



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL**

Patricia Victoria Serrano Castro, Ángela Dámaso Fernández, Isabel García Castro  
[patriciaserrano3@hotmail.com](mailto:patriciaserrano3@hotmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Niña de 9 años de edad que acude a la consulta de atención primaria del "Centro Médico Playa Serena" en la urbanización de Roquetas de Mar el 10 de noviembre de 2015 acompañada por sus padres ya que presenta un aumento de peso excesivo en el último año.

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Cursa con acumulación de grasa, exceso de peso y de volumen corporal. Suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia y tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, ya que es un potente predictor de obesidad en la adultez.

En España, la prevalencia de sobrepeso/obesidad ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas, adquiriendo proporciones epidémicas por lo que ha sido definida por la OMS como la "epidemia del siglo XXI".

Para el diagnóstico de obesidad en un niño/a se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual hay que compararlo con el correspondiente a su edad y su peso.

### **BREVE HISTORIA CLÍNICA**

#### **Motivo de consulta**

La paciente acude a consulta acompañada por sus padres debido a la preocupación de éstos por el aumento progresivo de peso de la menor.

La niña verbaliza sentimientos de baja autoestima e insatisfacción corporal que repercute en su rendimiento académico y la relación con sus iguales.

#### **Antecedentes personales**

Segunda hija, embarazo y parto sin problemas. Nacimiento a término con peso de 3080 g, longitud de 50 cm y perímetro cefálico de 34 cm. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Evolución: canalizada en torno al p60 de peso hasta los 2 años, donde comienza con obesidad progresiva. Evolución psicomotora normal.

# TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL

## Antecedentes familiares

Padre – Obesidad, dislipemia, HTA

Madre – Sobrepeso, trastorno ansiedad

Hermana mayor – Normopeso

## Enfermedad actual

Aumento de peso siniliar.

## Exploración física

Medidas antropométricas:

Peso: 43Kg (p97) Talla: 138cm (p75) IMC: 23,63 (p97)

Índice de Waterlow: superior a 120% Perímetro abdominal: 91cm

TA: 110/60 FC: 80 lpm

Aceptable estado general con aspecto abotargado. Ausencia de rasgos dismórficos. Obesidad de distribución homogénea.

## Exploración funciones psíquicas

Se evidencia mediante la entrevista con la paciente que existe una posible exclusión del ámbito escolar por burla e insultos de compañeros; sentimiento de inferioridad y baja autoestima por no poder realizar las mismas actividades físico-deportivas que sus compañeros.

## INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

- Analítica sanguínea: hemograma, Hb, 13,5g/d; Hto, 35%. Glucosa, urea, creatinina, iones, transaminasas, ferritina, hierro, proteínas totales, colesterol, perfil tiroideo, cortisol sérico y urinario dentro de los parámetros normales, salvo leve aumento de triglicéridos.
- Cuestionario KIDMED (adherencia a la dieta Mediterránea).
- Recuerdo de la ingesta de 24 horas.
- Encuesta dietética de 3 días (2 laborables y 1 de fin de semana).
- Cuestionario de actividad física y de horas de pantalla llevando un registro diario.
- Exploración física y medición pliegues cutáneos.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- Síndrome de Cushing
- Hipotiroidismo
- Hiperinsulinismo
- Deficiencia hormona de crecimiento
- Síndrome Laurence Moon Die

## **TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL**

- Síndrome de Cohen
- Prader Willi
- Síndrome Stein-Leventhal
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Carpenter

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Obesidad infantil exógena

### **TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS**

- Educación psico-emocional.
- Cambios de estilos de vida saludable: Dieta equilibrada y actividad física (deberían acumular al menos 60 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la semana. 12000 pasos/día).

El método usado para tratar la obesidad infantil se basa fundamentalmente en la combinación de una limitada dieta con el aumento de la actividad física, la educación nutricional y el cambio de conductas. Pero todo eso solo será efectivo si el niño cuenta con el apoyo y el estímulo de su familia. La terapia de conducta del niño empieza con el aprendizaje de autocontrol.

### **Alimentación equilibrada**

- ¿Qué es la dieta mediterránea?

La dieta mediterránea es lo que se comía en casa de nuestras abuelas, cuando la mayor parte de los alimentos eran frescos, cultivados, pescados o criados cerca de sus casas, y cuando se comían muy pocos productos elaborados por la industria alimentaria. La dieta mediterránea es una forma de alimentarse caracterizada por:

- ✓ Abundancia de alimentos vegetales (frutas, verduras y hortalizas).
- ✓ Empleo de aceite de oliva.
- ✓ Consumo moderado de pescado, marisco, aves de corral, productos lácteos y huevos.
- ✓ Consumo de pequeñas cantidades de carnes rojas.
- ✓ Consumo moderado, en las personas adultas, de un poco de vino acompañando a las comidas (últimamente muy discutido).

## TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL

- ¿Cuáles son los aspectos más importantes en relación a la alimentación?
  - ✓ La importancia del desayuno. Un desayuno completo debe contener: un lácteo, fruta y cereales.
  - ✓ 5 comidas diarias: desayuno, media manzana, almuerzo, merienda y cena.
  - ✓ Aumentar el consumo de frutas y verduras a 5 al día.
  - ✓ La mejor bebida para toda la familia es el agua. Lo recomendable es beber de 1,5 a 2 litros (unos 6 vasos de agua).

### Ejercicio físico

- ¿Por qué es importante realizar ejercicio físico?

El ejercicio físico es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y prevención de las enfermedades para cualquier persona.

En el caso concreto de infantes y adolescentes, los beneficios comprobados son: contribuye al desarrollo integral, control del sobrepeso/obesidad, mayor mineralización de los huesos, mejor maduración del sistema nervioso motor, mayor sociabilidad y mayor rendimiento escolar.

Los/as niños/as deberían acumular al menos 60 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la semana (12.000 pasos/día).

Hay que prevenir la inactividad en la adolescencia ya que a medida que los niños/as crecen disminuye su actividad.

- ¿Cómo reducir la inactividad?

Además de aumentar la actividad física, otro aspecto fundamental es la reducción de la inactividad. Para ello nos centraremos en el uso saludable de las pantallas, limitar el uso de los medios de transporte y utilizar la escalera en lugar del ascensor.

Algunas recomendaciones en relación al uso de las pantallas:

- ✓ No deben hacer de canguro.
- ✓ No deben usarse nunca como premio o castigo.
- ✓ No deben ser el centro de ninguna habitación de la casa

Por otro lado:

- ✓ Hay que negociar el tiempo de consumo de tv, videojuegos e Internet controlando horas y horarios (2 horas máximo).
- ✓ Establecer un horario de disfrute que sirva de referencia.
- ✓ Evitar mezclar el tiempo de tareas escolares con el tiempo de pantallas
- ✓ Limitar el número de televisores y ordenadores en la casa.
- ✓ Prohibir ver la TV durante las comidas.
- ✓ Evitarlos especialmente en los dormitorios.
- ✓ Procurar que no robe horas de sueño.

## TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL

- ✓ Limitar el tiempo frente a la pantalla de toda la familia.
- ✓ Ayudar al niño y a los demás miembros de la familia a encontrar otras actividades dentro y fuera de la casa.
- ¿Cómo comenzar el ejercicio físico?

Lo recomendable es empezar poco a poco hasta que el cuerpo se acostumbre a realizar diariamente un mínimo de 30-60 minutos de ejercicio moderado (subir escaleras, ir caminando al cole, ayudar en casa...), y además, realizar una actividad física estructurada 2 o 3 veces por semana.

Es recomendable asociar 2 objetivos complementarios:

- ✓ Aumentar el ejercicio cotidiano. Ejemplo: ir andando del cole a casa, utilizarlas escalera.
- ✓ Llevar a cabo una actividad física programada. Ejemplo: natación, baile, baloncesto.

### **Papel modélico de los padres**

Niños/as aprenden a relacionarse con la comida a través de las costumbres alimentarias que observan en el hogar. Igual que imitan de sus progenitores gestos, opiniones y comportamientos aprenden de ellos la pautas de alimentación (hábitos, costumbres, etc.).

Si desde edades tempranas niños/as observan que en su casa hay menús variados y son estimulados a experimentar alimentos de diferentes sabores, texturas y colores, es probable que disfruten más de la comida y que cuando crezcan sean capaces de cuidar de su propia alimentación.

Es conveniente intentar comer juntos a menudo, al menos una vez al día. Algunas recomendaciones generales en relación a los hábitos familiares en materia de alimentación:

- ✓ Dejad que participen en la compra y explicarles por qué elegimos alimentos variados.
- ✓ Invitadlos a que os acompañen en la cocina: hace que entiendan que la comida lleva trabajo y que valoren más lo que comen. Ensenadles a poner la mesa.
- ✓ Habladles de la cultura gastronómica propia, explicándoles el origen de las recetas tradicionales.
- ✓ Convertir los momentos de las comidas en un espacio para charlar y para relajarse evitando comer con la televisión puesta. Hay que favorecer la comida en familia y evitar discusiones durante su desarrollo.

En relación al ejercicio físico, ser activo puede ser un estilo de vida. Significa elegir, siempre que se pueda, las opciones más activas (andar en lugar de ir en coche, utilizar la escalera en lugar del ascensor,...). Esta manera de vivir se aprende desde la infancia y la familia juega un rol importante en su aprendizaje.

Para ser modelos, le indicamos algunas recomendaciones generales para los padres:

- ✓ Modificar algunos de los hábitos de vida, tal como realizar actividad física tú mismo/a.
- ✓ Realizar actividades físicas o recreativas en familia. Le imitaran con mayor probabilidad.

## TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL

- ✓ Realiza actividad física en las tareas cotidianas con sus hijos/as.
- ✓ Prestemos interés y apoyo. Ej.: interesarse por la asignatura de educación física, conocer cuáles son intereses, orientarle en la elección de una actividad física que le interese,...

Se realiza un plan de cuidado basado en los patrones funcionales de Majory Gordon, con diagnósticos enfermeros (NANDA) y sus correspondientes intervenciones (NIC) en los que la paciente presenta alteraciones. Algunos de ellos son:

- Diagnóstico enfermero (Dco): 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.  
NIC: 5614 Enseñanza: dieta prescrita  
1100 Manejo de la nutrición
- Dco: 00126 Conocimientos deficientes relacionados con la falta de exposición  
NIC: 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito  
5614 Enseñanza: dieta prescrita  
5568 Educación paterna: niño
- Dco: 00168 Sedentarismo relacionado con una rutina diaria con bajo contenido en actividad física.  
NIC: 0200 Fomento del ejercicio  
5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
- Dco: 00120 Baja autoestima situacional relacionado con la alteración de la imagen corporal  
NIC: 5270 Apoyo emocional  
5400 Potenciación de la autoestima

### EVOLUCIÓN

- 1ª visita – 10 de Noviembre de 2015 – Detección obesidad, se solicita pruebas complementarias (analítica sanguínea)
- 2ª visita – 20 de noviembre de 2015 - Se trabaja con la familia y la niña ofreciendo y pactando modificaciones de hábitos tan importantes como la alimentación equilibrada, el ejercicio físico y el papel modélico de los padres.

Se deriva a consulta de psicología para tratamiento enfocado al afrontamiento de su disminución de la autoestima y síntomas de ansiedad debida posiblemente a la estigmatización o burlas sufridas en el entorno escolar.

- 3º visita – 20 de diciembre de 2015

## **TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL**

De nuevo se recogen datos antropométricos: talla, peso, IMC, comprobando que han disminuido.

Debe continuar con los cambios en los hábitos de alimentación y ejercicio y seguirá acudiendo a las citas de enfermería cada 3 meses para pesar, medir y seguir reforzando hábitos.

La paciente continúa con sus citas en psicología, las cuales están siendo satisfactorias por lo que la seguridad en sí misma ha aumentado y su autoestima se ha visto reforzada repercutiendo ello en una mejora de su rendimiento escolar.

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: Breve explicación de la evidencia científica actual sobre el tema tratado en el caso.**

Los resultados de diferentes estudios muestran la importancia de la autoestima, la satisfacción corporal y la ansiedad como variables a ser incluidas en los protocolos de evaluación de la obesidad. La evaluación del patrón psicopatológico característico de la obesidad infantil es esencial para diseñar intervenciones enfocadas a la pérdida de peso adaptadas a las necesidades individuales de los niños con obesidad o sobrepeso. Se hace necesario clarificar las dificultades psicológicas o síntomas que podrían afectar a la efectividad de los tratamientos de pérdida de peso.

Cuanto mayor sea el niño, más difícil será practicar cambios, pero no imposible. En la última investigación acerca del sobrepeso en la infancia, entre otras cosas, se constató que el 8% de los niños españoles acuden a la escuela sin haber desayunado.

De acuerdo con la EASO (2002), los gobiernos deben luchar contra la obesidad mejorando los tratamientos basados en la evidencia. Es bien sabido entre los pediatras que los tratamientos de pérdida de peso deberían ir más allá de la educación nutricional y la actividad física; las terapias cognitivo-conductuales son muy interesantes ya que trabajan otras variables psicológicas relevantes. También es importante establecer los aspectos psicopatológicos y psicológicos que están implicados en la obesidad infantil, y analizar las variables que podrían estar influyendo en el posible éxito o fracaso sobre las estrategias de tratamientos.

Los menores con más riesgo de sufrir obesidad son los que tienen uno o ambos padres con obesidad, los bebés que nacieron con poco peso y engordaron rápido, los que no tuvieron lactancia materna, los que ven muchas horas la televisión y los que incrementan el consumo de productos altamente azucarados como refrescos, zumos industriales y chucherías.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Braet C., Mervielde I. y Vadereycken W. (1997). Psychological Aspects of Childhood Obesity: A controlled Study in a Clinical Sample. *Journal of Pediatric Psychology*. 22, 59-71.

## TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN OBESIDAD INFANTIL

2. Merino, H., Godás, A. y Pombo, M.G. (2002) Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 35-44.
3. Serra Majem LL, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enkid (1998 – 2000). *Med Clin (Barc)* 2003; 121 (19): 725 – 732.
4. Organización Mundial de la Salud. Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños [Internet]. Biblioteca de la OMS; 2010 [citado 28 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/marketingfood-to-children/es/>
5. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. 2005
6. Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Recuperado a partir de:
7. [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_e\\_strategias/plan\\_obesidad\\_infantil/plan\\_obesidad\\_infantil.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_e_strategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad_infantil.pdf)