6 Tratamiento no farmacológico

Intervención sobre el estilo de vida: nutrición, actividad física e intervención psicológica y conductual

El abordaje no farmacológico debe considerarse la primera parte del tratamiento de la obesidad, ya que es el pilar sobre el que se sostienen los tratamientos asociados.[1] Se recomienda una intervención multicomponente orientada a lograr una pérdida de la menos entre el 5 y el 10 % del peso corporal, con objetivos sostenibles a largo plazo centrados en la mejora de las comorbilidades, la funcionalidad y la calidad de vida, y en la prevención de la reganancia de peso.[2]

Tabla 1. Resumen de intervención multicomponente.

Actividad física	Mejora funcional, gasto energético y salud cardiovascular.
Terapia nutricional	Estructuración alimentaria y mejora de hábitos.
Intervención psicológica y conductual	Adherencia, motivación, regulación emocional y mantenimiento del cambio.

Fuente: Elaboración propia.

Es la combinación de estas tres intervenciones —y no cada una por separado— la que demuestra mejores resultados a largo plazo.

6.1 Intervención psicológica y conductual

La intervención psicológica es fundamental para lograr cambios conductuales que den lugar a una mayor adherencia terapéutica y una mayor

adopción de hábitos saludables a largo plazo: centrada en aumentar la autoeficacia y la motivación intrínseca, favorece una mayor adherencia al tratamiento, un aumento de la actividad física y una mejora de los hábitos alimentarios.[3,4]

La obesidad, como enfermedad crónica y compleja, requiere una intervención que contemple los factores (ver Tabla 2) que pueden interferir en la adherencia y el mantenimiento de los cambios conductuales.[5]

Tabla 2. Los factores que pueden interferir en la adherencia y el mantenimiento de los cambios conductuales.

Factores psicológicos asociados a menor adherencia	Barreras frecuentes en el afrontamiento de la enfermedad
– Expectativas irreales. – Sesgo de peso internalizado. – Ingesta emocional. – Autocrítica elevada. – Mecanismos de evitación.	– Historia previa de dietas restrictivas y efecto rebote. – Abordajes centrados exclusivamente en dieta y ejercicio. – Objetivos de reducción de peso excesivos. – Cambios poco sostenibles a corto plazo. – Falta de tiempo y limitaciones socioeconómicas. – Baja motivación; presión social y estigma. – Ansiedad, desánimo y pensamientos desadaptativos. – Falta de conocimiento o de disfrute del ejercicio.

Fuente: Elaboración propia.

6.2 Modelo de intervención psicológica

El abordaje holístico recomienda incluir estrategias psicológicas y conductuales dirigidas a los factores cognitivos, emocionales y ambientales relacionados con los hábitos de salud, estructuradas en cuatro fases[1] (Tabla 3).

Tabla 3. Fases de la intervención psicológica.

Fase	Contenido	Objetivo
1. Evaluación	Historia familiar, ponderal, alimentaria, de actividad física, psicosocial, imagen corporal, factores desencadenantes, hábitos tóxicos y medicación.	Valoración integral
2. Psicoeducación	Consecuencias de la enfermedad, factores psicológicos asociados, mecanismos neurobiológicos y estrategias para facilitar el cambio.	Conciencia y comprensión de la enfermedad
3. Establecimiento de objetivos	Entrevista motivacional; objetivos SMART centrados en valores.	Motivación intrínseca y autoeficacia
4. Intervención psicológica y conductual	Intervención conductual (automonitorización, control de estímulos y de contingencias, habilidades de afrontamiento); terapia cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva, abordaje del sesgo internalizado y la insatisfacción corporal); y terapia de aceptación y compromiso (acción orientada a valores, tolerancia al malestar).	Cambio conductual sostenible

Fuetne: Elaboración propia.

6.3 Abordaje nutricional

Conviene valorar de forma sistemática diez áreas antes de plantear el tratamiento nutricional: historia clínica y ponderal, valoración morfofuncional, conducta alimentaria, gasto energético, ingesta habitual, ritmo y contexto de vida, calidad de la dieta, actividad física, y motivación y adherencia. Esta valoración permite individualizar el plan nutricional y anticipar el riesgo de mal cumplimiento.[2]

Lo más importante es conseguir una modificación del patrón alimentario que perdure en el tiempo, para lo que hay que tener en cuenta los gustos, los horarios y las posibilidades económicas de cada paciente.[6] Entre las intervenciones útiles destacan enseñar a leer el etiquetado nutricional, priorizar el alimento fresco de temporada frente al ultraprocesado, emplear técnicas de cocina como la plancha o el cocido frente al guiso o el frito, y valorar los horarios circadianos del paciente.[2]

No existe un patrón nutricional único recomendable para todas las personas con obesidad. Lo más adecuado, en general, es seguir un patrón de tipo mediterráneo con productos frescos, priorizando un balance energético negativo de entre 500 y 1000 kcal diarias con alimentos de buena calidad nutricional.[2,5,7]

Tabla 4. Patrones dietéticos: beneficios, limitaciones y perfil de paciente.

Patrón	Beneficios potenciales	Limitaciones / riesgos	Perfil de paciente
Mediterráneo	↓ riesgo cardiovascular; mejora de DM2, MASLD y perfil lipídico.	Requiere adherencia mantenida y acceso a alimentos frescos.	Primera línea en la mayoría de pacientes.
Atlántico	Asociación con envejecimiento saludable; menor riesgo cardiovascular.	Menor volumen de evidencia que la mediterránea.	Patrón atlántico tradicional o preferencia cultural.
Vegetariano	Mejora del perfil lipídico y glucémico; ↓ riesgo de cardiopatía isquémica.	Riesgo de déficit de vitamina B12, hierro, zinc, calcio y proteínas si no se planifica.	Preferencias éticas, ambientales o cardiovasculares.
Bajo índice glucémico	Mejora de glucemia y HbA1c; menor riesgo cardiometabólico.	Beneficio moderado sobre el peso; requiere educación nutricional.	Prediabetes, DM2 y resistencia insulínica.
VLCD (≤ 800 kcal/día)	Pérdida rápida de peso; mejora de presión arterial y control glucémico.	Riesgo de pérdida muscular y litiasis biliar; precisa supervisión médica.	Obesidad grave, preoperatorio bariátrico o necesidad de pérdida rápida supervisada.
VLCKD (cetogénico muy baja en calorías)	Pérdida rápida de peso; mejora metabólica a corto plazo.	Baja adherencia a largo plazo; estreñimiento; posible ↑ de LDL.	Obesidad severa seleccionada, con necesidad de reducción rápida.
Ayuno intermitente	Pérdida de peso a corto plazo; posible mejora metabólica.	Evidencia limitada a largo plazo; riesgo de sobreingesta; no recomendado en DM2 con insulina.	Pacientes motivados que prefieren simplificar horarios de comida.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Pautas dietéticas recomendables.

Pauta	Beneficio principal
Reducción de la ingesta calórica total, de forma sostenible.	Favorece la pérdida de peso y la mejora de parámetros metabólicos y de salud.
Déficit calórico moderado de 500 a 1000 kcal/día.	Permite una pérdida eficaz y segura (aprox. 0,5-1 kg/semana).
Programa de intervención dietética presencial de alta intensidad.	Mayor adherencia, motivación y resultados a largo plazo.
Plan de alimentación adaptado a las características y preferencias del paciente.	Aumenta la adherencia y la satisfacción, facilitando el mantenimiento.
Disminución del tamaño habitual de las raciones.	Disminuye la ingesta calórica sin generar sensación de privación.
Contacto continuado con el equipo profesional.	Refuerza el compromiso, resuelve dudas y previene recaídas.

Fuente: Elaboración propia.

6.4 Abordaje de la actividad física

Se recomienda una prescripción individualizada —la «receta deportiva»— tras analizar el perfil de obesidad del paciente, sus comorbilidades (escala de Edmonton) y su condición física, entendida como la capacidad de desenvolverse con autonomía en el día a día.[8] La condición física se valora en cinco componentes (Tabla 6):

Tabla 6. Resumen de los 5 componentes de la valoración de la condición física.

Componente	Qué incluye	Pruebas complementarias
Morfológico	Masa corporal vs. altura, composición corporal, grasa subcutánea y visceral, densidad ósea, flexibilidad.	Exploración física
Cardiorrespiratorio	Resistencia submáxima, potencia aeróbica máxima, función cardiaca y pulmonar, presión arterial.	Test de marcha de 6 minutos

Componente	Qué incluye	Pruebas complementarias
Muscular	Potencia o fuerza explosiva, fuerza isométrica, resistencia muscular.	Test de levantarse/sentarse en 30 s; dinamómetro
Motor	Agilidad, equilibrio, coordinación, velocidad de movimiento.	Test Stand and Go
Metabólico	Tolerancia a la glucosa, sensibilidad a la insulina, metabolismo de lípidos y lipoproteínas, oxidación de sustrato.	Analítica

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Bouchard y Shephard.

El objetivo principal de la prescripción es la mejora de la fuerza, con un criterio de trabajo de varios grupos musculares a la vez, movimientos de tracción y empuje, y una selección basada en las actividades de la vida diaria y laboral del paciente.[2,8]

Tabla 7. Tipos de ejercicio y métodos de entrenamiento.

Entrenamiento de resistencia (ET)	Entrenamiento aeróbico tradicional —caminar, correr, bicicleta, nadar, elíptica, escaleras—, de forma continua, en intervalos o por series
Entrenamiento por intervalos (IT)	Entrenamiento intermitente a intervalos de intensidad media (MIIT) o alta (HIIT), alternando esfuerzo y recuperación
Entrenamiento de fuerza (RT)	Programas con pesas libres, máquinas o bandas de resistencia
Entrenamiento combinado (CT)	Combinación de resistencia y fuerza en la misma sesión o programa
Entrenamiento híbrido (HYB)	Ejercicio multicomponente que combina trabajo cardiovascular y musculoesquelético —juegos reducidos, entrenamiento funcional o neuromuscular integrado

Fuente: Elaboración propia a partir de la guía GIRO.[2]

Las intervenciones que combinan ejercicio aeróbico de alta intensidad y entrenamiento de fuerza con cargas altas producen efectos superiores a cualquier modalidad aislada, reduciendo la adiposidad abdominal y mejorando la masa muscular y la capacidad cardiorrespiratoria. El estigma

social que sufre la persona con obesidad dificulta con frecuencia que se sienta cómoda haciendo ejercicio en centros deportivos, por lo que escuchar y personalizar las recomendaciones es clave para la adherencia.[2,8]

Se recomienda un objetivo de 150 a 300 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada (o 75-100 minutos semanales de intensidad vigorosa), en 2-3 sesiones de fuerza y sesiones aeróbicas, aumentando la carga de forma progresiva y con una prescripción escalonada que favorezca la adherencia.[2,8]

6.5 Seguimiento y prevención de recaídas

La obesidad requiere un seguimiento continuado y flexible, orientado al mantenimiento de los cambios conductuales a largo plazo y a la detección precoz de dificultades; mantener los logros conseguidos es uno de los principales retos del abordaje.[9] Alargar la fase de seguimiento, adaptándola a la evolución clínica y a las necesidades de cada persona, es una de las estrategias más eficaces para asegurar el mantenimiento de los cambios.[10]

Tabla 8. Resumen revisión de objetivos durante el seguimiento.

Objetivo del seguimiento	Contenido
Revisar evolución clínica	Peso, funcionalidad, hábitos
Detectar barreras	Estrés, ansiedad, cambios vitales
Reforzar cambios sostenidos	Logros y mejoras en la calidad de vida
Ajustar objetivos	Evitar metas rígidas; adaptar los objetivos a la nueva situación
Prevenir recaídas	Identificar señales tempranas

Fuente: Elaboración propia.

Mensaje para el paciente

- Recuperar parte del peso no supone un fracaso ni un retroceso.
- Existen mecanismos biológicos que dificultan el progreso.
- El bienestar no debe depender únicamente de la cifra de la báscula.

Cuatro preguntas de entrevista motivacional

- «¿Qué te gustaría que mejorase en tu salud o en tu día a día?»
- «¿Qué cosas crees que podrían ayudarte a conseguirlo?»
- «Si decidieras empezar por un cambio pequeño y realista, ¿cuál crees que podría ser?»
- «¿Qué beneficios crees que podría aportarte realizar algunos cambios en tus hábitos?»

Bibliografía

1. Rosales A, Mendoza L, Miñambres I. Estrategias para la prevención y el tratamiento no farmacológico de la obesidad. Modelos de atención. Aten Primaria. 2024;56(11):102978. doi: 10.1016/j.aprim.2024.102978
2. Lecube A, Azriel S, Barreiro E, Blay G, Carretero J, Ciudin A, et al. Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO); 2024.
3. Baile JI, González-Calderón MJ, Palomo R, Rabito-Alcón MF. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. Rev Clin Contemp. 2020;11:e3. doi: 10.5093/cc2020a1
4. Altés A, Aranbarri I, Cuatrecasas G, Morales C, Alonso-Jerez JL. Addressing the obesity challenge: a model for personalized management in primary care. Semergen. 2026;52(5):102757. doi: 10.1016/j.semerg.2026.102757
5. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, Sharma AM, Biertho L, Campbell-Scherer D, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192(31):E875-91. doi: 10.1503/cmaj.191707
6. Porca Fernández MC. Abordaje nutricional: un mundo de posibilidades. En: Hablemos sobre obesidad: curso online de actualización de obesidad. Módulo 3: Aprendiendo a tratar la enfermedad [Internet]. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad; 2025 [citado 2026 sep 13]. Material docente de acceso restringido.

7. Grup d'Estudi de l'Obesitat, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Guia ABCD: abordatge de l'obesitat. Barcelona: CAMFiC; 2024.
8. Bustos Martín C. Aprendiendo a prescribir ejercicio en la obesidad. En: Hablemos sobre obesidad: curso online de actualización de obesidad. Módulo 3: Aprendiendo a tratar la enfermedad [Internet]. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad; 2025 [citado 2026 sep 13]. Material docente de acceso restringido.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Overweight and obesity management [Internet]. Londres: NICE; 2025 [citado 2026 sep 13]. (NICE guideline; NG246). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng246
10. O'Neil PM. Long-term maintenance of weight loss. Lancet Public Health. 2022;7(10):e806-7. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00235-3
11. Severin R, Sabbahi A, Mahmoud AM, Arena R, Phillips SA. Precision medicine in weight loss and healthy living. Prog Cardiovasc Dis. 2019;62(1):15-20. doi: 10.1016/j.pcad.2018.12.012