



EL PAPEL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

THE ROLE OF THE CLINICAL PSYCHOLOGIST IN THE TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY

Isaac Amigo Vázquez y Concepción Fernández Rodríguez

Universidad de Oviedo

En este trabajo se presentan los elementos básicos de un programa psicológico para el control del peso. En él se parte de un hecho que habitualmente no se tiene en cuenta en los programas comerciales más comunes y que no son eficaces para mantener la pérdida de peso a medio y largo plazo. Esto es, que la pérdida de peso sostenible sólo es posible cuando se respeta los límites que cada organismo marca. Esto implica un trabajo de reajuste de expectativas, mostrando a los clientes cuanto peso es posible perder, enseñando un cierto autocontrol alimentario, promoviendo cambios en el estilo de vida y proponiendo un modo distinto de relacionarse con el propio cuerpo.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Control del peso.

In this paper, we present the basic structure of a psychological program for weight control. It is rooted in a fact that is usually not taken into account in most common commercial programs, which are not effective in maintaining medium and long-term weight loss. That is, sustainable weight loss is only possible when we respect the limits set in each organism. This work involves a readjustment of expectations showing how much weight it is possible to lose, teaching self-control techniques, promoting changes in lifestyle and proposing a different way of relating to one's own body.

Key words: Overweight, Obesity, Weight control.

El sobrepeso y obesidad constituyen en la actualidad una preocupación de referencia diaria para la mayor parte de la población del mundo desarrollado. El sobrepeso se alcanza cuando el índice de masa corporal (IMC) se sitúa entre 25 y 29.9 y la obesidad cuando el IMC es mayor de 30. Desde la perspectiva de la salud existen múltiples evidencias que relacionan el incremento del IMC con el incremento de morbilidad (p.e. artrosis, diabetes, hipercolesterolemia o incremento del riesgo quirúrgico) y con el de morbilidad atribuible a todas las causas (p.e. cardiovascular o cáncer). El problema lleva un patrón de crecimiento muy llamativo. En España, en 2003 un 49,23 de la población tenía algún grado de exceso de peso (el 13,32% estaba obesa y el 36,91% tenía sobrepeso). En 2006, según la Encuesta Nacional de Salud un 15,25% y un 37,4% de los adultos mostraban obesidad y sobrepeso, respectivamente. El avance de resultados del estudio ENRICA realizado por la Universidad Autónoma de Madrid, muestra que el 62% de los españoles mayores de dieciocho años tiene un exceso de peso (el 23% obesidad y el 39% de sobrepeso).

No obstante respecto a este tema es necesario tener en

cuenta dos hechos importantes. Por un lado que la relación estadística entre el exceso de peso y la enfermedad es puramente correlacional y no causal. Esto explicaría que el 20% de los diabéticos, el 40% de los hipertensos y el 50% de las personas con el colesterol elevado tengan un peso normal. Y por otro que la relación entre el IMC y la mortalidad no es lineal sino que adopta una forma de U. Esto significa que el riesgo de fallecimiento se eleva tanto en las personas con obesidad pero también en los niveles de IMC más bajos (Allison, Zhu, Plankey, Faith y Heo, 2002). Y, sorprendentemente, también se ha mostrado en uno de los mejores estudios sobre el tema, que la tasa de mortalidad es incluso algo menor en el rango del sobrepeso (25-26,9) que en el rango de peso normal (18,5-24,9) (Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2005).

Estos datos son de gran importancia en la medida que, muchas personas que buscan ayuda para perder peso no lo hacen tanto por motivos de salud cuanto por una preocupación por una imagen corporal que la sociedad demanda y los medios de comunicación difunden. Esto conlleva que, particularmente muchas mujeres, cuyo IMC es adecuado y no muestran problemas de salud traten de un modo reiterado de perder peso. En la actualidad un IMC de 25 no es considerado estéticamente adecuado. Muchas personas piensan, por ejemplo, que una mujer de 1.65 m debería estar entre los 60 y 63 kg, esto



significa un IMC situado entre 21 y 23, entre dos y cuatro puntos (es decir, al menos 5kg) por debajo del límite de lo que es plenamente saludable.

El objetivo de este artículo es, en primer lugar, presentar las barreras fisiológicas y psicológicas para perder peso y mantener esa pérdida a largo plazo. Y, por otra parte, describir el trabajo clínico que el psicólogo puede desempeñar en este ámbito corrigiendo expectativas, mostrando cuanto peso es posible perder, enseñando un cierto autocontrol alimentario, promoviendo cambios en el estilo de vida y proponiendo un modo distinto de relacionarse con el propio cuerpo.

LÍMITES DE LA PÉRDIDA DE PESO

Antes de iniciar cualquier programa para la reducción del peso es necesario tener en cuenta (y en esta línea habría que educar a los clientes) que el organismo pone en marcha una serie de frenos que tratan de bloquear dicha reducción. Entre dichas barreras cabe destacar el llamado efecto suelo de las dietas (Amigo y Fernández, 2004). En esencia, este efecto se refiere a que si una persona comienza a restringir el número de calorías que consume habitualmente, los primeros kilos se perderán rápidamente, sin embargo, al cabo de algunas semanas observará como, a pesar de mantener dicha restricción, pierde cada vez menos kilos hasta que ya no baja más. El estudio sobre los efectos del hambre de Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, y Taylor (1950) ha permitido mostrar experimentalmente este proceso. Esto supone que el organismo del ser humano se comporta como si dispusiese de una barrera que es muy difícil de traspasar, lo que se ha denominado *setpoint* o punto fijo (Keesey, 1980). Ahora bien, el *setpoint* no es inamovible, de hecho, a medida que se va ganando peso con los años se situando cada vez más arriba. Por el contrario, si se pierde peso y se mantiene dicha pérdida de peso, el *setpoint* también puede situarse más abajo, pero son necesarios algunos años para su consolidación. Aunque en la actualidad no hay datos para precisarlos, algunos autores hablan de hasta seis años. Este dato es revelador de la dificultad del mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo. De él se deduce que el organismo tiende durante mucho tiempo a la recuperación del peso después de haberlo perdido.

El concepto de *ponderostato* añade más elementos para comprender la tendencia del peso a la homeosta-

sis (Schwartz, Woodst, Porte, Seeley y Baskin, 2000). Los resultados experimentales han mostrado que cuando los adipocitos comienzan a vaciarse dejan de fabricar leptina y esto incrementa la sensación de hambre. En sentido inverso, cuando los adipocitos se llenan la producción de leptina bloquea la sensación de hambre. Esto puede explicar la voracidad que sienten la personas cuando restringen significativamente su alimentación y, en sentido inverso, como después de unos días de excesos, el organismo tiende a comer menos y volver a su peso normal (Klok, Jakobsdottir y Drent, 2007).

En la actualidad, se publicitan muchas dietas que ofrecen pérdidas de peso muy superiores a las que organismo puede aceptar y todas ellas son igualmente ineficaces para control del peso a largo plazo. Sus efectos a corto plazo se explican por lo que tienen en común, esto es, la reducción del consumo total de calorías, que se puede conseguir de formas muy diversas (Grande-Covían, 1988). La *dieta de Atkins*, por ejemplo, se basa en una restricción muy severa de los hidratos de carbono. Al principio, sólo se pueden consumir unos 20g de carbohidratos diarios con un incremento gradual hasta los 50g diarios. La dieta de los *Weight watchers* opta fundamentalmente por una restricción de las calorías medida en puntos, de tal forma que la persona sólo puede ingerir el equivalente a un determinado número de «puntos» en función de su peso. Cada punto equivale a unas 50 calorías. La dieta de *la Zone* busca un balance de los nutrientes de acuerdo a la siguiente proporción: 40 por 100 de hidratos de carbono, 30 por 100 de grasas y 30 por 100 de proteínas. La dieta de *Ornish*, al contrario que la dieta de *Atkins*, restringe las grasas y establece una alimentación casi vegetariana, reduciendo el consumo de grasa a un 10 por 100.

Dansinger, Gleason, Griffith, Selker y Schafer (2005) compararon las cuatro dietas antes descritas y constataron que sólo un 50 por 100 de las personas con sobrepeso u obesidad fueron capaces de mantener cualquiera de las dietas durante año. Las personas que al año seguían a régimen sólo habían conseguido perder entre 5 y 7 kg de peso. Datos muy similares se obtendrán, probablemente, cuando se evalúe el efecto de la *dieta dukan* que tanta popularidad ha alcanzado en los últimos años y que no deja de ser una variante de la dieta de *Atkins*.



En conjunto los resultados de diversas investigaciones epidemiológicas también han llegado a la conclusión de que el 95 por 100 de las personas que pierden peso lo recuperarán entre uno y cinco años más tarde. No obstante, se debe tener en cuenta que esos datos suelen obtenerse estudiando a personas que habitualmente acuden a las consultas de nutrición médicas y, por lo tanto, no se pueden aplicar al conjunto de la población que se somete a dieta (Sarlio-Lahteenkorva, Rissanen, & Kaprio 2000).

Para explicar esa tendencia a recuperar el peso que se ha perdido, *la teoría de la restricción alimentaria* propuesta por Herman y Mack (1975) postula que las personas restrictivas, es decir, aquellas que se encuentran atrapadas en un proceso continuo de dietas y que para regular su ingesta atienden más a creencias de lo que deben hacer que a las sensaciones reales de hambre o saciedad, tienden a comer descontroladamente y darse atracones cuando violan la dieta o cuando están alteradas emocionalmente. En el experimento en el que se fundamentó esta teoría se comparó a un grupo de personas restrictivas con otro de personas no restrictivas a quienes se les decía que la prueba tenía como objeto examinar las preferencias por los sabores. Dicho experimento consistía en comer primero un batido de vainilla y, a continuación, comer libremente y tanto como quisieran de tres tipos de helados diferentes. Lo que ocurrió fue que las personas no restrictivas cuanto más cantidad de batido tomaban menos helado consumían y, por el contrario, las personas restrictivas cuanto más batido tomaban más cantidad de helado consumían. Es decir, la ruptura de la restricción lleva a la desinhibición alimentaria.

Posteriormente, Herman y Polivy (1984) ampliaron esta teoría con el *modelo de los límites de la regulación de la ingesta*. Este modelo subraya la naturaleza psicológica de este efecto desinhibitorio, ya que los participantes en este tipo de experimentos no se descontrolaban comiendo helado cuando se les decía que el batido era bajo en calorías, aunque en realidad su contenido calórico fuese muy elevado. Las personas restrictivas parecen tener un límite respecto a lo que pueden comer y cuando lo traspasan tienden a comer desinhibidamente.

Por lo tanto, si las personas recuperan un peso igual o superior al que han perdido tras una dieta hipocalórica, ello se debe, en gran medida, a los cambios que dicha

dieta puede provocar en su comportamiento alimentario, y que se traduce en una mayor sensibilidad y gusto por los alimentos (Raynor y Epstein, 2003) y una mayor desinhibición alimentaria (Lowe, Foster, Kerzhnerman, Swain y Wadden, 2001).

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA REDUCCIÓN DEL PESO

El breve esbozo de la tendencia homeostática del peso y de los mecanismos psicológicos y fisiológicos que se activan para facilitar la recuperación del mismo, deja ver la insuficiencia y escasa efectividad que puede tener cualquier dieta hipocalórica a largo plazo. Si el control del peso fuese posible mediante una reducción de las calorías, bastaría una calculadora y una tabla del valor energético de los alimentos para perder peso de un modo permanente. De hecho, esto es lo que hacen más o menos los llamados *dieters* (personas que se someten muy frecuentemente dietas hipocalóricas) y nunca consiguen su objetivo.

Hasta la fecha gran parte de la investigación que se ha hecho sobre las estrategias psicológicas para el control del peso se han basado en las técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado cierta efectividad. En el programa que se propone a continuación se ha incorporado el planteamiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso que puede resultar de gran interés y utilidad sobre este problema.

¿Cuánto peso es posible perder?

Uno de los primeros temas a abordar con el cliente es su expectativa respecto a la cantidad de peso que quiere perder. Sus experiencias con las dietas hipocalóricas pueden haberle hecho creer que es razonable esperar una pérdida mucho mayor de peso de la que es sostenible a largo plazo. Muchas personas creen que se pueden conseguir reducciones de más de un 10%-15% de un modo permanente. En este punto es necesario desarrollar un trabajo educativo para mostrar que tales pérdidas, aunque a corto plazo son posibles no se mantienen en el tiempo. De hecho es conocido que, cuantos más fracasos previos se han tenido con las dietas hipocalóricas y cuanto mayor es el porcentaje de peso que se ha perdido, mayor es la probabilidad de fracaso con una nueva dieta (McGuire, Wing, Klem, Lang y Hill, 1999; Vogels, Diepvens y Westerterp-Plantenga, 2005).



Además, una revisión reciente ha mostrado que entre uno y dos tercios de los llamados *dieters* reganan más peso del que perdieron y esta cifra parece subestimar el problema dado las limitaciones metodológicas de muchas de las investigaciones que han analizado este asunto (Amigo y Fernández, 2007; Mann, Tomiyama, Westling, Lew, Samuels, y Chatman, 2007).

También en este momento sería interesante cuestionar el tópico común de la existencia de un peso ideal para cada persona. El IMC es el mejor índice para establecer el peso de una persona en relación a su talla. Este índice marca una banda bastante amplia dentro de la cual el peso de una persona no representa problemas para la salud. Una persona cuya altura fuese 1,72 estaría en un peso saludable tanto si pesase 60 kg (IMC=20,33) como si su peso fuese de 74 kg (IMC=25). No obstante, muchas personas no aceptan inicialmente esta idea y su pretensión suele ser tener el cuerpo que tenían en un momento particular de su vida (p.e. antes del primer embarazo). Se trata de una negativa a asumir que su cuerpo ahora no es el que fue y que los cambios que puedan lograr ahora parten del tamaño actual del cuerpo.

A la luz de lo expuesto cabría preguntarse, entonces, ¿cuánto peso es adecuado perder para facilitar que no se vuelva a recuperar? La respuesta va implícita en el concepto de *set-point*. Como se señaló, el proceso de pérdida de peso suele iniciarse con una bajada inicial pronunciada que poco a poco va cediendo hasta estabilizarse. Si una persona, por ejemplo, pasa de consumir 2.500 calorías a 2.000, transcurridas unas semanas notará que, a pesar de seguir consumiendo esas 2.000 calorías, la báscula no refleja ningún descenso posterior. Probablemente es porque ha alcanzado su *set-point* y cualquier intento de perder más peso podría, paradójicamente, facilitar su recuperación. La razón de ello es que, para seguir perdiendo peso, sería necesaria una reducción adicional de la ingesta calórica que ahora tendría que limitarse, por ejemplo, a 1.800 calorías. En esta situación, tal como propone la *teoría de la restricción alimentaria*, la persona se sitúa ante muchos estímulos potenciales (p.e. violaciones de la dieta o estados de desánimo) que la lleven a desinhibirse y, por lo tanto, a comer mucho más.

Para la mayor parte de las personas, reducciones de torno a un 5% son posibles y sostenibles a lo largo del tiempo y, aunque puedan parecer limitadas respecto a los deseos personales, pueden ser muy beneficiosas en

términos de salud (Nanri, Mizoue, Takahashi, Noda, Inoue, y Tsugane, 2010).

No obstante, cada persona es distinta y tiene una biografía diferente. Es por ello, que no habría que prejuzgar el peso que se puede perder y así habría que transmitírselo al cliente. Dejar que los cambios alimentarios y en el estilo de vida que se le proponen vayan surtiendo su efecto hasta que esa pérdida de peso se vaya estabilizando parece lo más prudente.

Aprender a aceptar el propio cuerpo

Como la pérdida sostenible de peso es limitada, muchas personas se pueden sentir decepcionadas por este hecho. Es por esto, que enseñar a aceptar el propio cuerpo puede ser un elemento crítico en el éxito del programa (Amigo, 2010). El procedimiento para lograrlo encajaría adecuadamente dentro de la lógica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes y Strosahl, 2004). El objetivo aquí no es que la persona se resigne a verse gorda. Por el contrario, se trata de promover el cambio en todos aquellos aspectos de su estilo de vida que puedan contribuir a perder peso (alimentación, ejercicio, control emocional...). Esto implica que la persona tendrá que abrirse a muchas fuentes de malestar y a convivir con ellas sin tratar de eliminarlas. Tendrá que estar dispuesta a convivir con: que su cuerpo no es el que desea tener pero es el suyo; el límite en la reducción de peso; la inquietud que le causan los cambios alimentarios que se ha impuesto; la agitación que le provocará el deseo de iniciar otra dieta hipocalórica para bajar rápidamente de peso otra vez; los sentimientos de rabia por sentirse observada por su sobrepeso o la incomodidad que pueda generar observar continuamente modelos que a través del mundo virtual alcanzan una esbeltez perfecta.

Se trata, en definitiva, de aprender a sobrellevar aquello que no se puede cambiar de otro modo. La frustración y la rabia por el deseo de perder peso y no conseguirlo provocan aún más malestar y sufrimiento. Dejar de luchar contra lo incontrolable hace que ese malestar se viva de un modo limpio y sin cargas emocionales. Y libera mucho espacio para ocuparse de otros elementos importantes de la vida y para centrarse en aquello que se puede controlar.

Obviamente, para lograr todo ello es necesario recurrir al conjunto de técnicas y procedimientos de la ACT. La desesperanza creativa puede servir para mostrar al cliente como sus esfuerzos para controlar su peso a tra-



vés de todo tipo de restricciones y dietas hipocalóricas han fracasado. Plantear como tratar de ejercer el control más allá de lo que se puede controlar no sólo no genera malestar sino que además agrava el problema al inducir una sucesiva serie de fracasos e, incluso, puede llevar al incremento del peso. Las técnicas de de-fusión son útiles para mostrar como el lenguaje y los pensamientos son una fuente adicional de sufrimiento puesto que reverberan la obsesión por el volumen del cuerpo sin que la persona sea capaz de darse cuenta que los pensamientos son sólo eso, pensamientos que la están apartando de vivir en el aquí y ahora. Adoptar la postura del espectador permite tomar conciencia de que la persona no es sólo su cuerpo sino que es algo que trasciende sus pensamientos, emociones, sensaciones y su cuerpo. Trabajar de cara a los valores personales es fundamental para liberarse de la preocupación continua por el cuerpo al tiempo que se hace aquello que para cada persona es lo más valioso e importante.

Adherirse a un programa de alimentación personalizado y con menos calorías

Para conseguir el control del peso es necesario adaptarse a una alimentación no demasiado calórica y que contenga la proporción de nutrientes adecuada para facilitar el control del peso. Esto supone asumir que el nuevo patrón alimentario tendrá que mantenerse de modo indefinido, ya que dicho patrón sólo es eficaz durante el tiempo en el que se realiza. Además, para que se consolide este nuevo hábito es imprescindible que el estilo de alimentación respete los gustos de cada cual, por lo que nada puede quedar prohibido. Se podrá moderar la cantidad de algún alimento pero nunca eliminarlo totalmente de nuestra dieta, ya que eso sólo contribuiría a fortalecer el llamado efecto "manzana prohibida" (Lemmens, Born, y Rutters et al, 2010).

El estilo de alimentación más adecuado para el ser humano supone que al menos el 50%-55% de las calorías que se consuman deben provenir de los hidratos de carbono de cadena larga (legumbres, cereales, arroz, pasta, patatas y verduras). Alrededor del 30% deben proceder de las grasas (preferentemente grasas insaturadas, como el aceite de oliva o el pescado azul que reducen los riesgos de colesterol) y entre el 15%-20% restante de las calorías se deben consumir en forma de proteínas. Aunque esto pueda parecer una contradicción respecto a los tópicos actuales sobre la

alimentación, no se debe olvidar que cuando las calorías provienen de los hidratos complejos, el nivel de glucemia sube más lentamente, permanece más tiempo constante y cae poco a poco. Este tipo de hidratos tarda más tiempo en absorberse y su efecto saciante es más prolongado. Por lo tanto, los hidratos complejos deben estar en la base de la pirámide de la alimentación, facilitando la reducción de peso hasta 2 kilos tal y como ha mostrado el proyecto europeo CARMEN. (Saris, Astrup, Prentice et al 2000).

Un programa de alimentación que recoge esa proporción saludable de nutrientes que acabamos de comentar se expone en la tabla 1. Obviamente, sería muy deseable que la persona estableciese su nuevo patrón alimentario. Si surgen dudas en este aspecto, la tabla 1 puede servir de orientación general sobre las cantidades y tipos de alimentos preferibles.

Otro aspecto importante de la alimentación es que hay que distribuirla entre cuatro y seis ocasiones al día. Esto puede chocar con los hábitos de muchas personas que

TABLA 1
ESQUEMA ALIMENTARIO ORIENTATIVO PARA
EL CONTROL DEL PESO

Desayuno	Una taza de café con leche o dos yogures + Una ración de pan o de cereales ó tostadas
Media mañana	Una pieza de fruta o una ración de pan con fiambre o un lácteo
Comida	<i>Primer plato</i> de verdura o ensalada o Dos cazos de legumbres (garbanzos, lentejas, etc.), pasta, arroz, guisantes, etc. <i>Segundo plato</i> de carne, pescado o un huevo Postre, una pieza de fruta mediana o queso fresco
Merienda	Media taza de café con leche o un yogur
Cena	Igual que la comida variando menús
Antes de acostarse	Media taza de leche o un yogur

Las raciones deben ser de unos: 40 gr. para el pan. 30 gr. para los cereales. 200 gr. para la verdura, 175 gr. para la pasta, legumbres y arroz; 120 gr. para la carne; 160 gr. para el pescado; 200 gr. para la fruta y 125 gr. para los lácteos. El aceite, debido a su alto valor calórico, no debería superar las 3 cucharadas soperas al día, incluido el que se utilice para la preparación de los alimentos.



han basado todos sus esfuerzos para controlar su peso en restringir su alimentación, llegando a saltarse algunas comidas para evitar la ganancia de peso. Tal y como hemos ya señalado, nada más ineficaz para perder peso que la restricción alimentaria que incluso puede llevar a ganar algunos kilos.

El agua debe ser la bebida de referencia de la persona que trata de controlar su peso, ya que es posiblemente la única que garantiza la hidratación sin aporte calórico alguno. Al café o a las infusiones se suele añadir azúcar y muchas bebidas light no siempre tienen cero calorías. Si se acostumbra a beber vino, se tendría que limitar su consumo a una copa al día. También se debe tener una especial prevención con todas las bebidas endulzadas con fructosa tales como los refrescos, las colas o los zumos envasados. Cuando se ingieren de modo regular y en cantidades elevadas, llevan a producir una alteración en el metabolismo que se traduce en una reducción de la capacidad para sentirse saciado y, por lo tanto, en la tendencia a comer más. La fructosa también se encuentra en la fruta, sin embargo, cuando se consume directamente a través de este tipo de alimentos sólidos resulta muy beneficiosa porque se ingiere en menor cantidad y contiene una gran cantidad de fibra que, en este caso, sí favorece la saciedad.

Siguiendo esta propuesta y en función de la diferencia entre el gasto energético total y el número de calorías que se ingieran, se puede empezar una pérdida lenta y gradual de peso que se estabilizará en un determinado momento. El mantenimiento de esa pérdida, al margen de lo pronunciada que sea, es el mejor indicador de que en el futuro se seguirá perdiendo peso y no tendría que recuperarse.

Reforzar los cambios en los hábitos de vida y retirar el foco del peso

Al inicio de cualquier cambio dietético suele surgir la tentación de pesarse a diario para ver si efectivamente funciona lo que se está haciendo. El peso no es algo que se pueda controlar directamente o que responda a los deseos que uno tenga, por mucho que uno se pese varias veces al día. Pero lo que si queda dentro de la posibilidad de control de una persona, son los cambios que puede introducir en su vida. El hecho de pesarse sistemáticamente puede empeorar el estado de ánimo de la persona, especialmente si no se encuentra el resultado esperado en la báscula. El peso, incluso cuan-

do se utiliza alguna dieta, no desciende sistemáticamente en cada pesaje, sino que además de mostrar fluctuaciones diarias de la mañana a la noche, también puede estancarse durante varios días. Cuando así ocurre, se puede provocar un sentimiento de desmoralización en la persona que le lleve, incluso, a violar el régimen que está llevando a cabo. Se ha observado que cuando las personas están a dieta y se les informa que pesan más que en la ocasión anterior tienden a desinhibirse delante de los alimentos y a renunciar al control sobre la alimentación (Shanker, 2005). Por todo esto, el pesarse debe realizarse siempre a la misma hora, una vez a la semana y sin la expectativa de un descenso significativo inmediato.

Estimular la práctica de alguna actividad física

La actividad física moderada (no extenuante) es un elemento fundamental en la regulación del peso, aunque el ejercicio físico no provoca una pérdida significativa del mismo, sí se ha demostrado que es fundamental para no incrementarlo y también que el sedentarismo sí engorda (Gordon-Larsen, Hou et al, 2009).

Además, la actividad física moderada causa cierto cansancio físico que, a su vez, suele facilitar un mejor descanso e incrementar la calidad del sueño lo que sitúa a la persona en una condición más favorable para iniciar el día siguiente. La cantidad y calidad del sueño es también importante para el control del peso porque se asocia con la correcta regulación de las sensaciones de hambre y saciedad (Appelhans, Janssen, Cursio et al, 2012).

La actividad física también modera el apetito, y sirve también para controlar los estados emocionales de ansiedad y depresión que pueden llevar a muchas personas a una ingesta de alimentos hipercalóricos como una forma de calmar los nervios a corto plazo. Annesi y Unruh (2008) han mostrado que el ejercicio físico puede tener efectos muy positivos sobre el mantenimiento de la pérdida a largo plazo debido, sobre todo, a la mejora en el estado de ánimo que provoca.

Posiblemente la ilustración más clara de cómo el ejercicio es un excelente estabilizador del peso lo mostró el estudio de (Tudor-Locke, Bassett, Rutherford, Ainsworth, Chan, Croteau et al, 2008). En este trabajo participaron 3.217 personas de cinco países distintos con un rango de edad entre 18 y 94 años y ha permitido determinar el número de pasos necesarios para mantenerse en un peso normal.



La contabilización de los pasos se realizó con un podómetro. Los resultados han mostrado, con gran precisión, que las personas que andan una media de 12.000 pasos totales al día, incluyendo los que caminan dentro de sus casas o en el trabajo, al menos tres veces por semana, están exentas del problema del sobrepeso. No obstante, el número de pasos varía en función de la edad y el sexo. Las mujeres de más de 60 años no necesitan más que 8.000, las que están entre 40 y 50 años necesitarían 10.000, y los hombres mayores de 50 unas 11.000. El resto de la población necesitaría en torno a unos 12.000 pasos diarios para mantener su peso. Además, también llama la atención que si para la mejora de la salud cardiovascular es necesario realizar el ejercicio dentro con una intensidad moderada, para el control del peso, según los autores de este estudio, cada paso cuenta y llegando a las cifras antes descritas el control del peso es más que probable.

Crear nuevos contextos para el establecimiento de los nuevos hábitos

Tras lo expuesto, se hace evidente que el control del peso requiere la modificación de muchos hábitos que definen el estilo de vida individual de cada cliente. Es por ello que crear contextos adecuados para la generación de los nuevos comportamientos es importante para optimizar el éxito.

En este sentido, se ha de aprovechar todos los recursos personales, familiares y sociales de la persona para reforzar el nuevo repertorio de conductas. Así por ejemplo, comprometer a toda la familia en el nuevo estilo alimentario podría ser una vía para estimular el cambio alimentario, ya que ello facilita la preparación de los alimentos y el control estimular. La red social puede facilitar que la práctica de la actividad física pueda ser, a la vez, una forma de establecer y mantener el apoyo social, buscando personas y lugares comunes donde hacer ejercicio. Aprovechar las rutinas cotidianas para incorporar una nueva conducta, por ejemplo, caminar una hora al día durante desplazamientos al trabajo o debidos al quehacer diario puede ser una buena opción para mantener una actividad mínima. Si no existen estos recursos habrá que buscar con el cliente otros modos de promover su modificación de conducta. En este sentido, el desarrollo de un programa de estas características en grupo facilita la propuesta, por parte de sus miembros, de distintas alternativas a las dificultades que vayan surgiendo.

Una barrera a la que muchas personas se agarran para no cambiar es buscar razones para justificar el porqué de la dificultad para no hacer ejercicio o no seguir una alimentación adecuada. Sin embargo, en este punto no estaría de más recordar que esas razones no son las causas de ese comportamiento y, en muchos casos, no son otra cosa que coartadas. Esto se puede explicar mostrando cómo todas las personas siempre han hecho algo aunque tuviesen razones para no hacerlo. Así, por ejemplo, se puede afirmar que no se sale a caminar, aunque esto pudiese ayudar a controlar el peso, porque no se encuentra ningún sitio agradable para hacerlo. Aun cuando eso pueda ser una razón para no hacerlo, la realidad es que el que no se encuentre un sitio adecuado no es la causa de que no se vaya a caminar, ya que se puede caminar por un lugar que no resulte especialmente atractivo. Mostrar como a través del lenguaje podemos caer en determinadas trampas que rompen con nuestros compromisos y necesidades, es una condición fundamental para promover el autocontrol personal.

REFERENCIAS

- Allison, D.B., Zhu, S.K., Plankey, M., Faith, M.S. y Heo, M. (2002). Differential associations of body mass index and adiposity with all-cause mortality among men in the first and second national Health and Nutrition Examinations Survey (NHANES I and NHANES II) follow-up studies. *International Journal of Obesity*, 26, 410-416.
- Amigo, I. (2010). *Ser gordo, sentirse gordo*. Madrid: Pirámide.
- Amigo, I. y Fernández, C. (2004). El efecto iatrogénico de las dietas. *Revista Española de Obesidad*, 4, 207-215.
- Amigo, I. y Fernández, C. (2007). Effect Effects of diets and their role in weight control. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 321-327.
- Annesi, J. J. y Unruh, J. L. (2008). Relations of exercise, self-appraisal, mood changes and weight loss in obese women: testing propositions based on Baker and Brownell's (2000) model. *American Journal of Medical Science*, 335,198-204.
- Appelhans, B.M., Janssen, I., Cursio, J.F., Matthews, K.A., Hall, M., Gold, E.B., Burns J.W. y Kravitz, H.M. (2012). Sleep Duration and Weight Change in Midlife Women: The SWAN Sleep Study. *Obesity doi: 10.1038/oby.2012.175*. [Epub ahead of print]



- Dansinger, M. L., Gleason, J. A., Griffith, J. L., Selker, H. P. y Schafer, E. J. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 293, 43-53.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. y Gail, M.H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *Journal of American Medical Association*, 293, 1861-1867.
- Gordon-Larsen, P., Hou, N., Sidney, S., Sternfeld, B., Lewis, C.E., Jacobs, D.R. Jr y Popkin, B.M. (2009). Fifteen-year longitudinal trends in walking patterns and their impact on weight change. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89, 19-26.
- Grande-Covián, F. (1988). *Nutrición y Salud*. Madrid: Temas de Hoy.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide of Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Herman, C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Herman, C. P. y Polivy, J. (1984). *A boundary model for the regulation of eating*. En A. J. Stunkard y E. Stellar (Eds.). *Eating and its disorder*, Nueva York: Raven Press.
- Keesey, R.E. (1980). The regulation of body weight: A set-point analysis. En A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. y Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klok, M.D., Jakobsdottir, S. y Drent, M.L. (2007). The role of leptin and ghrelin in the regulation of food intake and body weight in humans: a review. *Obesity Review*, 8, 21-34.
- Lemmens, S.G., Born, J.M., Rutters, F., Schoffelen, P.F., Wouters, L., Westerterp-Plantenga, M.S. (2010). Dietary restraint and control over "wanting" following consumption of "forbidden" food. *Obesity* 18, 1926-1931.
- Lowe, M., Foster, G.D., Kerzhnerman, I., Swain, R. M. y Wadden, T. (2001). Restrictive dieting vs «undieting». Effects on eating regulation in obese clinic attenders. *Addictive Behaviors*, 26, 253-266.
- McGuire, M.T., Wing, R.R., Klem, M.L., Lang W. Y Hill, J.O. (1999). What predict weight regain in a group of successful weight losers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 177-185.
- Mann, T., Tomiyama, A.J., Westling, E., Lew, A., Samuels, B. y Chatman, J. (2007). Medicare's Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer *American Psychologist* 62, 220-233.
- Nanri, A., Mizoue, T., Takahashi, Y., Noda, M., Inoue, M., Tsugane, S. (2010). Weight change and all-cause, cancer and cardiovascular disease mortality in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *International Journal of Obesity*, 34, 48-56.
- Raynor, H. y Epstein, L. (2003). The relative reinforcing value of food under differing levels of food deprivation and restriction. *Appetite*, 40, 15-24.
- Saris, W.H., Astrup, A., Prentice, A.M., Zunft, H.J., Formiguera, X., Verboeket-van de Venne, W.P., Raben, A., Poppitt, S.D., Seppelt, B., Johnston, S., Vasilaras, T.H. y Keogh, G.F. (2000). Randomized controlled trial of changes in dietary carbohydrate/fat ratio and simple vs complex carbohydrates on body weight and blood lipids: the CARMEN study. The Carbohydrate Ratio Management in European National diets. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1310-1318.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2000). A descriptive study of weight loss maintenance: 6 and 15 year follow-up of initially overweight adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 116-125.
- Schwartz, M.W., Woodst, S.C., Porte, Jr., Seeley, J. y Baskin, D.G. (2000). Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404, 661-671.
- Shanker, W. (2005). *Mucha Talla*. Barcelona: Editorial Lumen.
- Tudor-Locke, C., Bassett, DR Jr. Rutherford, W.J., Ainsworth, B.E., Chan, C.B. y Croteau, K. (2008). BMI-referenced cut points for pedometer-determined steps per day in adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 5, Suppl 1: S126-39.
- Vogels, N., Diepvens, K., Westerterp-Plantenga, M.S. (2005). Predictors of long-term weight maintenance. *Obesity Research*, 13, 2162-2168.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Stunkard, A. J. y Conill A. M. (1996). Effects of weight cycling on the resting energy expenditure: body composition of obese women. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 5-12.