

## 5. Manejo no farmacológico de la obesidad: terapia nutricional, actividad física y terapia conductual

*Dra. Karen Milena Feriz Bonelo  
Médica Internista, Endocrinóloga  
Fundación Valle del Lili  
Cali*

Los cambios terapéuticos en el estilo de vida (CTEV): terapia nutricional, actividad física y la terapia conductual constituyen el pilar fundamental del tratamiento del sobrepeso y la obesidad, independientemente de su grado y del uso o no de estrategias terapéuticas adicionales (fármacos, cirugía). Son, además, de vital importancia para el mantenimiento del peso perdido a mediano y largo plazo y para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la población general.

### Terapia nutricional

Existen múltiples y variados tipos de “dietas” diseñadas por expertos y por no expertos para lograr que un paciente pierda peso. Es importante anotar que más que “dieta” (vista como una restricción en la ingesta de alimentos durante un periodo de tiempo determinado, el cual, usualmente es corto), la intervención nutricional debe estar encaminada a lograr que los pacientes con problemas de peso cambien de manera radical y por el mayor tiempo posible (ideal: toda la vida) sus hábitos alimentarios, pues de lo contrario, pueden caer en ese gran grupo de personas con síndrome del “yo-yo” que pierden peso mientras hacen restricción de la ingesta pero que reganan el peso perdido (o aún más) una vez vuelven a sus hábitos de siempre.

La “dietas” autoimpuestas o con exagerada restricción calórica, evocan todos los mecanismos corporales de de-

fensa contra la “hambruna”: reducción de la tasa metabólica basal (de 75 Kcal/h a 35-40 Kcal/h) y aumento de la eficiencia en la absorción de alimentos, lo que lleva a dificultades en lograr reducción de peso que empeoran a medida que el paciente se expone a más episodios de restricción severa y no vigilada<sup>(42)</sup>.

Las dos intervenciones alimentarias más usadas son: la alteración de la composición de los macronutrientes de la dieta (carbohidratos –CHO–, lípidos y proteínas) y la reducción del número total de calorías ingeridas/día.

Desafortunadamente, no existen en la literatura científica muchos estudios que comparen los diferentes tipos de dietas y que permitan establecer si alguno es superior a los otros o no. Los que hay tienen limitaciones como pequeño número de pacientes, alta tasa de abandonos, seguimientos a corto plazo (no a largo que es cuando los pacientes vuelven a subir de peso) y alto número de mujeres participantes frente a hombres, todo lo cual limita su generalización.

### Cambios en el contenido de macronutrientes

Las dietas más comunes y mejor estudiadas son:

**Dietas bajas en grasa:** basadas en la premisa de que el contenido calórico de 1 g de grasa es mayor que el de 1 g de CHO o proteínas (9 kcal vs. 4 kcal), buscan, a través de la reducción de la cantidad de grasa ingerida/día, que el paciente reduzca el contenido calórico total/día. La ingesta de grasa se restringe entonces a un 25 - 30% de la ingesta calórica total/día. La evidencia no avala plenamente esta intervención, ya que los datos de los estudios son contradictorios (mostrándose más eficaz que otros métodos en unos e igual o inferior en otros)<sup>(43)</sup>.

**Dietas bajas en carbohidratos (CHO):** se basan en el aumento en la respuesta de la insulina, la estimulación del apetito y la ganancia de peso que eventualmente puede generar la ingesta de CHO. Al restringirlos de la dieta

(usualmente 20 – 100 g/día según la dieta), el metabolismo cambia hacia un aumento de la lipólisis con la subsecuente pérdida de peso; sin embargo, éste fenómeno produce cetosis que puede disminuir el apetito y optimizar la pérdida pero también generar efectos nocivos para la salud. Aunque un estudio demostró que a corto plazo (seis meses) son las más eficaces<sup>(44)</sup>, en términos de reducción de peso los datos a mediano y a largo plazo y del resto de estudios no reflejan dicho beneficio. Además, si la restricción de CHO se acompaña de aumento de la ingestión de proteínas y grasas (la popular dieta Atkins) hay estudios que demuestran que a pesar de que se logra perder peso, no hay mejoría de otros parámetros relacionados con el riesgo de enfermedad (colesterol LDL, por ejemplo) e incluso existe un reporte en la literatura de un caso de cetosis severa<sup>(45)</sup>.

Dentro de este grupo se encuentran también las dietas con restricción de CHO con alto índice glucémico (CHO simples, refinados) que al ser comparadas con aquellas que permiten la ingesta de CHO con bajo índice glucémico, han arrojado resultados contradictorios y, en términos generales, no han demostrado tener impacto adicional sobre el peso ni sobre otros parámetros metabólicos (glucemia, niveles de HbA1c)<sup>(43,46)</sup>.

Hasta hoy, entonces, no existen datos contundentes que permitan estar a favor o en contra de un tipo específico de dieta y la proporción recomendada de macronutrientes según el valor calórico total/día, continúa siendo: CHO 35 - 50%, grasas 25 - 35% y proteínas el restante 25 - 30%.

### Reducción de ingesta calórica total

Aunque está demostrado que tanto la reducción de la ingesta como la actividad física (formulada a una intensidad y duración que aumente el gasto calórico) pueden generar un déficit energético diario que lleva a perder peso,

resulta más fácil en muchas ocasiones restringir la ingesta calórica en 500 kcal/día por ejemplo, que aumentar el gasto diario en esa magnitud a través de la actividad física y es acá donde la terapia nutricional cobra gran importancia en el manejo de la obesidad y del sobrepeso.

Una vez que a un nivel fijo de actividad física, el peso corporal es proporcional a la ingesta diaria, reducir la ingesta lleva necesariamente a perder peso. Está establecido que debe crearse un déficit de aproximadamente 500 kcal/día para perder aproximadamente una libra de peso por semana. Obviamente, la velocidad y la facilidad con la cual se pierde dicho peso son diferentes para cada persona según su tasa metabólica basal y todos los factores genéticos involucrados en dicho proceso.

Las dietas de muy bajo contenido calórico (ingesta < 800 kcal/día) jamás deben ser usadas sin estricta supervisión médica, generan más pérdida de peso a corto plazo (comparadas con aquellas que permiten mayores), pero pueden generar problemas para la salud (trastornos hidroelectrolíticos que pueden llevar a arritmias, déficits de micronutrientes) y a mediano y largo plazo, pueden perpetuar el síndrome de “yo-yo” al alterar la tasa metabólica basal. Dietas que restringen la ingesta diaria entre 500 y 1.000 kcal/día de lo usual para el paciente, generan menor pérdida de peso a corto plazo pero la recuperación de peso a largo plazo es menor.

Finalmente, es importante anotar que la adherencia a largo plazo del paciente a los cambios nutricionales propuestos es un factor que predice de manera fuerte la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido.

## **Actividad física**

En personas obesas, el bajo nivel de acondicionamiento físico predice de forma independiente la mortalidad por todas las causas, mejor incluso que los niveles de colesterol, el tabaquismo o la HTA. La actividad física,

independientemente de la pérdida de peso que genere (así sea ninguna), aporta beneficios adicionales a la salud, ampliamente conocidos: como mejoría en todos los parámetros metabólicos (resistencia a la insulina, glucemia, presión arterial, perfil lipídico), mejoría de la función endotelial y vascular, salud ósea, reducción del riesgo de enfermedad coronaria, de cáncer y de mortalidad por todas las causas; con impacto benéfico también sobre la calidad de vida y el estado de ánimo<sup>(47)</sup>.

Existen pocos estudios clínicos aleatorizados que evalúen el impacto real del ejercicio en el manejo del sobrepeso y la obesidad; la mayoría usa protocolos que incluyen tan solo 150 minutos/semanales de actividad física, razón por la cual los resultados en términos de reducción de peso son modestos; sin embargo, como se dijo previamente, si se aplica un protocolo que equipare el déficit calórico/día (por restricción de la ingesta o por actividad física) la pérdida de peso obtenida es la misma, independientemente de la intervención<sup>(48)</sup>. A pesar de esto, la falta de motivación, disposición y adherencia a mediano y largo plazo de los pacientes al aumento de actividad física (sobre todo cuando nunca se ha hecho) hace que esta intervención se haya convertido en pieza clave para mantener el peso perdido (por el poco tiempo de práctica con el consecuente poco déficit calórico creado) y una buena salud, y no para perder grandes cantidades de peso de manera efectiva.

Aparte de crear un balance calórico negativo, el ejercicio contribuye a la pérdida de peso, aumentando (o al menos manteniendo estable) la tasa metabólica basal que tiende a disminuir con la pérdida de peso.

Idealmente, el ejercicio debe ser prescrito por personal experto (sobre todo en aquellos pacientes con comorbilidades relacionadas o no a su obesidad): tipo, frecuencia, intensidad, duración.

Las recomendaciones para la población general son<sup>(49)</sup>:

- Para perder peso: mínimo 60 minutos/día, el mayor número de días a la semana posibles (todos es lo ideal) de intensidad moderada a intensa.
- Para prevenir enfermedad crónica: mínimo 30 minutos/día, el mayor número de días a la semana posibles (todos es lo ideal) de intensidad moderada a intensa.

Adicionalmente, se recomienda incorporar a las actividades diarias conductas que reduzcan el sedentarismo: usar menos el carro, parquear lejos del sitio a donde va y caminar, no usar ascensores ni escaleras eléctricas, bajarse del bus algunas cuadras antes de su destino y caminar, por ejemplo.

## Terapia conductual

Un programa exitoso de pérdida y mantenimiento del peso perdido a largo plazo debe incluir una estrategia terapéutica que le permita a la persona implicada instaurar cambios de comportamiento que mantenga para toda la vida, con respecto a su ingesta diaria de alimentos y al grado de actividad física que realiza. La instauración de este tipo de conductas debe ser un proceso, que inicia con la aceptación, por parte del paciente, de que necesita instaurar dichos cambios para lograr de manera progresiva también, las metas propuestas por él y por su equipo de salud con respecto a su peso corporal.

Los estudios demuestran que acudir a las sesiones (individuales o grupales) de terapia conductual predice de forma independiente la pérdida de peso en los pacientes intervenidos para tal fin cuando se comparan con aquellos que hacen dieta y actividad física solamente<sup>(46)</sup>. Los programas de manejo de la obesidad basados en terapia conductual producen una pérdida promedio de 0.5 a 1.0 kg/semana, con un total de 8.5 kg a 9.0 kg perdidos y con una tasa de abandonos menor al 20%<sup>(50)</sup> De igual manera,

el contacto permanente con el personal entrenado una vez se haya “terminado” el tratamiento, predice el mantenimiento del peso perdido a largo plazo aun en aquellas personas llevadas a cirugía bariátrica.

Desafortunadamente, la inclusión de la terapia conductual en los programas para perder peso es poco común, sobre todo en países como el nuestro, ya sea por desconocimiento de la importancia del mismo (dado el carácter crónico de la obesidad como enfermedad), falta de personal idóneo para manejarlo o falta de recursos (nuestro sistema de salud no contempla esta terapia).

Existen cambios simples y fáciles de sugerir por personal entrenado en el manejo de este tipo de pacientes (los relacionados con modificaciones del comportamiento) y otros más complejos que desafortunadamente son menos tenidos en cuenta y que exigen profesionales expertos (componente cognitivo: evaluación y modificación de pensamientos, creencias, emociones y autoestima que se relacionan con la dificultad de una persona para perder peso). La **tabla 8** muestra algunos ejemplos de modificaciones del comportamiento aceptadas como eficaces según la evidencia. Dichos cambios deben involucrar al paciente e idealmente a las personas que viven con él para establecer una red de apoyo que mejore los desenlaces del tratamiento.

**TABLA 8. CAMBIOS COMPORTAMENTALES SUGERIDOS PARA EL PACIENTE CON SOBREPESO – OBESIDAD.**

Intervención	Comentarios
<b>Al comprar alimentos:</b>	
Llevar listas de alimentos a “elegir” y “evitar”.	Puede educar al paciente sin necesidad de tener siempre que contar calorías.
No comprar (hacer el mercado) cuando se tiene hambre.	Si se hace, se compran alimentos que deben evitarse.

<b>Al comer:</b>	
Desayunar siempre.	Aumenta la sensación de saciedad y evita comer altas cantidades de otros alimentos.
Reducir el tamaño de las porciones.	
Usar platos y cubiertos pequeños.	
Empezar las comidas con alimentos ricos en fibra (vegetales o frutas) o bebidas sin contenido calórico.	
Aplicar el adagio: “nunca muy lleno ni muy hambriento”.	Puede ser útil para aquellas personas a quienes les gusta “seguir reglas”.
Usar recomendaciones prescritas por un experto (nutricionista).	
Comer despacio.	
<b>Al preparar alimentos:</b>	
Planear siempre lo que va a comer (incluidos los refrigerios).	
Aprender a cocinar alimentos con bajo contenido calórico.	
<b>Si come fuera de casa:</b>	
Ordenar antes que los demás.	Evita que el paciente “se antoje” con los pedidos de los otros.
Ordenar entradas, más que platos fuertes.	
Compartir platos.	Mejores comidas: asadas, cocidas, al vapor, a la parrilla.
No elegir comidas fritas, con salsas, apanadas.	
Si va a comer hamburguesa: ordenar la más pequeña, no en “combo” con papas fritas, comer sólo una tapa del pan.	
Tomar agua o bebidas sin azúcar.	Si lo hace, considerar yogurt, fruta u otro tipo pero de tamaño infantil.
No ordenar postres.	
<b>Hacer actividad física regular</b>	
<b>Si se presenta ansiedad:</b>	
No comer.	
Escuchar música relajante.	
Salir de la casa.	
Tomar un baño.	



La terapia conductual puede dividirse en dos grandes focos: (i) cambios de comportamiento: estrategias que llevan a la persona a desarrollar conductas deseables y a abolir o a disminuir la frecuencia de comportamientos indeseables con respecto a sus hábitos y, (ii) manejo cognitivo: enfocado a identificar y modificar pensamientos o autopercepciones asociados con malos hábitos, fracasos previos en su intento de disminuir de peso o recaídas previas. La **tabla 9** muestra las principales estrategias y procesos de estas dos intervenciones<sup>(50)</sup>.

**TABLA 9. ESTRATEGIAS DE MANEJO COMPORTAMENTAL Y COGNITIVO PARA PERDER PESO.**

Modificación comportamental	Manejo cognitivo
Establecer metas alcanzables y reales de tratamiento (en términos de reducción de peso o mejoría metabólica y/o psicosocial).	Establecer grado de motivación del paciente.
Automonitoreo (de comida ingerida, actividad física realizada, otros factores que influyan en el peso).	Aclarar expectativas del tratamiento.
Control de estímulos (identificar y controlar factores que generan aumento de peso).	Reestructuración cognitiva (auto-percepciones negativas, frustraciones; estrategias de auto-refuerzo).
Cambios ambientales (que faciliten CTEV).	
Estrategias para solucionar problemas.	
Prevención de recaídas (contacto a largo plazo con equipo tratante).	