Esto es respaldado por un estudio en el que se les pregunta a los padres de niños con sobrepeso las razones por las cuales no participan en un programa de control de peso, incluso después de una referencia del médico de la escuela.

Además de las barreras prácticas, la percepción del problema, el contenido y el propósito del programa, la importancia percibida del tratamiento y la creencia en la posibilidad de cambio fueron los obstáculos que se informaron principalmente [24].

### ***Desarrollar técnicas motivacionales adicionales***

Es importante invertir en motivar al paciente y su entorno y mantenerlos motivados en las etapas iniciales de un tratamiento. Este es sin duda el caso de los pacientes que han (repetidamente) intentado y fallado el tratamiento antes [13]. Esto requiere la introducción de una etapa de motivación, donde, además de prestar atención a la comprensión del problema, el foco se encuentra en aumentar la autoeficacia del paciente.

Si alguien está suficientemente motivado, puede ser probado de diferentes maneras. Por ejemplo, llenar cuidadosamente un diario de alimentos es un buen indicador. La investigación mostró que una simple lista de verificación completada por el equipo de tratamiento también es un buen predictor del resultado del tratamiento [19]. Para esto, se le puede pedir a todo el equipo por defecto que haga una predicción sobre el resultado del tratamiento, en base a una Escala Analógica Visual. Cuando varios miembros del equipo completan una predicción desfavorable, se puede decidir comenzar centrándose en la motivación. Las técnicas de motivación útiles son: el análisis de costo-beneficio, el trabajo orientado al valor, la escritura orientada al futuro y la entrevista motivacional.

Por ejemplo, el análisis de costo-beneficio incluye que se construyan dos columnas: una columna con las ventajas y otra con las desventajas de la pérdida de peso. Mientras se enfoca en el efecto deseado, la columna con beneficios ofrece una lista de motivadores, como 'sentirse en forma', 'tener más

energía', 'elegir ropa agradable', mientras que la columna con desventajas ofrece una lista con dificultades, como 'ya no puedo comer lo que quiero', 'difícil de sostener'. Si es necesario, se puede asignar un factor de peso a cada argumento. A continuación, se investiga si las desventajas de las quejas persistentes son proporcionales a los beneficios de perder peso. Esta técnica se puede aplicar en niños a partir de los 8 años de edad.

### ***Evaluación correcta de la gravedad del problema de peso y problemas comórbidos***

Goossens et al. [25] estudiaron el resultado del tratamiento de un tratamiento residencial para adolescentes obesos (8 - 18 años). Los resultados mostraron que un mayor grado de sobrepeso es siempre un buen predictor de pérdida de peso rápida durante las primeras semanas. Pero la consecuencia de una gran cantidad de pérdida de peso durante el primer mes del tratamiento fue que tuvieron menos éxito en la pérdida de peso al final del tratamiento. Para esto, los pacientes deben ser advertidos.

Otro escollo es cuando las personas sufren de problemas de salud mental y esta es su razón para buscar ayuda para un problema de peso. Sin embargo, no es necesario que los problemas de salud mental (como los sentimientos de ansiedad, los pensamientos negativos, la baja autoestima, los problemas sociales) con una discapacidad de baja a moderada influyan negativamente en el efecto del tratamiento para la obesidad.

Esto fue demostrado en niños por Braet, Mervielde y Vandereycken [26]. Podemos esperar que, como resultado de la pérdida de peso, también los otros problemas se reduzcan espontáneamente. Esto fue confirmado en el estudio de Moens, Braet y Van Winckel [7]. Con base en los factores de referencia, compararon las familias que pasaron por más de la mitad de las sesiones de un tratamiento ambulatorio de obesidad con las familias que se detuvieron antes de la mitad de las sesiones de tratamiento. Los niños de ambos grupos no difirieron entre sí en cuanto a edad, sexo, sobrepeso antes del tratamiento, sobrepeso del padre, estado socioeconómico y psicopatología del padre. La presencia de quejas psicológicas en el niño resultó ser la principal diferencia significativa entre ambos grupos. Especialmente los niños que pasaron por más de la mitad de las sesiones en el programa tuvieron más problemas de comportamiento y / o emocionales al comienzo. Paradójicamente, esto podría indicar que un niño se retira más rápido cuando no tiene problemas de salud mental adicionales.

Suponemos que tener sobrepeso en una sociedad que favorece la delgadez y que estigmatiza el sobrepeso como algo flojo y estúpido, puede verse como un factor de estrés. Como resultado, cada vez más pacientes con sobrepeso se sienten aislados, avergonzados y culpables y desarrollan baja confianza en sí mismos, ansiedad o depresión [27]. Intentan controlar estas emociones comiéndolas, lo que resulta en un mayor aumento de peso. La alimentación emocional es un problema bien conocido y no siempre se resuelve con el control de peso. Por el contrario, la alimentación emocional puede contrarrestar un buen tratamiento de control de peso. Como ejemplo, es posible que la familia descubra que a pesar de todo su arduo trabajo para preparar comidas saludables, el niño con sobrepeso come caramelos en secreto. Esto podría desalentar a la familia y provocar que se abandone el tratamiento de control de peso, ya que parece inútil. Esto ilustra que es extremadamente importante dejar espacio para todas las frustraciones de la familia en el tratamiento.

### ***La comorbilidad psiquiátrica exige una evaluación cuidadosa y la selección de qué trastorno debe tratarse primero.***

Tenemos que diferenciar los problemas mentales de un diagnóstico psiquiátrico de un trastorno (como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, ...). Cuando se presumen problemas psiquiátricos, parece útil realizar una entrevista clínica e investigar la posibilidad de diagnosticar trastornos DSM. Al mismo tiempo, respaldamos el carácter artificial del etiquetado psiquiátrico de niños y jóvenes. La evaluación psicológica como tal describirá principalmente los síntomas de los niños en un continuo dimensional y se centrará en su interferencia en la vida diaria.

Cuando el niño en particular no puede ir a la escuela, participar en actividades de ocio e interactuar adecuadamente con otras personas significativas, se debe tener en cuenta la presencia de un deterioro psicológico más grave y se debe considerar la necesidad de asesoramiento psiquiátrico. Especialmente, ya que se encontró que la presencia de trastornos psiquiátricos aumenta el riesgo de abandono [28]. La relación entre la obesidad y los trastornos psiquiátricos es compleja, dinámica y sigue siendo el tema de muchos estudios. Por ejemplo, atracones, podría ser un antecedente o una consecuencia del problema de peso (ver capítulo XX). Por ejemplo, el atracón puede verse como una consecuencia cuando es causado por sentimientos depresivos o después de haber seguido una dieta incorrecta. Cuando se diagnostica el trastorno por atracón compulsivo, se debe reconsiderar cuidadosamente si estos problemas deben abordarse antes de comenzar el programa de control de peso estándar. Braet [29] encontró que la presencia de una patología alimentaria en los niños antes del inicio de un tratamiento residencial para la obesidad también tuvo una influencia negativa sobre la cantidad de pérdida de peso 2 años después de seguir este tratamiento. Esto demuestra que para los adolescentes podría ser útil comenzar un tratamiento específico antes o al mismo tiempo del programa de pérdida de peso.

### ***Estimar la fortaleza de los pacientes***

El fracaso del tratamiento de la obesidad se puede explicar de diferentes maneras. En parte, la naturaleza del problema podría ser responsable porque comer en exceso puede verse como un control de impulso fallido [30]. Asistir sistemáticamente al tratamiento y cambiar el estilo de vida de uno mismo exige mucha autodisciplina por parte de los pacientes con sobrepeso, lo que entra en conflicto con su problema. Baumeister y Heatherton [30] introdujeron un modelo de fuerza en el que el control de los impulsos es un recurso que puede disminuir y amplificarse nuevamente. Sin embargo, esta 'amplificación' se vuelve más difícil cuando la persona enfrenta una gran carga, como una acumulación de factores de estrés. Como cuestión de hecho, hay más estrés en las familias con problemas de obesidad [31]. Por lo tanto, la fuerza de un paciente con obesidad generalmente disminuye en el momento en que necesita más fuerza. Esto explica por qué los pacientes solo eligen ser tratados cuando el problema se vuelve demasiado serio (para un sufrimiento severo o psicológico). Al mismo tiempo, esto representa un escollo importante para el tratamiento.

Basado en el modelo de fortalezas, la falla se puede ver como una consecuencia de exigir demasiado: el sistema está sobrecargado [32]. Kazdin et al. desarrolló un cuestionario, la Escala de Participación en Barreras al Tratamiento (BTPS, [33]). Esta escala se basó en las experiencias de terapeutas con pacientes que abandonaron durante el tratamiento. Los ítems del BTPS se agruparon en cuatro categorías: estresores y obstáculos prácticos que dificultan el tratamiento, problemas con las demandas dentro del tratamiento, importancia observada del tratamiento y problemas dentro de la relación terapéutica. Esta lista podría revelar una gran cantidad de información importante para el terapeuta con respecto a la capacidad de recuperación frente a la carga de un paciente individual y su entorno.



## **Conclusión**

Los beneficios de un enfoque multidisciplinario para los niños con sobrepeso que se centran en un estilo de vida saludable en lugar de en dietas muy estrictas están bien establecidos. Los procedimientos de modificación del comportamiento cognitivo apoyan el cambio de comportamiento a largo plazo. Sin embargo, se deben considerar importantes dificultades en el tratamiento. Las tasas de recaídas y abandonos son probablemente las más altas en el tratamiento de la obesidad.

Existen varias razones para seguir considerando los procesos y las razones que pueden explicar el fracaso en el tratamiento de la obesidad. Una de las razones es que el fracaso del tratamiento conduce a sentimientos de fracaso personal, tanto en pacientes como terapeutas. Además, también hay razones económicas. Un paciente que abandona, sigue siendo un paciente de riesgo que necesita más atención médica. A menudo regresan a la atención médica en un momento posterior, lo que duplica (o incluso multiplica) los costos de la atención médica. Además de eso, afecta la eficiencia de la atención médica porque cuando las personas no acuden a su cita impiden que lleguen otras personas. Como tal, el "tiempo de espera" no se usa eficientemente de esta manera. Una mejor comprensión de estos motivos puede conducir a nuevas intervenciones para aumentar el desgaste de la terapia y para aumentar la eficacia (costo) del tratamiento. Por otro lado, podría ayudar a poner sentimientos negativos como resultado de caer en la perspectiva, haciendo que los obstáculos para el tratamiento sean más debatibles.

## References

1. Davison KK, & Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev* 2001; 2: 159-171.
2. Goldfield GS, & Epstein LH. Management of obesity in children. In Fairburn CG & Brownell KD, eds. *Eating disorders and obesity, a comprehensive handbook*. New York, London: The Guilford Press, 2002: 524-528.
3. Goldfried G, Raynor H & Epstein L. Treatment of pediatric obesity. In: Wadden T & Stunkard A, eds. *Handbook of obesity treatment*. New York: Guilford Press, 2004/
4. Fairburn CG & Brownell KD. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Guilford Press, 2002.
5. Luttikhuis HO, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Mally C, & Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2009; 1: CD001872.
6. Braet C, Joossens L, Mels S, Moens E, & Tanghe A. *Kinderen en jongeren met overgewicht: handleiding voor begeleiders*. Antwerpen: Garant, 2007.
7. Moens E, Braet C & Van Winckel M. An 8-year follow-up of treated obese children: Children's, process and parental predictors of successful outcome. *Behav Res Ther* 2010; 48: 626-633.
8. Kitzmann KM, & Beech BM. Family-based interventions for pediatric obesity: methodological and conceptual challenges from family psychology. *J Fam Psychol* 2006; 20: 175-189.
9. Moens E & Braet C. Training parents of children with overweight in health related and general parenting skills: a twelve-month evaluation. *Behav Cogn Psychoth* 2012; 40: 1-18.
10. Jelalian E, Wember YM, Bungeroth H & Birmaher V. Practitioner review: Bridging the gap between research and clinical practice in pediatric obesity. *J Child Psychol Psych* 2007; 48: 115-127.
11. Pinelli L, Elerdini N, Faith MS, Agnello D, Ambruzzi A, De Simone M, Leggeri G, Livieri C, Monetti N, Peverelli P, Salvatoni A, Seminara S, Uasone R, Pietrobelli A. Childhood obesity: Results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. *J Pediatr Endocr Met* 1999; 12: 795-799.
12. Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1029-1036.
13. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB & Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005; 6: 43-65.
14. Skelton JA & Beech BM. Attrition in paediatric weight management: A review of the literature and new directions. *Obes Rev* 2011; 12: e273-e281.
15. Cislak A, Safron M, Pratt M, Gaspar T & Luszczynska A. Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: A systematic umbrella review. *Child Care Hlth Dev* 2012; 38: 321-331.
16. Niemeier BS, Hektner JM & Enger KB. Parent participation in weight-related health interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2012; 55: 3-13.
17. Fassihi M, McElhone S, Feltbower R & Rudolf M. Which factors predict unsuccessful outcome in a weight management intervention for obese children? *J Hum Nut Diet* 2012; 25: 453-459.
18. Egmond-Froehlich A van, Claussnitzer G, Dammann D, Eckstein E, Brauer W & Zwaan M de. Parent reported inattention and hyperactivity/impulsivity as predictor of long-term weight loss after inpatient treatment in obese adolescents, *Int J Eat Dis* 2013; 46: 39-46.
19. Jeannin R, Braet C, Mels S, Moens E & Van Winckel M. Drop-out bij de behandeling van kinderen met overgewicht, *Tijdschrift Klinische Psychologie* 2010; 40: 272-283.
20. Jeffery RW, Drewnowsky A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GH, Wing RR & Hill DR. Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Hlth Psychol* 2000; 19: 5-16.
21. Wilson GT. Behavioural treatment of obesity: Thirty years and counting. *Adv Behav Res Ther* 1994; 16: 31-75.
22. Hawks S, Madanat H & Christley H. Behavioral and biological associations of dietary restraint: A review of the literature. *Ecol Food Nutr* 2008; 47: 415-449.

23. Murtagh J, Dixey R & Rudolph M. A qualitative investigation into the levers and barriers to weight loss in children: Opinions of obese children. *Arch Dis Child* 2006; 91: 920-923.
24. Clercq L de. Barrières in het deelnemen aan een gewichtscontrole programma voor kinderen. Unpublished masterthese 2012, Ghent University.
25. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L & Mels S. Weight parameters and pathological eating as predictors of obesity treatment outcome in children and adolescents. *Eat behav* 2009; 10: 71-73.
26. Braet C, Mervielde I & Vandereycken W. Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample. *J Ped Psychol* 1997; 22: 59-71.
27. Vlierberghe L van, Braet C, Goossens L, Rosseel Y & Mels S. Psychological disorder, symptom severity and weight loss in inpatient adolescent obesity treatment. *Int J Ped Obes* 2009; 4: 36-44.
28. Vlierberghe L van, Braet C, Goossens L & Mels S. Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. *Eur Child Adoles Psy* 2009; 18: 164-173.
29. Braet C. Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. *Obes* 2006; 14: 148-155.
30. Baumeister RF & Heatherton TF. Self-regulation failure: An overview. *Psychol Inq* 1996; 7: 1-15.
31. Decaluwe V, Braet C, Moens E & Van Vlierberghe L. The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *Int J Obes* 2006; 30: 1766-1774.
32. Kazdin AE. Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clin Child Psychol Psy* 1996; 1: 133-156.
33. Kazdin AE, Holland L, Crowley M & Breton S. Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *J Child Psychol Psc* 1997; 38: 1051-1062.

*Table 1 Descripción general de los objetivos del tratamiento relacionados con intervenciones y métodos cognitivo-conductuales para niños y padres*

Objetivos de tratamiento	NIÑO		PADRES	
	Métodos de intervención		Métodos de intervención	
Los niños pueden resistir la tentación	Entrenamiento de autocontrol	autorregistro, autoobservación, establecimiento de metas, autoevaluación	Participación positiva y apoyo de los padres	. Observación del comportamiento, enfoque en pequeños pasos alcanzables, aliento, apoyo de nuevos objetivos
Los padres instalan un estilo de vida saludable para toda la familia	Habilidades para resolver problemas	hacer frente a situaciones difíciles	Disciplina consecuente	Configuración y monitoreo de nuevas reglas familiares
Los niños aprenden cómo retrasar la gratificación en función de los objetivos del estilo de vida a largo plazo	Entrenamiento de memoria de trabajo	Braingame Brian		
Los niños aprenden a lidiar con las emociones	Regulación emocional	Habilidades de afrontamiento activo, activación del comportamiento	Habilidades para resolver problemas Enfrentamiento activo, comunicación	Los padres hablan con sus hijos sobre situaciones difíciles. Atención para la interacción padre-hijo
Los niños controlan sus episodios de atracones	Dietmanagement Exposición Cue Terapia cognitiva	.Auto-observación, observación frecuente de los tentempiés con responsabilidad de prevención . Reconocimiento y desafiantes cogniciones desencadenantes		. Hacer un patrón de alimentación regular disponible.
Los niños y los padres se mantienen motivados	Terapia cognitiva	Análisis coste-beneficio Desafiando las cogniciones	Terapia cognitiva	Desafiando las cogniciones que obstaculizan el progreso

~ Sobre los autores ~

## **Caroline Braet**

Profesora en el Departamento de Desarrollo, Personalidad y Psicología Social en la Universidad de Gante, Bélgica.

Su ámbito de investigación y los temas de sus clases se caracterizan por el enfoque al desarrollo psicopatológico. También ejerce de supervisora para diferentes clínicas. Caroline Braet recibió su doctorado en la Universidad de Gante en 1993, y está especializada en la investigación de los aspectos psicológicos de la obesidad infantil. Es la autora y coautora de alrededor de 100 publicaciones científicas.

## **Ellen Moens**

Ellen Moens graduated in July 1999 as a Clinical Psychologist at Ghent University (Ghent, Belgium). Since October 1999, she was working at the Department of Developmental, Personality and Social Psychology (Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ghent University). In May 2008 she successfully defended her PhD dissertation entitled “Towards a better understanding of parental influences on childhood obesity” (promoted by Prof. Dr. Caroline Braet). Since October 2008 she is working as a postdoctoral researcher at the same department. In October 2009 she was granted a post-doctoral research mandate by the Research Foundation Flanders (FWO) on eating behaviour of young children. Next to her research tasks she is teaching practical courses at Psychology-students on the assessment and treatment of obesity and internalizing problems and as a behavioural therapist she is also a member of Ghent University Child Mental Health Centre.

## **Julie Latomme**

Julie Latomme graduated in July 2014 as an Experimental Psychologist at Ghent University (Ghent, Belgium). From September 2014 she started working as a PhD student at the Faculty of Movement and Sports Sciences, Ghent University (promoted by Prof. Dr. Greet Cardon). Next to her research tasks she teaches theoretical and practical courses Statistics to students.

julie.latomme@ugent.be (department of movement and sport sciences)

**~ Cómo usar este artículo ~**

Puede usar, compartir y copiar el contenido de este artículo siempre y cuando lo cite de la siguiente manera:

*Braet C, Moens E, Latomme, J (2015). Tratamiento psicológico de la obesidad infantil: principios principales y trampas. In M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retrieved from ebook. ecog-obesity. eu*

Asimismo, asegúrese de darle a este artículo y su contenido el reconocimiento que merece. Para más información, visite: [ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/](http://ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/)

**~ Últimas observaciones ~**

Gracias por leer este artículo.

Si considera que le ha sido útil, compártalo con aquellas personas a quienes pueda interesarle.

Visite [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu), donde podrá leer y descargar más artículos relacionados con la obesidad infantil.