

como uno de los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades como la hipertensión, diabetes, artritis o los trastornos cardiovasculares en general. Pero además de su relación con las enfermedades físicas, la obesidad se presenta en la sociedad occidental, "obsesionada" por la delgadez, como un factor de riesgo para problemas de naturaleza psicológica como depresión, ansiedad, hostilidad, aislamiento, etc. Estos problemas pueden, a su vez, derivar hacia otros trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia ([Hearherton, Nichols, Mahamedi y Keel, 1995](#); [Bruce y Wilfley, 1996](#)). Por ello, en las últimas décadas han proliferado programas y estudios para el tratamiento de la obesidad bajo una visión multidisciplinar de este problema ([Stuart, 1967](#); [Agras y Werne, 1981](#); [Brownell, Heckerman y Westlake, 1979](#); [Stunkard y Penick, 1979](#); [Stunkard, 1982](#); [Saldaña, 1991](#); [Kaplan, Thompson y Searson, 1995](#)).

En esta línea, la O.M.S. adoptó en 1988 medidas para la mejora de la nutrición, y en su Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990-1995 estimuló a adoptar estilos de vida más sanos y apoya la investigación multidisciplinar encaminada a diferenciar los factores sociales y de comportamiento que influyen en la elección de una dieta equilibrada.

Esta visión multidisciplinar se plasma en la importancia concedida a la influencia de los factores cognitivos y comportamentales en el desarrollo y mantenimiento del problema de la obesidad. Por ello, los tratamientos actuales se centran no sólo en la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, sino también en la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas. La pérdida de peso lograda a través exclusivamente del seguimiento de dietas hipocalóricas presenta un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento, como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta.

Apoyando esta línea multicausal de la obesidad, es importante en el diseño de un programa de intervención, tener en cuenta toda una amplia gama de variables: hábitos de alimentación, cadenas conductuales que favorecen la ingesta fuera de horas, niveles de ansiedad, una autoimagen deteriorada que no encaja con los actuales cánones de belleza, la falta de recursos y estrategias para hacer frente a los problemas cotidianos, la falta de habilidades sociales para formar parte de un grupo de amigos, pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, etc. Todos estos elementos pueden favorecer el consumo de alimentos en su mayoría hipercalóricos, dando lugar a un patrón de respuestas caracterizadas por aspectos cognitivos displacenteros de tensión (pensamientos de culpabilidad, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos irracionales relacionados con la comida, aspectos motores como la ingesta compulsiva de alimentos y aspectos fisiológicos de alta activación).

Bajo este marco multicausal el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe de ir más allá que la reducción de peso a través de la implantación, por parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con "fuerza de voluntad". Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de hábitos de alimentación que permitan un mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su problema. Con este objetivo se elabora un programa cognitivo conductual para la modificación de hábitos de alimentación que a continuación describimos.

Descripción del programa

Sin obviar la importancia de alcanzar pérdidas de peso, el objetivo prioritario del presente programa es la modificación de hábitos de alimentación poco saludables y de los factores psicológicos asociados a la obesidad (ansiedad, autoestima, autocontrol, pensamientos distorsionados, etc.).

El programa, de aplicación grupal, se divide en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. Dichas fases a su vez se dividen en varios apartados:

Evaluación pretratamiento:

- Entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, [1986](#), [1988](#), [1994](#)).
- Medidas de peso.

Tratamiento:

- Sesiones informativas.
- Elaboración de menús.
- Autocontrol.
- Relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Solución de Problemas.

Evaluación postratamiento:

- Entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, [1986](#), [1988](#), [1994](#)).
- Medidas de peso.

Evaluación pretratamiento

En esta primera fase, antes del comienzo del tratamiento propiamente dicho, se realiza la evaluación de tres aspectos: hábitos alimenticios de cada uno de los componentes del grupo, niveles de ansiedad y peso. Esta evaluación se lleva a cabo de forma individual a lo largo de dos sesiones.

Entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación.

Esta entrevista ha sido elaborada para recoger información detallada sobre los hábitos de alimentación de cada uno de los pacientes con el objetivo de identificar aquellas variables o elementos inadecuados para su posterior modificación. Entre las conductas evaluadas podemos reseñar: tiempo total empleado en comer, intervalos entre "bocados", frecuencia y duración de la masticación para cada porción, cantidad de alimento en cada porción, "picoteo" entre las principales comidas (frecuencia, cantidad y tipo de alimento), condiciones ambientales de las comidas (lugar de las comidas, compañía, realización de actividades paralelas, etc), preparación más frecuente de los alimentos (hervidos, asados, fritos, etc), variables cognitivas y emocionales asociadas al incumplimiento de la dieta (sentimientos de fracaso, culpabilidad, ansiedad, etc)

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, [1986](#), [1988](#), [1994](#)).

El ISRA es un inventario con formato S-R que consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiesta una serie de respuestas de ansiedad, ante cada una de las 22 situaciones que se le presentan. En total el sujeto debe responder a 224 ítems (interacción situación x respuesta).

Por medio del ISRA obtenemos puntuaciones en 8 escalas: Las tres primeras correspondientes a los

tres componentes de respuesta de ansiedad: ansiedad cognitiva, fisiológica y motora. En cuarto lugar, nos proporciona la medida del Rasgo o nivel general de ansiedad, y finalmente las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana.

Medidas del peso corporal

En esta fase se registra una primera medida inicial o pretratamiento del peso que nos permite establecer el índice de sobrepeso de cada paciente.

Además de esta medida inicial del peso, a lo largo del programa los pacientes son pesados semanalmente en el centro de salud antes de cada sesión de tratamiento (a la misma hora, con el mismo instrumento de medida y con vestimenta similar).

Tratamiento

El tratamiento, propiamente dicho, se centra en el aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la mejora de sus hábitos de alimentación y a la modificación de distintas variables psicológicas asociadas.

Para cubrir dichos objetivos generales en el tratamiento podemos distinguir la utilización de distintas técnicas:

- Información sobre la obesidad.
- Elaboración de menús.
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol.
- Entrenamiento en relajación.
- Habilidades sociales.
- Reestructuración cognitiva.
- Solución de problemas.

Información sobre obesidad

Como punto de partida de la fase de tratamiento los pacientes reciben información, a lo largo de tres sesiones, acerca de su trastorno y de las variables asociadas al mismo, con un doble objetivo:

- a. Fomentar la adhesión al tratamiento por parte del paciente, incrementando su grado de motivación, responsabilidad e implicación activa en la prevención y control del peso corporal.
- b. Educación nutricional centrada en el aprendizaje de las características de una dieta equilibrada y en manejo de tablas de calorías de los alimentos más comunes.

La información se centra en los siguientes aspectos:

- Información sobre la obesidad y tipos de tratamientos que existen desde el campo de la medicina (quirúrgicos, farmacológicos y dietéticos) y de la psicología (tratamientos cognitivos y conductuales).
- Explicación sobre la influencia de las distintas variables cognitivas y conductuales en la

adquisición y mantenimiento de la obesidad: emociones (ansiedad, ira, depresión, etc.), afrontamiento de problemas de la vida cotidiana, hábitos de vida poco saludables (sedentarismo).

- Educación nutricional y control de calorías.
- Explicación detallada de los objetivos de las distintas técnicas de que consta el programa haciendo especial hincapié en el procedimiento y puesta en marcha de las mismas.

Elaboración de menús

Partiendo de una buena educación en nutrición con el manejo de tablas de calorías de los distintos alimentos se pretende conseguir que los pacientes obesos sean capaces de elaborar programaciones personales de sus dietas. Los propios pacientes informan que el seguimiento de una dieta preestablecida es uno de los factores más importantes del abandono de la misma. En el seguimiento de una dieta, el acto de comer se halla bajo el control de la ingesta de determinados alimentos hipocalóricos, eliminando de su repertorio aquellos más apetecibles y deseables. De ahí que las altas tasas de abandono de las mismas se deban a un carácter estricto y monótono, produciendo un descenso paulatino del grado de motivación de los pacientes, lo que podría llevar a una reducción del tiempo dedicado a la consecución de la misma. Este último hecho puede producir, en el caso de alcanzar el peso deseado, una recuperación rápida del mismo e incluso un aumento del peso registrado antes del inicio de la dieta, lo que llevaría a que el sujeto mantuviera una postura escéptica de cara al inicio de un futuro tratamiento.

El aprendizaje de elaboración de menús tiene como objetivo que los pacientes programen personalmente su dieta, haciendo especial énfasis en el tipo de alimento consumido y en la preparación del mismo. Sin embargo, no se establecen cantidades a consumir. Creemos que es importante que el sujeto no "pase hambre" ni esté sometido al constante pesaje de los alimentos, factores que inciden de forma muy directa en el abandono de cualquier esfuerzo para perder peso.

Autocontrol

Es importante que el paciente se implique de forma activa en su tratamiento. Para la consecución del incremento del autocontrol sobre las conductas de ingesta se utilizaron las siguientes técnicas:

- Autorregistro de consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen.
El objetivo principal es tomar conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta.
- Autorregistro de actividad.
Es importante que junto a la reducción de la ingesta de calorías se establezca un aumento paulatino de la actividad física.
- Establecimiento de metas y submetas adecuadas.
Es importante que el paciente establezca una meta final realista y adecuada a sus características. Así mismo, para mantener un buen grado de motivación y de adhesión al tratamiento es imprescindible marcar submetas u objetivos parciales en la consecución del objetivo final (obtención del peso deseado).
- Control estimular
El control estimular está dirigido tanto al consumo de alimentos como a la situación misma de la ingesta (comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido, utilizar platos pequeños, comer siempre sentados, levantarse de la mesa al terminar, evitar disponer de alimentos "peligrosos", etc.).

- Autorrefuerzo.

Para mantener la motivación es importante que los pacientes aprendan a reforzar su esfuerzo y la consecución de las submetas establecidas con la utilización de distintos reforzadores (externos e internos).

- Registro semanal del peso.

Cada paciente debe llevar la anotación semanal de su peso y la elaboración de gráficas de seguimiento.

Relajación

La conducta de ingesta se convierte en ocasiones en un método para reducir los niveles de ansiedad producidos por otras situaciones, o por la propia conducta de ingesta o de pérdida de control sobre la misma. Con el objetivo de dotar al paciente de una forma alternativa de reducir la ansiedad, se ha utilizado la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1938). El entrenamiento es llevado a cabo en cinco sesiones de periodicidad semanal que debe ser completado con la practica diaria en casa por parte de los pacientes.

En las cuatro primeras sesiones se entrena a los pacientes en la relajación de una serie de grupos musculares por medio de ejercicios de tensión-relajación. En cada sesión se entrena uno de los siguientes grupos musculares: extremidades superiores; área facial, cuello y hombros; tórax y abdomen; extremidades inferiores. La quinta sesión se destina a la práctica de una relajación completa en la que no se incluye ejercicios de tensión muscular.

Un punto importante en el que debe centrarse esta fase es motivar a los pacientes para la práctica diaria en casa consiguiendo que la relajación se convierta en un hábito y forme parte de sus actividades diarias.

Entrenamiento en técnicas de respiración.

De forma complementaria se entrena a los integrantes del grupo en técnicas de respiración con el objetivo principal de dotar al paciente de otra técnica eficaz de relajación como apoyo a la relajación muscular y que puede resultar, en algunas ocasiones, más práctica y/o rápida.

Entrenamiento en habilidades sociales -EHS-

El EHS tiene como objetivo central dotar a los participantes del grupo de habilidades asertivas para la consecución de sus metas: aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos "peligrosos", etc.

En el entrenamiento se incluye un conjunto de técnicas -modelado, ensayo conductual, retroalimentación y refuerzo- orientadas a la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- Aprender a decir "NO" en situaciones sociales.
- Responder a las críticas.
- Responder a un cumplido.

- Modelado.

Lo que se pretende con esta técnica es la adquisición de conductas nuevas, la inhibición o desinhibición de conductas existentes y la facilitación de aquellas conductas que aún

formando parte del repertorio conductual de los sujetos, no son capaces de ponerlas en marcha de una forma efectiva. Para ello, uno o varios terapeutas exhibieron las conductas objeto de entrenamiento en presencia del grupo.

- Ensayo Conductual "Role-playing".

A través de esta técnica lo que se pretende es que el sujeto practique y ensaye las conductas que anteriormente fueron llevadas a cabo por los terapeutas.

- Retroalimentación

El paciente debe recibir información inmediata sobre la ejecución manifiesta de sus conductas de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más idóneo.

- Refuerzo

Su empleo está destinado al incremento del nivel de motivación de los pacientes, a aumentar la tasa de respuestas adecuadas y mantener los logros alcanzados hasta el momento.

Reestructuración cognitiva.

Son muchos los pensamientos negativos, irracionales y/o deformados asociados a la conducta de ingesta en la obesidad. La técnica de reestructuración cognitiva es utilizada con el objetivo de aprender a detectar, analizar y cambiar dichos pensamientos.

En primer lugar se explica a los pacientes la importancia de los pensamientos deformados y cómo estos influyen en la conducta de ingesta.

Para llevar a cabo esta tarea se utilizaron como ejemplo algunos de los pensamientos negativos más comunes en obesos, según Mahoney y Mahoney (1976): "Me estoy sacrificando y estoy perdiendo muy poco peso", "No tengo fuerza de voluntad", "Me he comido un dulce, lo he estropeado todo". En adelante los propios pacientes deben detectar sus propios pensamientos irracionales para trabajar con ellos en grupo, discutiendo su naturaleza irracional y restituyéndolos por otros más realistas y positivos.

Entrenamiento en Solución de Problemas.

El entrenamiento se lleva a cabo siguiendo las fases propuestas por D`Zurilla y Goldfried (1971). El objetivo principal es doble: en primer lugar, aprender a plantear los problemas como respuestas inadecuadas y no como situaciones imposibles; y, en segundo lugar, conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la ingesta especialmente fuera de horas.

Se comienza explicando de forma sencilla las cinco fases de la técnica de Solución de Problemas, utilizando para ello, continuos ejemplos de la vida diaria:

1. Identificar las situaciones problemáticas: ¿quién está implicado?, ¿qué sucede para que sea un problema?, ¿por qué me molesta?, ¿por qué sucede el problema?, ¿cómo sucede?, estados de ánimo que implica, etc.
2. Definir el problema: ¿dónde se presenta?, ¿cuándo y cómo se presenta?, ¿qué hago ante él?, ¿qué me gustaría conseguir?. Una vez perfilado el problema detalladamente se explica la importancia de intentar distintas formas de pensar en el mismo, creando una nueva visión del problema.
3. Listado de alternativas. Se utiliza la estrategia denominada "Tempestad o lluvia de ideas" con el objetivo de generar el mayor número posible de alternativas de solución sin valorar aún su eficacia o posibilidad de puesta en marcha.

4. Selección de alternativas. Una vez elaborado el listado de posibles soluciones se debe elegir una de ellas teniendo en cuenta básicamente dos criterios: las consecuencias positivas y negativas derivadas de su puesta en marcha y su viabilidad.
5. Evaluar resultados. Una vez seleccionada y ejecutada la alternativa escogida como solución al problema, es necesario analizar las consecuencias. Si el resultado ha sido el esperado es importante repasar los pasos dados para experiencias futuras. Si, por el contrario, las consecuencias no han sido las esperadas y el problema persiste, es necesario volver a repetir el proceso, especialmente la elección de la alternativa de solución.

Los pacientes deben ir practicando la técnica con sus problemas cotidianos, exponiendo el procedimiento y sus resultados de forma grupal. Esta práctica escalonada sirve de apoyo para aumentar la confianza en sí mismos en la resolución de problemas cotidianos.

Evaluación postratamiento

Para estudiar los cambios producidos tras la fase de tratamiento, se evalúan de nuevo las variables de ansiedad y hábitos de alimentación con los mismos instrumentos utilizados en la fase de evaluación pretratamiento: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- y la Entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación.

Así mismo se toma una última medida de peso que se tomará como índice de peso final o peso postratamiento.

Aplicación del programa

El programa de cambio de hábitos de alimentación que ha sido descrito se ha llevado a cabo de forma grupal entre los meses de febrero a junio de 1996 en el Centro de Salud "Panaderas II" de Fuenlabrada (Madrid), bajo el marco de un convenio de colaboración entre el Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y la Gerencia de Atención Primaria del Area 9 del INSALUD de Madrid, contando con la colaboración del grupo médico y de enfermería del mencionado centro.

La duración total del programa fue de 17 sesiones de periodicidad semanal, de duración aproximada de 1h. y 45 min. cada una.

Muestra

La muestra está formada por 11 sujetos, 10 mujeres y 1 varón, con edades comprendidas entre los 37 y 60 años, siendo la edad media de 48 años. El nivel socioeconómico y cultural es medio-bajo y bajo. Con respecto a los datos sobre obesidad, el 73% de la muestra presenta obesidad moderada y el 27% leve, según la clasificación de [Stunkard \(1984\)](#).

Los pacientes son seleccionados y derivados de forma voluntaria a este programa por el Servicio de Medicina General del Centro de Salud "Panaderas II". El criterio de selección viene determinado no ya por la gravedad de la obesidad presentada sino por el riesgo que dicha variable supone es estos pacientes por el padecimiento de otras patologías asociadas, principalmente cardiovasculares. Todos ellos presentaban como elemento común haber comenzado y abandonado en sucesivas ocasiones

distintas dietas, con los sucesivos fracasos en el descenso de peso.

En la [Tabla 1](#) se resumen las características más relevantes de la muestra: sexo, edad, altura, peso inicial antes de comenzar las sesiones de tratamiento, peso deseado que cada paciente quiere alcanzar, peso ideal según su altura y complejión, porcentaje de sobrepeso sobre el peso ideal y finalmente el tipo de obesidad.

Tabla 1. Descripción de la muestra							
SEXO	EDAD	ALTURA	PESO INICIAL	PESO DESEADO	PESO IDEAL	% SOBREPESO	TIPO DE OBESIDAD
M	46	1'51	69'000	55	45'900	50'30%	MODERADA
M	52	1'52	76'000	60	46'800	62'30%	MODERADA
M	40	1'62	104'400	80	55'800	87'00%	MODERADA
M	37	1'59	67'000	58	53'100	26'10%	LEVE
M	60	1'63	108'600	80	56'700	91,59%	MODERADA
M	38	1'52	76'200	60	46'800	62'81%	MODERADA
M	40	1'66	93'00	70	59'400	56'50%	MODERADA
M	44	1'53	60,200	55	47'700	26'20%	LEVE
V	40	1'63	90'700	75	56'700	59'90%	MODERADA
M	38	1'63	77'000	65	56'700	35'80%	LEVE
M	38	1'60	87'400	70	54'000	61'80%	MODERADA

Resultados postratamiento

A continuación presentaremos los resultados referidos a las modificaciones en las tres variables objeto de nuestro estudio: hábitos de alimentación, peso y niveles de ansiedad.

1. Hábitos de alimentación.

Con respecto a los hábitos de alimentación ([ver Tabla 2](#)), se producen modificaciones importantes en algunas de las conductas más relevantes asociadas a la obesidad: disminución de la conducta de picar entre horas, aumento del tiempo empleado para la ingesta, modificación adecuada en cuanto a la preparación de los alimentos y aumento de la conducta de masticación para cada porción. Es especialmente relevante la modificación en la preparación de alimentos, aspecto en el cual el cambio ha sido más unánime. Con respecto a la conducta de picar entre horas, si bien el descenso no es muy llamativo, es necesario reflejar que de forma cualitativa la modificación sí es importante, ya que el tipo de alimentos consumidos entre horas ha pasado de ser prioritariamente frutos secos, dulces o fritos, a alimentos como frutas, verduras o bebidas como zumos y café.

En general, podemos decir que la mayoría de los integrantes del grupo han logrado una reeducación de hábitos y conductas no saludables asociadas a la ingesta. Sin embargo, es necesario puntualizar que las modificaciones no se dan de forma regular entre los distintos componentes del grupo.

Mientras que algunos individuos consiguen adecuarse casi en su totalidad a los cambios propuestos, en la gran mayoría de los pacientes se van produciendo cambios paulatinos con distinta intensidad en las diferentes conductas. Es de reseñar igualmente, que en dos casos las modificaciones no son relevantes o son muy escasas.

Estos cambios se han reflejado de forma directa en el descenso de peso, como podremos observar al analizar dicha variable. Los sujetos que más modificaciones han realizado sobre sus hábitos de alimentación son los que han bajado más su peso, mientras que en los dos casos reseñados, en los que apenas se producen modificaciones sobre sus hábitos, no se consigue reducción alguna del peso inicial.

Tabla 2. Modificación de hábitos de alimentación

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN		PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO
Picar entre horas		36,40%	27,30%
Tiempo empleado en comer	< 30'	69,60%	9,40%
	> 30'	30,40%	90,60%
Poner la mesa		72,80%	81,90%
Preparación de los alimentos	Hervidos, asados, plancha	63,60%	100%
	Fritos	36,40%	0%
Comer casi sin masticar		63%	18.10%

2. Peso.

Debido al escaso número de sujetos que componen la muestra y a la gran diferencia intersujeto, tanto de los datos iniciales como de los resultados postratamiento, los datos se presentan de forma individual.

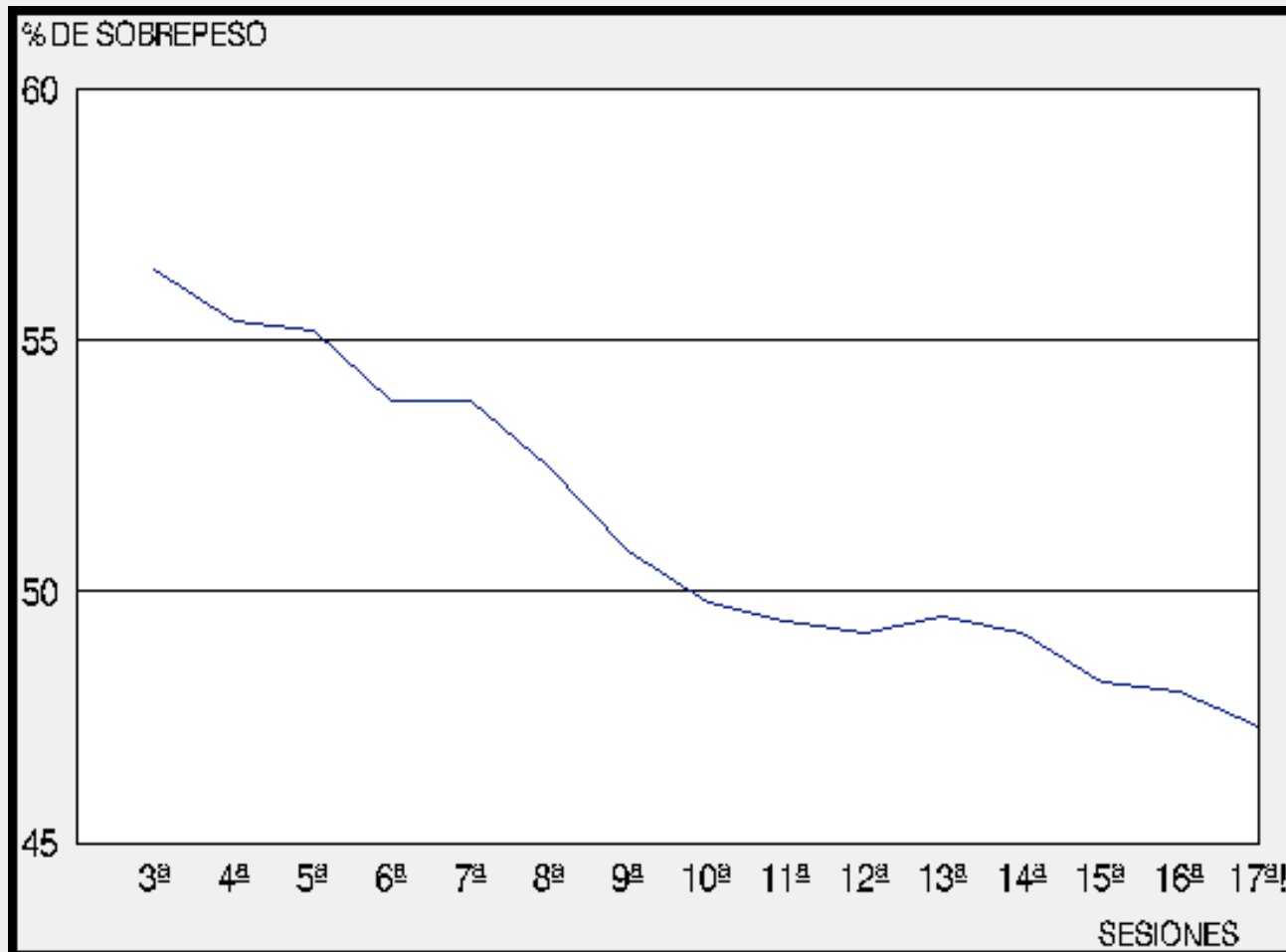
Como puede observarse en la [Tabla 3](#), los descensos en el porcentaje de sobrepeso oscilan entre -2'1% y 18'9%. Dividiendo por categorías podemos observar que: 5 sujetos obtienen descensos de sobrepeso superiores al 10%, 4 sujetos obtienen descensos de sobrepeso inferiores al 10%, 1 sujeto no varía de peso y 1 sujeto aumenta su sobrepeso en 2'1%

Con respecto al peso es importante tener en cuenta una variable añadida: en todos los casos existe una diferencia entre el peso ideal y el peso deseado al que quiere llegar cada uno de los sujetos que conforman el grupo. El peso deseado por los pacientes es siempre superior al peso ideal con diferencias que oscilan entre 4'9 kgrs y 24'200 kgrs. Esta variable es de gran importancia al analizar los resultados finales, ya que la meta de descenso marcada en todos los casos es el peso deseado y no el peso ideal. Teniendo en cuenta este dato, puede observarse cómo el peso postratamiento de algunos de los sujetos se encuentra muy cercano a la consecución de su meta.

En la figura 1, podemos ver la modificación del sobrepeso del grupo a lo largo del programa.

Tabla 3. Modificación de peso

SUJETOS	PESO INICIAL	PESO FINAL	PESO DESEADO	% SOBREPESO INICIAL	% SOBREPESO FINAL	% DESCENSO SOBREPESO
1	69'000	63'800	55	50'30%	38'90%	11'4%
2	76'000	71'600	60	62'30%	52'90%	9'4%
3	104'400	104'400	80	87'00%	87'00%	0%
4	67'000	60'000	58	26'10%	12'90%	13'2%
5	108'600	103'400	80	91'59%	82'80%	8'79%
6	76'200	71'400	60	62'81%	52'50%	10'31%
7	93'000	86'000	70	56'50%	44'70%	11'8%
8	60'200	56'800	55	26'20%	19'00%	7'2%
9	90'700	80'000	75	59'90%	41'00%	18'9%
10	77'000	78'000	65	35'80%	37'90%	-2'1%
11	87'400	82'600	70	61'80%	52'90%	8'9%
Media	82'68	78	66'2	56'3%	47'4%	8'89%



Gráfica 1: Medias del porcentaje de sobrepeso por sesiones (N=11)

3. Niveles de ansiedad.

De forma general observamos (ver [Tabla 4](#)) una disminución en los niveles de ansiedad, pasando de niveles de ansiedad severa (superior al centil 75) a moderada (centil 25 a centil 75) en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y en rasgo general de ansiedad. Es importante señalar que el descenso más marcado se produce en ansiedad motora, reflejando por tanto una reducción de la conducta de ingesta en situaciones de ansiedad. Respecto a las modificaciones obtenidas en las distintas áreas situacionales se aprecian descensos en ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal y ansiedad de la vida cotidiana. Es de destacar el descenso en esta última escala por su relación con un aumento del control de ansiedad frente a la ingesta y un mejor afrontamiento de los problemas cotidianos.

Tabla 4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-. Medias de las puntuaciones directas transformadas a puntuaciones centiles

Escalas del ISRA	Medidas pretratamiento	Medidas postratamiento
Ansiedad cognitiva	85	75
Ansiedad Fisiológica	85	65
Ansiedad Motora	80	50
Rasgo general de ansiedad	85	75
Ansiedad de Evaluación	75	70
Ansiedad Interpersonal	70	65
Ansiedad Fóbica	85	85
Ansiedad de la vida cotidiana	90	75

Figura 2: Sistemas de Respuesta y Rasgo General de Ansiedad

Comparación pretratamiento y postratamiento

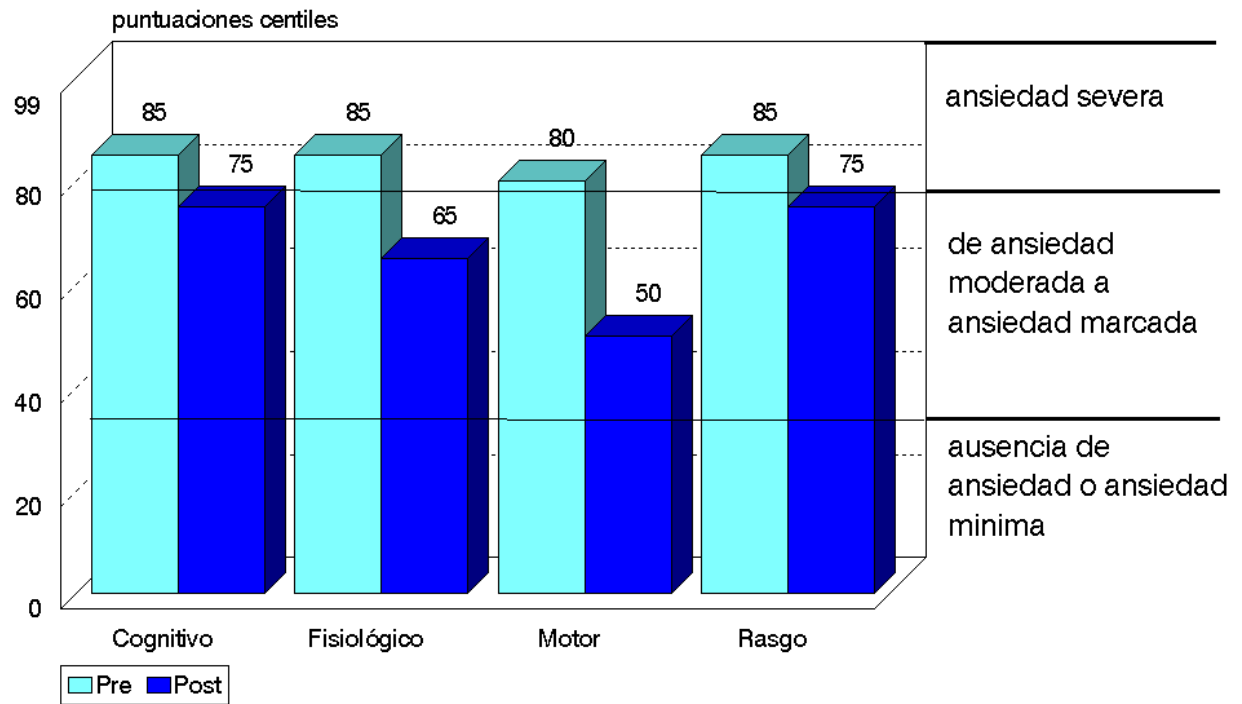


Figura 2

Gráfica 2

Figura 3: Rasgos Específicos de Ansiedad

Comparación pretratamiento-postratamiento

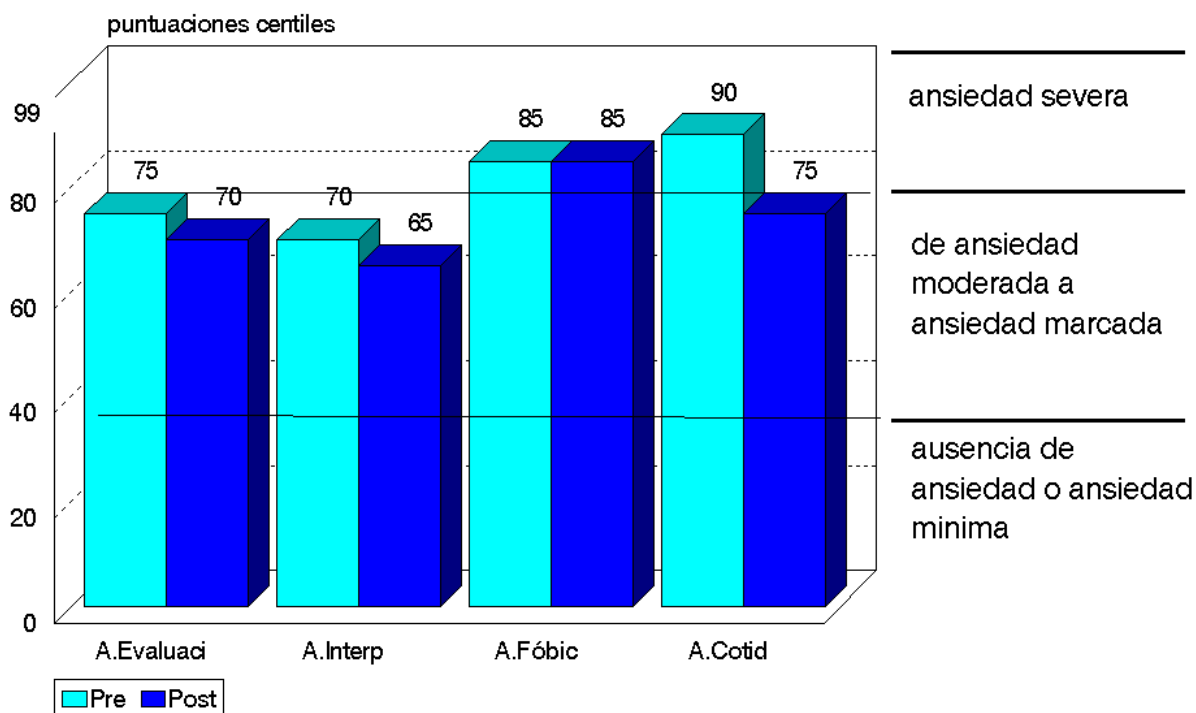


Figura 3

Gráfica 3

Resultados de seguimiento

Se ha llevado a cabo un seguimiento del peso a los seis meses de finalizado el programa. Este tipo de datos es importante, especialmente si tenemos en cuenta que todos los integrantes de nuestro programa, tras cada uno de los intentos anteriores para reducir peso, habían no sólo recuperado el peso perdido, sino que incluso habían conseguido ganancias adicionales en períodos muy cortos de tiempo (aproximadamente en 3 meses).

Como puede observarse en la siguiente tabla, en seis sujetos se registran descensos de peso que oscilan entre 300 grs y 3'600 kgrs; tres sujetos mantienen el peso conseguido tras el programa y solamente dos sujetos aumentan su peso en 1'100 kgrs y 4'000 kgrs. Como era de esperar, el mayor aumento corresponde al sujeto que también aumentó de peso durante el programa.

Con respecto a las variaciones del peso es necesario tener en cuenta que esta variable puede presentar oscilaciones puntuales debidas a variables circunstanciales. En este sentido, y tomando como criterio para establecer nuevos cambios una oscilación superior a 2 Kgrs, podemos concluir que el 82% de la muestra mantiene su peso a los 6 meses de finalizado el tratamiento. Dada la historia previa de fracasos en estos sujetos en el mantenimiento del peso perdido por métodos tradicionales (seguimiento de dietas hipocalóricas prescritas) podemos considerar los resultados como muy exitosos.

Tabla 5. Medida del peso tras un seguimiento de seis meses

SUJETOS	PESO FINAL TRAS EL PROGRAMA	PESO A LOS SEIS MESES	CAMBIOS
1	63'800	63'500	DESCENSO
2	71'600	70'000	DESCENSO
3	104'400	104'400	MANTENIMIENTO
4	60'00	58'000	DESCENSO
5	103'400	103'400	MANTENIMIENTO
6	71'400	72'500	AUMENTO
7	86'000	85'100	DESCENSO
8	56'800	56'000	DESCENSO
9	80'000	76'400	DESCENSO
10	78'000	82'000	AUMENTO
11	82'600	82'600	MANTENIMIENTO

Con respecto a los hábitos de alimentación, un dato relevante a reseñar es que todos los sujetos han dejado de elaborar menús nuevos, ajustándose algunas semanas a los menús que elaboraron durante el programa y, con mayor frecuencia, sin seguimiento de menús preestablecidos. Sin embargo, sí mantienen las modificaciones conseguidas durante el tratamiento sobre los hábitos de alimentación (picar entre horas, tiempo empleado en comer, preparación de alimentos, etc.). Así mismo, siguen practicando las técnicas de autocontrol, especialmente aquellas centradas en el control estimular.

Conclusiones

Tras la aplicación del presente programa cognitivo-conductual podemos señalar, en primer lugar, que en términos generales se ha mostrado eficaz en cuanto a su objetivo principal: la modificación de hábitos de alimentación. Sin embargo, dichas modificaciones presentan como característica a destacar su falta de homogeneidad o su variabilidad intersujetos. Estas diferencias individuales parecen ser una característica habitual en los programas de esta naturaleza ([Vera y Fernández, 1989](#)) reflejándose de forma directa en las diferencias en cuanto al descenso de peso. Así por ejemplo, en nuestro programa, de los 11 integrantes del grupo, 9 sujetos consiguen descensos en el porcentaje de sobrepeso que oscilan entre un 18'9% y un 7'2% y 2 sujetos no consiguen descenso alguno.

A través de los autorregistros de alimentación, se ha podido observar cómo existe una relación muy estrecha entre la modificación de hábitos de alimentación y el descenso de peso. Aquellos sujetos que más modificaciones realizan sobre sus hábitos son los que registran una mayor pérdida de peso, mientras que los sujetos que no consiguen descensos son aquellos que no modifican significativamente dichos hábitos.

Centrándonos en el descenso de peso logrado tras la aplicación de este programa quisiéramos hacer algunas matizaciones:

- Es importante la distinción entre peso deseado por el sujeto y peso ideal que puede ser marcado por distintos índices. Sin duda, el peso deseado debe ser el punto de partida de cualquier intervención en la reducción de peso. Si el sujeto parte de una meta que cree

imposible de alcanzar, su adhesión al tratamiento será escasa y las posibilidades de abandono serán muy altas. Si observamos la tabla de descenso de peso podemos comprobar que alguno de los sujetos están muy cercanos a alcanzar su meta al final del programa. Tras el seguimiento posterior de seis meses, un sujeto ha alcanzado su peso deseado, y dos sujetos lo sobrepasan en menos de 2 kgrs con lo que su meta a partir de ese momento pasa de ser el descenso al mantenimiento.

- En segundo lugar, es importante hacer de nuevo hincapié en alguna de las características de la muestra. Todos los integrantes del grupo habían realizado sucesivos intentos de reducir peso a través de distintas dietas, habiendo fracasado sucesivamente en todas ellas. Los descensos de peso habían sido escasos, y la recuperación del mismo tras el abandono de la dieta había sido muy rápido, superando siempre el peso anterior. Este dato es relevante, no sólo por los descensos de peso conseguidos durante el programa, sino especialmente por el mantenimiento o descenso del peso conseguido por la mayor parte de los sujetos tras seis meses de seguimiento.
- Pero quizá una de las variables más importantes no señaladas hasta ahora es la calidad de vida. Todos los sujetos de nuestro programa que consiguen descensos de peso verbalizan de manera muy especial su satisfacción por haber conseguido bajar de peso "sin esfuerzo", "sin régimen", "sin pasar hambre" y consiguiendo por primera vez no encontrarse "deprimidos" o "irritables". La ausencia de estos efectos emocionales colaterales al tratamiento es una característica que incide en la menor tasa de abandono que estos programas presentan comparados con los tratamientos tradicionales ([Agras y Werne, 1981](#); [Brownell et al., 1979](#); [Stunkard y Penick, 1979](#); [Stunkard, 1982](#)). Por el contrario los sujetos informan de una mejora en su calidad de vida, lo que implica una mayor probabilidad de que esos cambios se conviertan en verdaderos hábitos.

Podemos concluir, por tanto, que con la implantación de programas de esta naturaleza en los que se combina educación nutricional y técnicas psicológicas destinadas a la modificación de las variables asociadas a la obesidad, se cubren de forma satisfactoria los objetivos propuestos, teniendo en cuenta que se está trabajando en un campo caracterizado por la falta de motivación de los pacientes, que en un índice muy elevado han experimentado sucesivos fracasos. Por ello sería de especial importancia incidir en la promoción de hábitos de alimentación saludables y en la educación nutricional desde la infancia. En definitiva, lograr transformar la intervención en este área desde el tratamiento a la prevención y promoción de hábitos y técnicas de afrontamiento dirigidas al problema del sobrepeso.

Referencias

- Agras, S., y Werne, J. (1981). Disorders of eating. En S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (Eds.). *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York: Wiley-Interscience Publication.
- Brownell, K. D., Heckerman, C. L., y Westlake, R. J. (1979). The behavioral control of obesity. A descriptive analysis of a large-scale program. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 864-869.
- Bruce, B., y Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(1), 58-61
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

- Hearherton, T. F.; Nichols, P.; Mahamedi, F., y Keel, P. (1995). Body weight, dieting, and eating disorders symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1623-1629.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kaplan, C. A.; Thompson, A. E., y Searson, S. M. (1995). Cognitive behaviour therapy in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 73(5), 472-475.
- Mahoney, M. J., y Mahoney, K. (1976). *Permanent weight control: A total solution to the dieter's dilemma*. New York: Norton.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. ISRA*. Madrid. TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano, A. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. ISRA*. (2a. ed.). Madrid. TEA.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. ISRA*. (3a. ed.). Madrid. TEA.
- Saldaña, C. (1991). Intervención en obesidad en niños y adolescentes. En G. Buela-Casal, y V. E. Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Saldaña, C., y Rosell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour and Therapy*, 5, 356-357.
- Stunkard, A. J. (1982). Obesity. En A. S. Bellack, M. Hersen, y A. E. Kazdin (eds.). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Pleum Press.
- Stunkard, A. J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults. En A. J. Stunkard, y E Stellar (comps.). *Eating and its disorders*. New York: Raven Press.
- Stunkard, A. J., y Penick, S.B. (1979). Behavior modification in the treatment of obesity: the problem of maintaing weigh loss. *Archives of General Psichiatry*, 36, 801-806.
- Vera, M. N., y Fernández, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

Referencia a este artículo según el estilo de la APA:

Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios de hábitos de alimentación. *Psicología.COM* [Online], 1 (1), 79 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm [1 Agosto 1997]

NOTA: la fecha indicada entre corchetes será la del día que se haya visualizado este artículo.



info@psiquiatria.com



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)