

Programa de Autocontrol de la obesidad: Datos de un año de seguimiento

J. Santacreu
R. Scigliano

Universidad Autónoma de Madrid

Nos enfrentamos a un serio problema: la obesidad. Desde la modificación de conducta se ha respondido al reto planteado por un problema que ha venido siendo resistente al tratamiento y que, pese a los avances conseguidos, sigue siendo un problema difícil. «Los terapeutas de conducta no temen transitar rutas que a otros atemorizan...» (Yates, 1975, pág. 147), nos cabe la satisfacción de haber emprendido una tarea ardua y haber conseguido dar una respuesta que, aunque parcial, parece resultar más efectiva que el tratamiento tradicional (Stunkard, 1972; 1984). Pero la obesidad sigue siendo un problema ante el que nos faltan demasiadas respuestas. Los éxitos conseguidos no deben tapar los fracasos: tasas de abandono y recuperación del peso perdido merecen nuestra atención.

El supuesto básico subyacente en los tratamientos conductuales de la obesidad es considerarla producto de un balance positivo en la relación calorías ingeridas-calorías gastadas. Los esfuerzos, por tanto, irán encaminados a invertir estos términos para lograr una pérdida de peso o, lo que es lo mismo, considerar la conducta de comer como excesiva y/o la conducta de ejercicio como deficitaria.

El trabajo pionero sobre el tratamiento conductual de la obesidad, fue el estudio de Ferster, Nurnberger y Levitt (1962), que proporcionó un marco para su desarrollo. Estas técnicas fueron mejoradas y aplicadas por Stuart (1967), con unos resultados extraordinarios. El detallado análisis conductual produjo una llamada de atención sobre un aspecto, el control de estímulos, que se convertiría en una poderosa estrategia de tratamiento.

Otro aspecto importante del análisis de Ferster *et al.* (1962) se refiere a las consecuencias, poniendo de manifiesto que la conducta de comer, a corto plazo, está bajo control de reforzamiento negativo (eliminación de un estímulo aversivo: hambre, ansiedad) y reforzamiento po-

sitivo (sabor de la comida, descanso, etc.), siendo estos últimos los más problemáticos de tratar. Sin embargo, el castigo por comer en exceso viene a más largo plazo, lo que le hace perder efectividad para controlar la respuesta (Yates, 1970).

En cuanto a la conducta de comer, según Ferster se encontrarían ciertas características en el «estilo de comer de los obesos»: mayor rapidez, mayor cantidad y mayor número de veces. Aunque el estudio de estas diferencias muestra resultados muy diferentes entre sí, se señalan como conductas típicas de los obesos: engullir rápidamente sin masticar, intervalo entre bocados muy corto, amplia variedad de situaciones en las que comen, comer mientras haya comida en el plato, etc. (Santacreu, 1985).

Sobre los hábitos de ejercicio de los obesos se ha especulado mucho, pero no se ha comprobado que sus niveles de actividad fueran sensiblemente menores. La falta de ejercicio contribuye al exceso de peso: disminuye el gasto de energía sin disminuir el nivel de ingesta. Perder peso requiere atención a los dos aspectos del balance de energía y no solamente a los hábitos de ingesta (Stunkard y Mahoney, 1976).

Ansiedad, depresión, etc., son estados a tener en cuenta. «Los individuos obesos con frecuencia manejan sus sentimientos comiendo en exceso, en tanto que las personas con peso normal reaccionan de maneras que no implican comer» (Jeffrey, 1981, pág. 441). Hundson y Williams (1981) encuentran en sujetos con sobrepeso una tendencia a comer de más si estaban aburridos o deprimidos, en comparación con sujetos normales.

Hasta aquí un ligero análisis de «la obesidad», que nos permita una visión general —no exhaustiva por supuesto—, un acercamiento a este problema y una estrategia de intervención.

Técnicas más utilizadas en la actualidad:

Control de estímulos: Procedimientos destinados a atenuar, eliminar o desarrollar respuestas alternativas a los estímulos discriminativos que controlan la conducta de comer. Se han utilizado estrategias tales como separar la alimentación de otras actividades, comer en un solo lugar, utilizar platos pequeños, dejar algo de comida en el plato, etc. Para Stunkard y Mahoney (1976) son estos procedimientos, probablemente, los más poderosos.

Control de consecuencias: El manejo de las consecuencias operantes por el terapeuta es más efectivo y duradero, si el reforzamiento se produce por la modificación de los hábitos de comida más que por el peso perdido (Mahoney, 1974). Mann (1972) demostró que podía controlarse el peso mediante el control de las contingencias, pero encontró que, para obtener este reforzamiento, los sujetos recurrían a laxantes, diuréticos, etc., medidas drásticas muy poco recomendables.

El refuerzo social del terapeuta y del grupo, aunque eficaz, queda limitado a la duración del tratamiento; el autorrefuerzo y el refuerzo social de amigos y familiares pueden utilizarse en el mantenimiento.

Autorregistro (peso, ingesta y ejercicio físico): Distintas investigaciones han puesto de relieve que el autorregistro como parte de tratamiento, no es suficiente por sí solo (Mahoney, Moura y Wade, 1973), ya que sus efectos suelen desaparecer en poco tiempo. De todos modos juega un papel fundamental en el autocontrol.

Información: La información sobre obesidad, principios nutritivos,

calorías y ejercicio físico, es un componente básico en los programas conductuales, aunque insuficiente por sí solo (Stuart, 1971).

La programación de metas adecuadas requiere de una buena información previa para evitar que los sujetos se pongan metas excesivamente altas que, o bien muy difícilmente podrían cumplir (con la consiguiente pérdida de reforzamiento), o bien son irreales.

Técnicas cognitivas: Especialmente eficaces en el mantenimiento del peso (Straw, 1983), para controlar las transgresiones y recuperar el control. Se han utilizado distintas estrategias y no está aún suficientemente analizada su contribución, sin embargo, suponen una perspectiva alentadora.

Autocontrol: Se encuentra en la base de todos los programas de tratamiento (Santacreu, 1985) y está considerada como la más efectiva.

En cuanto a los resultados de la aplicación de programas, se echan en falta más y mejores resultados de seguimiento. En la mayoría de los trabajos faltan datos de seguimiento o no contienen la información mínima para su comparación.

El propósito del presente trabajo fue la aplicación de un programa de tratamiento que incluía las distintas técnicas utilizadas habitualmente, pero ante el que nos planteamos como objetivo, no solo la reducción del peso, sino su mantenimiento.

Diseñamos un programa de aplicación en grupo, cuyos aspectos más relevantes son:

- Enseñar a los sujetos autocontrol aplicado a obesidad, tanto en lo que respecta a la modificación del ambiente como a la programación conductual, dado que al poderse aplicar en situaciones naturales, facilita la generalización y el mantenimiento (Thoresen y Mahoney, 1974).
- Enseñar análisis funcional sobre su problema para que cada sujeto, escogiendo aquellas directrices que eran más relevantes en su caso, se aplicara realmente su propio programa de tratamiento.
- En el aspecto cognitivo, se les enseñó a analizar sus éxitos y fracasos y a tomar decisiones para modificar las posibles conductas inadecuadas respecto a su objetivo final: reducción del exceso de grasa; dentro de un esquema de solución de problemas.

Este trabajo se desarrolló en grupo debido a las ventajas que supone: económicas, motivacionales y de aprendizaje, en cuanto al modelamiento de unos respecto a otros.

METODO

1. *Sujetos:* La muestra, formada por 20 sujetos (16 hembras y cuatro varones) de edades comprendidas entre los 18 y los 40 años, se eligió en función del mayor sobrepeso entre aquellos que se presentaron para recibir tratamiento (65 personas). Todos universitarios y pertenecientes a distintas facultades.

2. *Instrumentos:* Se utilizó una báscula para controlar el peso, con una precisión de ± 100 g., así como un medidor de estatura incorporado a la misma. También se empleó un calibre para medir el nivel de grasa subcutánea y un metro flexible para el perímetro.

Para la evaluación se utilizaron: Historia Clínica de la Obesidad (Santacreu); Cuestionario de Actitudes frente a la comida (EAT) de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel; Cuestionario de Refuerzos de Phillamy y Lewinsohn; Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey; Escala de Asertividad de Rathus; Cuestionario de Depresión de Beck y Estilo Atribucional de Seligman.

A los sujetos se les entregó: una tabla de calorías, una tabla de nivel de gasto de calorías y hojas de registro de ingesta y ejercicio físico.

3. *Situación experimental:* Las sesiones se celebraron en una sala amplia y se acondicionó un rincón (donde estaba la báscula) para tomar las medidas.

Se colocaron dos tabloncillos de corcho donde se expusieron las gráficas de cada uno de los sujetos con su peso y el perímetro de la cintura que alcanzaban en cada sesión.

A los 20 sujetos elegidos se les envió al Departamento de Endocrinología de la Ciudad Sanitaria La Paz, donde el Dr. Albergo efectuó los análisis oportunos, con el fin de descartar a aquellos sujetos cuya obesidad tuviese causa endógena.

En las sesiones se encontraban, además de los terapeutas, cinco ayudantes (cuatro alumnos de 5.º de Psicología y un psicólogo).

4. *Procedimiento:* Se colocaron carteles por las distintas facultades, ofreciendo el programa como un servicio gratuito para estudiantes y personal de la Universidad, con un plazo de once días para información e inscripción. Según llegaban los sujetos, se les daba una hoja informativa sobre el programa y se contestaban sus preguntas. Si estaban interesados se inscribían en el programa y se les citaba para una entrevista.

Las entrevistas fueron realizadas por uno de los terapeutas, estando presente un ayudante que se encargaba de tomar notas. En la entrevista se recababa información sobre la conducta problema y aspectos funcionales, también se intentó evaluar la motivación para seguir el tratamiento a través de las razones para perder peso y otros problemas relacionados. Se dio una explicación del plan de tratamiento, horario de reuniones y la necesidad de una selección previa, dado el alto número de solicitudes, para lo cual se les pidió que volvieran al finalizar el plazo de las entrevistas para comunicarles si estaban admitidos y en su caso, darles cita con el médico. Al finalizar la entrevista se les daba una hoja de registro de ingesta y se les tomaban las medidas: peso, estatura, perímetro de muñeca, brazo, pecho, cintura y muslo; nivel de grasa en la muñeca, espalda, cintura y muslo.

Se seleccionaron 20 sujetos atendiendo al criterio de mayor sobrepeso y se dividieron en dos grupos según sus preferencias para asistir a las sesiones por la mañana (de 13 a 14 h) o por la tarde (de 15 a 16 h) en días prefijados.

Estaba previsto que las sesiones duraran una hora, pero se alargaron en la práctica a hora y media, debido al tiempo necesario para tomar medidas.

Las sesiones se desarrollaron según el programa previsto y al comenzar la sesión se tomaban las medidas descritas anteriormente, con lo cual disponían de unos minutos para conocerse y hacer comentarios antes de las sesiones. Al finalizar se repasaban las tareas propuestas para la semana.

1.ª Sesión: Al comenzar la sesión se presentaba el terapeuta así como el resto del equipo y cada uno de los sujetos.

Se hicieron comentarios sobre el objetivo del programa (insistiendo en que depende del control y la responsabilidad de cada uno, de que no se les daría una dieta, sino que se facilitaría un aprendizaje de autocontrol que les sirviera, posteriormente, para controlar otros hábitos también), dada la importancia de que no se enfrentaran al programa como «pacientes» sino de forma activa y autodirectiva, con actitud de trabajo. El contenido de la sesión se centró en dos puntos:

- Explicación del hambre e ideas irracionales que lo acompañan. Poniendo ejemplos que lo ilustrasen y buscando la participación del grupo, que de este modo adquiriría un papel más activo. Se les pidió que comprobaran personalmente qué es el hambre (cuánto duran las molestias, qué ocurre cuando se pasa hambre, etc.) y lo contarán por escrito.
- Análisis funcional de la conducta, explicación de E-R-C aplicados a la conducta de comer. Cada sujeto iría haciendo su propio análisis funcional, para lo cual tendría que identificar estos elementos en su caso concreto, diferenciando entre consecuencias a largo y a corto plazo: aprender qué está haciendo para tener y mantener ese problema de peso. Averiguar cuáles son los estímulos que les hacen comer más, cómo es su respuesta de comer y cuáles son las consecuencias. Ello haría que estudiaran objetivamente la realidad de su conducta.

Explicación sobre condicionamiento clásico y operante en su relación con obesidad: Se trataba de que comprendieran el papel de estos principios de aprendizaje en su conducta y así diseñar una estrategia útil para solucionar su problema.

Se comentaron las dificultades del registro y se insistió en la necesidad de hacerlo lo más cerca posible del momento de la ingesta. Se incluyó una escala de humor de 0 a 10.

Se les entregaron 2 cuestionarios (Historia Clínica de la Obesidad y EAT), que deberían rellenar para la próxima semana.

2.ª Sesión: Las medidas se redujeron a peso, perímetro y nivel de grasa en cintura y muñeca, dada la gran cantidad de tiempo que se invertía en tomarlas completas.

Se comentaron las experiencias del hambre de las personas que la realizaron así como los problemas con el autorregistro, sobre todo con los pensamientos.

Se da información sobre qué es la obesidad. Como solo tratábamos con obesos funcionales, centramos el problema exclusivamente en un balance entre calorías ingeridas y gastadas, por tanto, adelgazar o engordar depende de este balance entre lo que se come y el ejercicio realizado, ya que el metabolismo basal es relativamente constante. Se discutieron las ideas irracionales relacionadas con este tema, y lo importante que es aceptar la realidad como forma de cambiarla.

Principios nutritivos que hay que tener en cuenta para una alimentación equilibrada. Se les entregó una tabla de calorías para que conocieran el valor energético de los alimentos.

Se explicaron 4 teorías sobre obesidad (Control por estimulación externa, Estilo de comer, Ansiedad y Trastornos hipotalámicos), con el fin

de que comprendieran mejor el tipo de errores que cometían. Se utilizaron ejemplos sacados del propio grupo que ayudasen a identificar la teoría implicada en casos concretos. Se les pidió que planificaran un plan de comidas con la información que ya poseían, y que cuando cometieran un exceso, identificaran a qué teoría correspondía.

Se incluyeron en el autorregistro la identificación de teorías y se entregaron 2 cuestionarios (depresión y estilo atribucional).

3.ª Sesión: Se comentaron los problemas que habían surgido para registrar las teorías, se aclararon dudas y se insistió en la importancia del autorregistro para tener una percepción real de lo que se está comiendo. También se insistió en la columna del humor: si alguien se pone triste, es que está haciendo algo mal. Se aprovecharon siempre los diálogos para reforzar las conductas positivas y se utilizaron experiencias personales que podían ser de utilidad a otros miembros del grupo, razonándolas detalladamente.

Se dedicó la sesión a:

Establecimiento de metas y submetas. Contrastar que la meta a la que se quería llegar fuera realista y dividirla en submetas para conseguirla. Se fijó la submeta de peso entre medio y un kilogramo a la semana para que fuera lo bastante lenta como para que permitiera aprender nuevos hábitos de comida. Hay que diversificar las submetas y no fijarse exclusivamente en el peso, se sugirió que se refirieran a centímetros de cintura, ejercicio físico, pensamientos positivos, reducción de errores como picar entre horas, etc. Se repartieron folios y se pidió que anotasen las submetas referidas a peso y centímetros de cintura, con un plazo prefijado y teniendo en cuenta la información. Cada uno pondría las submetas que su análisis funcional le indicara que necesita, nuestro papel se limitaba a enseñarles cómo supervisar su tarea y suministrarles la información necesaria; todo ello dentro de un clima cordial que les sirviera de apoyo. Era necesario que asumieran, desde el principio, que el control estaba en ellos.

Control del refuerzo. Los procedimientos operantes se utilizaron para instaurar hábitos alimenticios y de ejercicio más adecuados. Para lograr autocontrol, el autorrefuerzo positivo tendría que ser contingente con la consecución de las submetas. Insistiendo en que las submetas tendrían que ser lo suficientemente bajas como para conseguir reforzamiento e irse aumentando poco a poco, con lo cual el estado de ánimo sería bueno mientras lentamente se fuera consiguiendo el objetivo. Se explicó el autorrefuerzo y el refuerzo social, pidiéndoles que se autorreforzarán por conseguir las submetas y que no lo hicieran si no lo habían conseguido, que comentaran con amigos y familiares el plan que estaban haciendo y que se miraran al espejo una vez a la semana para tomar conciencia del estado real de su cuerpo, pudiendo apreciar los progresos que realizaran.

Se mantuvo el mismo autorregistro de comida y se entregó un autorregistro de ejercicio físico y un cuestionario de refuerzos que, una vez corregido, se les devolvió con el fin de que dispusieran de una amplia lista de refuerzos positivos para los contratos. Deberían traer escritas las submetas elegidas.

4.ª Sesión: Se comentó en grupo las dificultades y aciertos que habían tenido a nivel individual, según se desprendía de sus autorregistros y se revisaron las metas que se habían propuesto.

El tema de esta sesión se dedicó al control externo sobre la conducta y se habló sobre los elementos que influían, alentando a que cada uno fuera descubriendo los que le afectan.

Para controlar la estimulación externa se propusieron diversas estrategias (reducir estímulos asociados con la comida e introducir elementos que ayudasen a regular la ingesta), que habían de recoger en un compromiso en el que se planificarían también las consecuencias de cumplirlo o no. Se recalcó la importancia del autorregistro que permite estudiar lo que está ocurriendo y así incluir en el contrato aquellas submetas que se revelan como necesarias para esa persona.

Se les pidió que, antes de la noche del mismo día de la sesión, escribieran su contrato para esa semana, explicando las submetas que habían elegido entre las que se propusieron, número de errores que se iban a permitir y consecuencias de cumplirlo o no, recalcando la importancia del autorrefuerzo positivo por cumplir estos compromisos. Así se tenía, además, la ventaja de no esperar al final del plan para saber cómo funciona, sino que semanalmente podían comprobar si avanzaban o debían corregir algunos aspectos.

Se mantuvo el autorregistro de comida de la sesión anterior, pero se añadió una columna para el tiempo real que empleaban en comer. Se entregaron 2 cuestionarios de asertividad.

5.ª Sesión: Se comentaron las pérdidas de peso y el cumplimiento del contrato, así como si había habido cambios en el ejercicio físico.

Se hizo un repaso de lo aprendido hasta entonces en cuanto a ideas irracionales sobre por qué se engorda o adelgaza y por qué lo hace cada uno en particular y del tema de los contratos, ya que se encontró que, en general, se ponían metas excesivamente altas y no programaban las consecuencias de cumplirlas o no.

Esta sesión se dedicó al estilo de comer, a la modificación de hábitos como comer deprisa, acabar todo lo que hay en el plato, etc., y cómo, haciéndolo paulatinamente, se consigue sin «sufrimiento». Se dieron unas submetas apropiadas para corregir estos defectos, que los sujetos debían adaptar a su propia realidad. Como ya disponían de la información sobre cuánto tiempo tardaban en comer, se halló la media que les serviría de orientación para programar la submeta de comer más despacio: se trataba de que esa semana aumentaran unos pocos minutos el tiempo real empleado hasta entonces y que continuaran aumentando hasta un nivel razonable.

Para asegurar el correcto planteamiento del contrato se introdujo un control telefónico individual, de manera que se pudieran corregir los posibles errores como metas poco realistas, no incluir lo que iban a obtener o a qué iban a renunciar como consecuencia de cumplir o no el contrato, etc.

Se mantienen los mismos autorregistros de comida y ejercicio físico que la semana anterior.

6.ª Sesión: Esta sesión se dedicó a reconsiderar lo planteado hasta entonces y a revisar las dificultades que tuvieran. Se comentaron las gráficas de peso y cintura, se hizo hincapié en la importancia del autorrefuerzo, de que las metas fueran realistas y las submetas se pudieran cumplir con poco esfuerzo, aumentando su dificultad poco a poco, en función de los resultados.

Se volvió a hablar de la importancia de los pensamientos, tanto en

relación con la comida por su valor reforzante de la misma, como por utilizarlos para autoculpase por los errores cometidos.

Dado que comenzaba la Semana Santa, se les pidió que revisaran por su cuenta el contrato al acabar la semana y que programaran el siguiente teniendo en cuenta los resultados del anterior.

Se mantuvieron los mismos autorregistros de comida y de ejercicio físico.

7.ª Sesión: En esta sesión se trató sobre el ejercicio físico. Se informó que quemar calorías a través del ejercicio físico duro no es lo más importante, sino modificar hábitos de vida en el sentido de incluir más ejercicio diario: algo fácil de convertir en rutina. Se comentaron aspectos como el gasto de calorías que produce el ejercicio: para eliminar las calorías ingeridas en 100 gramos de chocolate con leche, hacen falta cerca de dos horas de marcha ligera o una hora jugando al fútbol. Sin embargo, aumentar el ejercicio en media hora con una caminata supone al año un consumo de más de 20.000 calorías o la pérdida de 7 kilogramos.

Será necesario reforzar las conductas que permitan cambiar los hábitos relacionados con el ejercicio.

Se les entregaron unas tablas de gasto de calorías en distintos tipos de ejercicios y se añadieron submetas relacionadas con el ejercicio físico al contrato semanal.

Se mantienen los mismos autorregistros de comida y ejercicio físico.

8.ª Sesión: Explicación sobre ansiedad, cómo se manifiesta en los tres niveles de respuesta y su relación con la conducta de comer en exceso, con ejemplos sacados del propio grupo. Será necesario buscar conductas alternativas a la de comer, para manejar la ansiedad. Se realizó un ejercicio de solución de problemas por escrito y se les pidió que utilizaran dicho ejercicio al menos una vez en esa semana.

Se modificó el autorregistro de comida: a partir de esta sesión anotaron previamente lo que pensaban comer y después lo que habían comido.

9.ª Sesión: Se comentó el ejercicio de solución de problemas, preguntando a cada sujeto sobre su caso.

Se entregó a cada sujeto una tarjeta de cogniciones sobre ruptura de metas (Morlatt y Gordon) y se discutió su contenido, explicando todos los puntos con ejemplos. Se les pidió que leyeran esta tarjeta al menos una vez en esta semana y, en general, cuando pretendieran transgredir una norma o meta.

Se mantuvieron los mismos autorregistros de comida y ejercicio físico. Se recomendó que se hicieran ejercicios de solución de problemas si se presentaba una situación de ansiedad, así como incluirlo en el contrato si era necesario en su caso (al igual que la tarjeta).

10.ª Sesión: Se revisaron las dificultades que habían surgido, notándose una gran participación del grupo que planteaba soluciones a los problemas de alguno de los sujetos.

Se hizo un ejercicio de calentamiento de grupo y se explicó qué es asertividad y su influencia en la conducta que queremos modificar.

Se mantuvieron los mismos autorregistros de comida y ejercicio físico, así como el contrato semanal.

11.ª Sesión: Revisión de las gráficas y comentarios de la situación de cada uno en relación con sus objetivos de peso. Se sugirió que frenaran el ritmo de pérdida de peso un poco antes de llegar al objetivo, planifi-

cando cómo se haría el aumento de la ingesta para llegar a la estabilidad: aumentar poco a poco y comprobar los resultados. La conveniencia de tener «chivatos» (un pantalón ajustado, el cinturón, etc.) que avisen de que se está aumentando o perdiendo peso, además de la báscula.

Se les sugirió que retiraran el autorregistro poco a poco, en función de los resultados y teniendo en cuenta las distintas situaciones de los sujetos en relación con el objetivo final.

Se hizo un ejercicio escrito de solución de problemas para abordar el aumento de peso, con el que se pretendía que quedara claro para los sujetos cómo utilizar el programa, la utilidad de las distintas sesiones.

Se les entregó una gráfica de pes donde figuraba el peso inicial y el obtenido al finalizar el programa, con instrucciones para que se pesaran una vez a la semana y anotaran su peso en la gráfica, que deberían traer a las sesiones de seguimiento.

Seguimiento: Se les citó telefónicamente y se tomaron todas las medidas que veníamos utilizando, así como el peso. Se les pasó un cuestionario sobre aprovechamiento del programa y se repitieron los de depresión, asertividad (sólo el Rathus) y Actitudes frente a la comida.

RESULTADOS

Para analizar los resultados del programa anteriormente expuesto, se han recogido los datos de pérdida semanal de peso del conjunto de los participantes. En la figura 1 se muestra el registro acumulativo de pérdida de peso medio semanal. Esta oscila entre los 44 g. y los 870 g., siendo la media del grupo de 538 g., lo que resulta una pérdida ligeramente superior a la recomendada por nosotros a los participantes, que era de alrededor de 450 g. La pérdida media de peso obtenida por el grupo al final de las 11 semanas que duró el programa, fue de 5,9 Kg. El valor de la varianza, sin embargo, es importante: 4,47, oscilando las pérdidas al final entre un aumento de 100 g. (del sujeto núm. 12) y una disminución de 15,3 Kg. Así pues, sólo 8 de los 16 sujetos disminuyeron más de 450 g. por semana.

En la tabla 1 se muestra la pérdida media, por sesión de cada sujeto y su desviación típica. Queremos hacer notar que hay sujetos con una leve pérdida media semanal, pero, sin embargo, la oscilación semanal es alta y por lo tanto la desviación típica lo es también.

En la figura 2 se muestra el registro acumulativo de la pérdida media semanal del perímetro de la cintura de los 16 sujetos, aumentando después de la 1.ª semana de tratamiento y disminuyendo todas las semanas hasta el final del tratamiento. La disminución media alcanzada es de 5,8 cm. al final del tratamiento; el sujeto que perdió más cintura redujo 13,5 cm. y el sujeto que menos (núm. 12), ganó 1 cm. En la tabla 2 se pueden ver los datos de cada sujeto y su desviación típica.

En la figura 3 se puede ver el registro acumulativo de pérdida media del grosor del pellizco de grasa en la cintura. Los sujetos alcanzaron una pérdida media de 1,43 cm. de grosor al final del tratamiento. El sujeto que más adelgazó perdió 1,8 cm. y el que menos, aumentó 0,3 cm. el grosor de la grasa en la cintura.

En la tabla 3 se ven las medias y las desviaciones típicas de la grasa en cada sesión, lo que da una idea bastante clara del comportamiento de la muestra.

La evolución en la variable depresión (Beck antes-después del tratamiento) como efecto del tratamiento, mostró que éste no inducía mayor depresión, ya que de los 16 casos, en 10 se redujo la depresión en más de 7 puntos y en los 6 restantes no se modificó sensiblemente.

La evolución de la asertividad con el test de Rathus, dio como resultado que el programa no modifica significativamente esta variable, aunque se aprecia una tendencia al aumento de la misma al final del programa.

Se confeccionó un cuestionario para evaluar el aprovechamiento del plan terapéutico realizado, con preguntas relativas a la actitud ante la comida, el hambre, la forma de ingerir, el ejercicio físico, el autorrefuerzo, etc. Los participantes en el programa contestaron correctamente un promedio del 75 por 100 de las preguntas. Las personas que no lograron conseguir el peso deseado durante el programa, fallaron en más del 40 por 100.

Se han hallado las correlaciones de Pearson de cada sujeto en cuanto a los tres tipos de medida de la obesidad. En la tabla 4 se presentan las correlaciones del peso con el grosor de la grasa en la cintura de cada uno de los sujetos. Las correlaciones son en todos los casos altas y significativas. En la tabla 5 se presentan los datos de la correlación entre el peso y el perímetro de la cintura y en la tabla 6, la que hay entre el perímetro y el grosor de la grasa en la cintura.

Los datos de seguimiento en peso, centímetros de cintura y milímetros de grasa están reflejados en la tabla 7. Se tomaron estos datos al mes, seis meses y un año de seguimiento. El estudio de los promedios de peso nos indica que las 10 personas que tuvieron éxito al final del programa, mantenían una media de pérdida de 9,35 Kg. al mes de seguimiento, siguieron perdiendo hasta el 6.º mes del seguimiento ($x = 11,52$ Kg.), estableciéndose al año en 9,33 Kg. Los datos promedio de cintura y grasa están directamente relacionados con las pérdidas de peso citadas. Quizá se comprendan con mayor claridad los datos si observamos el cuadro resumen de las frecuencias de todo el programa de tratamiento (tabla 8). Cabe destacar de este cuadro los siguientes datos: a) los abandonos, 4 al comienzo del tratamiento y 6 al finalizar el mismo; b) los sujetos que tuvieron éxito durante el programa, siguen perdiendo peso hasta los seis meses de seguimiento, y c) la pérdida de sujetos por traslados, en nuestro caso 3 sobre 10 (quizá por ser una muestra de estudiantes).

Aunque al año de seguimiento, de los 7 sujetos de los que tenemos datos, sólo 5 siguen bien y 2 aumentan de peso, hay que tener en cuenta que, como grupo, siguen con una pérdida media de 9,3 Kg.

FIGURA 1

Pérdida media semanal de peso

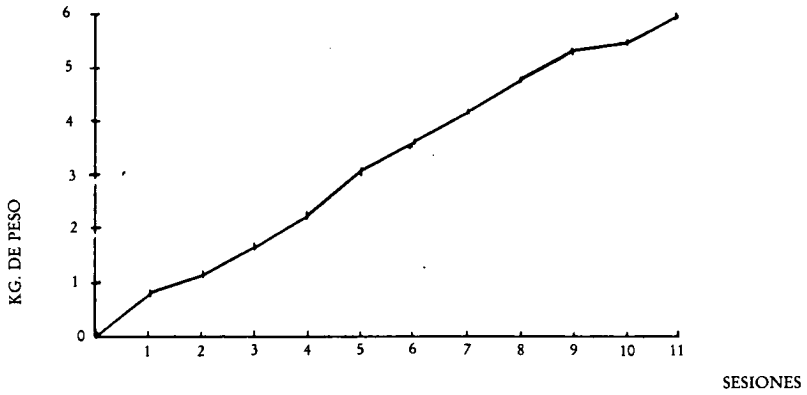


FIGURA 2

Pérdida media semanal de perimetro de cintura

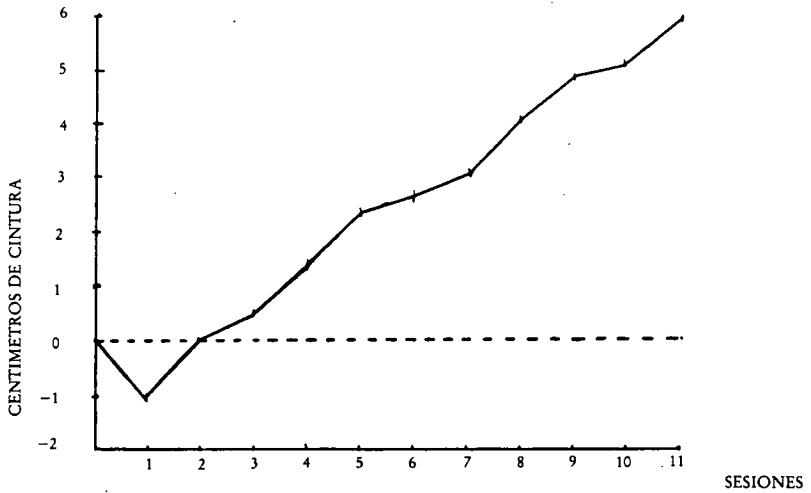


FIGURA 3

Pérdida media semanal del grosor de grasa en cintura

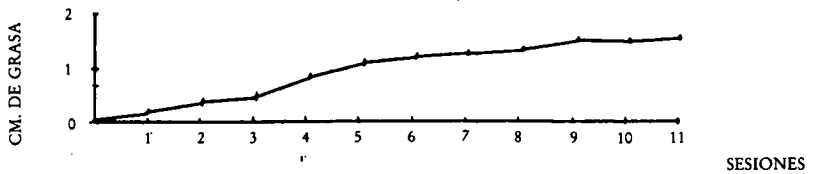


TABLA 1

Medias y desviaciones típicas de la pérdida de peso, por sesión, de c/u de los sujetos (el signo negativo indica aumento de peso).

Sujeto	Media	D. Típica
1	0,89	0,77
2	0,12	0,65
3	0,72	0,56
4	0,77	0,88
5	0,45	0,52
6	0,03	1,82
7	0,29	0,64
8	0,13	1,01
9	0,12	0,67
10	0,32	0,67
11	1,05	0,98
12	-0,01	0,85
13	0,87	1,10
14	0,45	0,48
15	0,08	0,65
16	1,39	1,28

TABLA 2

Medias y desviaciones típicas de la pérdida de perímetro de cintura, por sesión, de c/u de los sujetos.

Media	D. Típica
0,72	0,65
0,18	0,80
1,22	1,77
0,58	1,02
0,52	1,04
0,23	2,52
1,04	1,49
0,27	1,48
0,36	1,26
0,45	1,30
0,82	1,28
-0,09	2,01
0,63	1,10
0,63	1,19
0,36	0,46
0,95	1,39

TABLA 3

Medias y desviaciones típicas de la pérdida del grosor de grasa en cintura, por sesión, de c/u de los sujetos.

Media	D. Típica
0,02	0,44
0,16	0,29
0,13	0,26
0,16	0,25
0,09	0,58
0,03	0,36
0,04	0,32
0,10	0,55
0,06	0,26
0,02	0,42
0,13	0,18
0,03	0,22
0,03	0,57
0,03	0,24
0,04	0,18
0,16	0,60

TABLA 4

Correlación peso-grasa de cada sujeto a través de las sesiones

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
R p.g.	.87	.48	.91	.97	.96	.72	.88	.87	.72	.93	.91	.84	.95	.93	.56	.87

TABLA 5

Correlación peso-perímetro de la cintura de cada sujeto a través de las sesiones

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
R p.p.	.97	.76	.94	.95	.98	.83	.92	.70	.80	.99	.97	.74	.94	.96	.70	.97

TABLA 6

Correlación perímetro-grasa de cada sujeto a través de las sesiones

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
R p.g.	.78	.81	.86	.97	.91	.82	.87	.70	.72	.92	.87	.72	.92	.84	.67	.87

TABLA 7

Datos de seguimiento del grupo de sujetos que alcanzaron el criterio en el tratamiento

	1 mes	6 meses	1 año
Peso	9,35	11,52	9,33
Cintura	7,18	10,8	8,43
Grasa	13	17	16,2

TABLA 8

Resumen del programa de tratamiento

Comienzo tratamiento	Final tratamiento	1	mes 6	meses	1 año
16 tratados	10 alcanzan objetivo	6 siguen perdiendo	7 siguen perdiendo	1 estable	1 pierde
	6 no logran perder peso	2 estables	1 estable	2 sin datos	4 estables
		2 sin datos	2 sin datos		2 aumentan
					3 sin datos
4 abandonaron					
20 sujetos	16 sujetos	10 sujetos	10 sujetos	10 sujetos	10 sujetos

DISCUSION

Cabe aquí recordar que el objetivo de este programa era enseñar a la gente a adelgazar, a ver la relación entre ingestión, ejercicio físico y grasa; a controlar la cantidad y tipo de comida, a no deprimirse mientras adelgazan, etc., y si se tenía motivación suficiente, a perder peso realmente. En nuestro programa se había pensado inicialmente controlar la motivación a través de un contrato (económico), pero no se pudo realizar por problemas técnicos. Tampoco se pensó en que el mayor sobrepeso podría actuar como elemento motivador, con lo que no se han analizado los datos en ese sentido.

El análisis de los resultados en las variables estudiadas muestra que el grupo como tal ha adelgazado a un ritmo adecuado (500 gr./semana) y que al final del tratamiento adelgazó el promedio de los tratamientos conductuales en muestras universitarias, con un sobrepeso medio de 6 Kg. No obstante, hay que señalar que la variabilidad del grupo es muy grande y que sólo 8 de los 16 sujetos alcanzaron el criterio de perder 450 g. de media semanal, lo cual significa que sólo la mitad de los sujetos adelgazaron realmente.

El programa, desde nuestro punto de vista, tenía como especial vir-

tud el que los sujetos adelgazaran mediante el propio análisis funcional (como si se tratara de una terapia individual) y que, al mismo tiempo, al llevarse a cabo las sesiones en grupo, tuvieran las ventajas motivadoras del tratamiento en grupo; este programa ha obtenido muy buenos resultados comparados con otros tratamientos conductuales. Se ha venido diciendo que los programas conductuales son mejores que cualquier otro en la consecución de reducción de peso al final del tratamiento, pero que la mayoría de los sujetos recuperan el peso perdido en un año (Bellack y Williamson, 1979; Stunkard y Penick, 1979). Sin embargo, nuestros resultados, aunque pobres, son mejores que la mayoría de los trabajos revisados por Stunkard y Mahoney (1982). Al comparar nuestra investigación con trabajos más recientes, como los de Straw y Terre (1983), encontramos que al final de 10 sesiones de tratamiento logran una reducción de 4,2 Kg.; de los 15 sujetos que reciben tratamiento, 6 no pierden peso realmente, con una pérdida media de 0,670 Kg. A los nueve meses de seguimiento mantienen una pérdida promedio de sólo 1,3 Kg.

Wing *et al* (1984) comparan programas conductuales con programas de régimen bajo en calorías, logrando al final del tratamiento una reducción media de 9,5 Kg. y al año de seguimiento 4 Kg. de reducción.

Jeffery, Wender y Wing (1978) trataron 118 obesos con gran sobrepeso en la clínica de Trastornos de Comida de Stanford, de los que abandonaron 30 casos al final del tratamiento, con un promedio de pérdida de 5,8 Kg. y al año de seguimiento, 0,7 Kg. Sin embargo, señalan que, tal como ocurre en nuestro caso, la variabilidad es muy grande, desde sujetos que perdieron 36,4 Kg. a sujetos que ganaron 18,2 Kg. al final del seguimiento.

Finalmente, el trabajo de Murphy *et al* (1982), que incluye en el tratamiento a los esposos, logra una pérdida a las doce semanas de tratamiento de 12 Kg.; a los seis meses, de 9 Kg.; al año, 6 Kg., y a los dos años, 5 Kg., con una pérdida importante de casos (de 45 al final del tratamiento a 28 al año de seguimiento). En este caso sus resultados señalan, de acuerdo con los nuestros, que a los seis meses de seguimiento se consigue la máxima pérdida, para ir aumentando levemente a partir de ese momento.

Nuestro trabajo iba dirigido realmente a controlar que el peso alcanzado se mantuviera o bajara durante el seguimiento y, en ese sentido, el programa logra que los sujetos sigan bajando peso hasta el seguimiento de seis meses, aunque luego, en el de un año, no se llegue a mantener el peso alcanzado a los seis meses, ya que 2 de los sujetos aumentan de peso. Sin embargo, nuestros resultados son muy alentadores si los comparamos con otros programas conductuales en dos sentidos: a) en el peso reducido en las once semanas de tratamiento, y b) en relación a los datos de seguimiento de un año (que son similares a los del final del tratamiento).

Un dato importante en este trabajo es el análisis de las correlaciones entre el peso, la grasa y el perímetro de la cintura, variables que se relacionan muy altamente cuando se analizan dentro de un mismo sujeto, pero que no aparecen correlaciones cuando se analiza una muestra de sujetos y se intenta comprobar el valor predictivo de cada una de estas variables con respecto al peso (véase Santacreu, Ruiz, Ivars y Scigliano, 1985).

Resumen

El objetivo de este trabajo fue el diseño y aplicación de un programa de tratamiento de la obesidad que lograra que los sujetos no sólo perdieran peso, sino que lo mantuvieran estable al menos un año después. El programa se aplicó a dos grupos de 10 sujetos durante 11 sesiones semanales. El peso de los 16 sujetos que terminaron el programa se redujo en una media de 5,9 kilogramos, el perímetro de la cintura, en 5,8 centímetros, y el grosor del pellizco de grasa, en 14,3 milímetros. El programa mostró que no inducía depresión en los sujetos, sino que por el contrario ésta se redujo. Se analizan los datos de seguimiento al mes, a los seis meses y al año.

Referencias

- BELLACK, A., y WILLIAMSON, D.: «Obesity and Anorexia Nervosa». En D. Daleys, R. Meredith y A. Ciminero (Eds.). *Behavioral Medicine: Treatment and Assessment Strategies*. Plenum, New York, 1982.
- FERSTER, C. B.; NURNBERGER, J. I., y LEVITT, E. B.: «The control of eating». *Journal of Mathematics*, 1, 87-109, 1962.
- HUDSON, A., y WILLIAMS, S. G.: «Eating behavior, emotions, and overweight». *Psychological Reports*, 48, 669-670, 1981.
- JEFFERY, R. W.; VENDER, M., y WING, R.: «Weight Loss and Behavior Change 1 Year After Behavioral Treatment for Obesity». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 46, n.º 2, 368-369, 1978.
- JEFFREY, D. B.: «Manejo conductual de la obesidad». En W. E. Craighead; A. E. Kazdin, y M. J. Mahoney (Eds.). *Modificación de conducta: Principios, técnicas y aplicaciones*. Omega, Barcelona, 1981.
- MAHONEY, M. J.: «Self-reward and self-monitoring techniques for weight control». *Behavior Therapy*, 5, 48-57, 1974.
- MAHOHEY, M. J.; MOURA, N. G. M., y WADE, T. C.: «The relative efficacy of self-reward, self-punishment, and self-monitoring techniques for weight loss». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 404-407, 1973.
- MANN, R. A.: «The behavior-therapeutic use of contingency contracting to control and adult behavior problem: weight control». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 99-109, 1972.
- MURPHY, J. R., et al.: «The long-term effects of spouse involvement upon weight loss and maintenance». *Behaviour Therapy*, 13, 681-693.
- SANTACREU, J.: *Unidades Didácticas de la UNED*, 1985.
- SANTACREU, J.; RUIZ, J.; IVARS, A., y SCIGLIANO, R.: «Fiabilidad y validez de medidas físicas en obesidad». *Psicológica*, 1985 (en prensa).
- STRAW, M. K., y TERRE, L.: «An evaluation of individualized behavioral obesity treatment and maintenance strategies». *Behavior Therapy*, 14, 255-266, 1983.
- STUART, R. B.: «Behavioral control of overeating». *Behavior Research and Therapy*, 5, 357-365, 1967.
- STUNKARD, A.: «New therapies for the eating Disorders». *Archives of General Psychiatry*, 26, 391-412, 1972.
- STUNKARD, A.: «The current status of Treatment for obesity in Adults». En A. Stunkard y E. Stellar (Eds.). *Eating and Its disorders*. Raven Press, New York, 1984.
- STUNKARD, A. y MAHONEY, M. J.: «Tratamiento conductual de los trastornos de la conducta alimentaria». En H. Leitenberg (Ed.). *Modificación y terapia de conducta*, tomo I, Morata, Madrid, 1982 (ed. original 1976).
- STUNKARD, A. y PENICK, S.: «Behavior modification in the treatment of obesity: the problem of maintaining weight loss». *Archive of General Psychiatry*, 36, 801-806, 1979.
- THORESEN, C. y MAHONEY, M. J.: *Autocontrol de la conducta*. Fondo de Cultura Económica, México, 1981 (ed. original 1974).
- WING, R. R.; EPSTEIN, L. H.; MARCUS, M. D., y KOESKE, R.: «Intermittent low-calorie regimen and booster sessions in the treatment of obesity». *Behavioral Research Therapy*, 22, n.º 4, 445-449, 1984.
- YATES, A. J.: *Terapia del conocimiento*. Trillas, México, 1980 (ed. original 1970).
- YATES, A. J.: *Teoría y práctica de la terapia conductual*. Trillas, 1977 (ed. original 1975).

Summary

The object of this job was the design and application of a self-control programme for obesity not only to lose weight, but to maintain that loss at least during the period of one year.

Two groups of ten persons each received eleven one-hour sessions per week.

The results showed that the reduction of weight of 16 persons who finished the treatment, was around 5,9 kg., the waist perimeter reduction was 5,8 cm. and the skinfold thickness reduction was 13,4 mm.

The programme showed that depression was not induced. On the contrary, this was reduced.

Data are analysed every month, every six months and once a year.

Résumé

L'objet de ce travail, était la description de l'application d'un programme sur le traitement de l'obésité pour obtenir que les personnes non seulement puisse perdre du poids, sinon qu'ils puisse le maintenir pareil 1 an après le traitement. Le programme fut appliqué à deux groupes de personnes durant 11 séances par semaine. Le poids de 16 personnes après avoir fini le programme fut réduit en une moyenne de 5,9 Kg., le périmètre de la ceinture a 5,8 cm. et la grosseur du pincement de graisse en 13,4 mm. Le programme a montré qu'il ne pousse pas les personnes à la dépression sinon qu'au contraire elle se réduit. Les notes après avoir suivi ce traitement son analysés au bout du mois, aux 6 mois et au bout d'un an.

Información varia

Con la participación de terapeutas gestálticos de once países europeos, se fundó el día 5 de mayo de 1985 en el centro de formación de Hückeswagen, a orillas del lago Bever, la Asociación Europea de Terapia Gestalt (EGGT), S. A. Esta organización agrupa asociaciones y colegios profesionales, personas independientes e institutos de formación orientados en la línea de la Terapia Gestalt. Para la junta rectora fueron elegidas las siguientes personas: Hilarion Petzold (RFA), presidente; Koen Behets (Bélgica), vicepresidente; Wendela ter Horst (Holanda), tesorera; Blaz Topolovac (Yugoslavia), secretario; Renate Frühmann (Austria), publicidad.

Al consejo ampliado pertenecen también: Koen Behets (Bélgica), Peter Bierkens (Holanda), Lourdes Corral-Pérez (España), Arnaldo Cruz (Portugal), Hans Forberg (Noruega), Renate Frühmann (Austria), Bernd Heineremann (RFA), Despina Koweou (Grecia), Geneviève Leick (Luxemburgo), Georges Spengler (Suiza), Nikola Radic (Yugoslavia).

Los objetivos y las metas de la asociación son:

- a) La unión de organizaciones, asociaciones y federaciones de Terapia Gestalt de los diversos países europeos.
- b) La agrupación de personas, organizaciones e instituciones que dentro del ámbito europeo se dedican a la Psicoterapia Gestáltica, a la Socioterapia Gestáltica, etc.
- c) La difusión de la Terapia Gestalt y sus diversos modos de aplicación, por ejemplo la Pedagogía Gestáltica, tanto en la investigación como en la enseñanza, dentro de Europa.
- d) El fomento del intercambio científico y de experiencias profesionales, tanto entre terapeutas gestálticos de los países europeos como entre las diversas corrientes nacionales de Terapia Gestalt.
- e) El desarrollo de curricula y niveles equivalentes para los terapeutas gestálticos del ámbito europeo y el logro de niveles comunes de formación.
- f) Ulterior desarrollo de la teoría y metodología de la Terapia Gestalt en el contexto europeo.
- g) Realizar trabajos de divulgación, promover iniciativas en los ámbitos de política laboral y salud mental a nivel internacional, especialmente en gremios europeos.
- h) Cooperar con otras asociaciones e instituciones psicoterapéuticas.
- i) Contribuir en nuestro ámbito al entendimiento de los pueblos europeos.

El estatuto prevé miembros ordinarios, éstos pueden ser colegios profesionales y centros de formación que satisfagan el nivel clínico y profesional que exige esta asociación. Podrán pertenecer también las personas que se encuentren en el tercer año de formación, como mínimo, en algún centro de formación post-profesional, dicho centro debe pertenecer a la EGGT o al menos ser miembro de alguna asociación profesional que pertenezca a la EGGT. Finalmente, el estatuto permite la existencia de miembros asociados, personas que se encuentren en el período de formación y a todas aquellas que lo soliciten. Fue fijada como cuota anual para los miembros ordinarios y asociados —siempre que se trate de personas naturales— la suma de 30 marcos, para las Instituciones, 200 marcos.

En la asociación se crearán secciones para áreas específicas de la Terapia Gestalt y sus diversas formas de aplicación: Psicoterapia Gestáltica, Socioterapia Gestáltica, Psicoterapia Infantil y Juvenil, Gerontoterapia, Tanatoterapia, Pedagogía Gestáltica.

La EGGT organizará cada dos años un congreso europeo a fin de promover el intercambio científico y personal entre terapeutas gestálticos en Europa. Habrá una «Con-

ferencia permanente que se ocupe de las consultas referentes a la formación y prácticas de los terapeutas. Las secciones de Terapia Infantil y Familiar, Gerontoterapia y Pedagogía Gestáltica fomentarán la aplicación de la Terapia Gestalt en diversos campos y grupos específicos.

El primer congreso europeo tendrá lugar en Mainz, entre el 26 y 28 de septiembre de 1986, teniendo como tema: «Psicoterapia y Ética».

Dirección: Europäische Gesellschaft für Gestalttherapie e.V. (EGGT)
Wefelsen 5 (Beversee)
D-5609 Hückeswagen
Tel.: 02192-8 21 20