EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA OBESIDAD ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CINCO AÑOS

E. García, C. Saldaña, L. Bach, I. Tomàs y A. Bados
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología.
Universidad de Barcelona.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la obesidad clínica adaptado a las características de los pacientes utilizando, para ello, un diseño de caso único AB Seguimiento con replicación clínica. Los resultados al final del tratamiento, de los diez pacientes que terminan el programa, indican que los sujetos pierden una media de 18.07 Kg, lo que supone una reducción del 52.56% respecto al sobrepeso inicial. Los cuatro pacientes que consiguen mejores resultados (porcentaje de sobrepeso inferior al 20%) tienen una evolución ponderal más regular a lo largo del tratamiento y un menor enlentecimiento de la pérdida de peso en la segunda mitad de la intervención que los sujetos menos exitosos. Sin embargo, los resultados del seguimiento indican que el peso tiene una marcada tendencia a retornar al nivel basal; los datos, a los cinco años de seguimiento, muestran una tasa de recuperación media del 71.86% con un rango comprendido entre el 38.7% y el 116.8%.

Palabras clave: Obesidad, control del peso, tratamiento cognitivo-conductual, seguimiento 5 años

ABSTRACT

The aim of this study is to assess the efficacy of a cognitive-behavioural treatment for clinical obesity tailored to the features of each patient. A single case A-B design with follow-up and clinical replication has been used. The ten patients who finished the program lost an average of 18.07 kg at the post-treatment; this means a 52.56% reduction of the initial overweight. The four most successful patients (percentage of overweight lower than 20%) have a more regular treatment evolution and a faster weight lost in the second part of the treatment than the most unsuccessful patients. However, the follow-up results indicate that the weight tended markedly to go back to the base-line data. The five year follow-up data show an average weight recovery of 71.86% with a range from 38.7% to 116.8%.
Key words: Obesity, weight control, cognitive-behavioural treatment, 5 years follow-up

INTRODUCCIÓN

El problema de la obesidad ha generado un ingente número de investigaciones tanto en el ámbito médico-biológico como en el psicológico, pero, desafortunadamente, los datos empíricos demuestran que, por el momento, no se ha encontrato un tratamiento realmente efectivo e inocuo, especialmente a largo plazo. La revisión de la bibliografía publicada en el ámbito cognitivo-conductual demuestra, con rotundidad, que los diseños de grupo se han erigido en la metodología de elección para evaluar la efectividad de los tratamientos conductuales o combinados de la obesidad. Tanto la revisión de Anderson y Gross (1988) como la de García (1996) indican que en los últimos trece años sólo se han publicado, en las revistas internacionales, un estudio de caso (Wyshogrod, 1985) y un estudio que utiliza un diseño de replicación clínica (Black, 1987).

El dominio de las comparaciones de grupo promueve el diseño de tratamientos estándar, con una duración prefijada que se aplican en grupo y sin contar con ninguna evaluación conductual previa de los hábitos alimentarios ni de los patrones de actividad física de los sujetos. A pesar de que en muchos estudios se administran autoinformes, antes de iniciar el tratamiento, los datos recogidos se utilizan, en general, para identificar variables predictivas o relaciones entre diversas variables y no para individualizar los programas. La revisión de García (1996) basada en 50 investigaciones, publicadas a partir de 1987, que utilizan tratamientos conductuales, permite comprobar que: a) en ningún estudio se hace una evaluación, basada en el modelo del análisis funcional, que permita identificar las supuestas variables que controlan la obesidad de los pacientes; b) sólo en dos estudios (Pekarik, 1987,

1988) se administra el tratamiento individualmente, pero la duración del programa es estándar (12 y 8 sesiones respectivamente); c) en el 92.15% de los estudios la duración del programa está prefijada; además, en tres de los 4 programas que tienen una duración flexible (Hartman, Stroud, Sweet y Saxton, 1993; Hovell, Koch, Hofstetter, Sipan, Faucher, Dellinger, Borok, Forsythe y Felitti, 1988; Nunn, Newton y Faucher, 1992) el margen de variabilidad parece limitarse a seguir durante más o menos tiempo una *Very Low Calorie Diet* (VLCD) y en el otro (Beliard, Kirschenbaum y Fitzgibbon, 1992) sólo indican que la duración del tratamiento es "*open-ended*" y d) no hemos encontrado ningún artículo en el que la duración del programa cognitivo conductual se adapte a las características de los sujetos y al nivel de aprendizaje de las técnicas entrenadas.

Asimismo, hay muy pocas investigaciones en nuestro país en las que se evalúe la eficacia de los programas conductuales o cognitivo conductuales en el tratamiento de la obesidad. Además, en los únicos estudios sobre el tema (Pantoja, García, Arce, García y Elorduy, 1986; Santacreu y Scigliano, 1986 y Vera y Fernández, 1986) se aplican programas cortos, en el mejor de los casos de 12 semanas, con seguimientos que oscilan de 1 a 12 meses y los sujetos son estudiantes universitarios con sobrepesos ligeros. Los únicos trabajos, de los que tenemos conocimiento, que aplican tratamientos cognitivo conductales, combinados con una dieta hipocalórica moderada, a obesos clínicos son dos estudios realizados por nuestro equipo, (García y Saldaña, 1986; Saldaña y García, 1988) en la *Unitat de Teràpia de Conducta, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona*, en los que se utilizan diseños de caso único AB Seguimiento y que, en cierto modo, sirven como estudio piloto de esta investigación.

Otra lacra importante de la gran mayoría de estudios es la corta duración del seguimiento. Brownell y Jeffery (1987), en una revisión sobre el tema, afirman:

> *"Hasta el momento, 10 estudios conductuales publicados (7 controlados) ofrecen datos de dos o más años de seguimiento"* (p. 358).

Además, sólo en cuatro de estas investigaciones se presentan los resultados de seguimientos de más de tres años. Por desgracia, los estudios posteriores tampoco solucionan el problema. La revisión de los 50 artículos publicados desde 1987 hasta la actualidad nos ofrece el siguiente balance: Griffiths y Holliday (1987) hacen un seguimiento de dos años; Hartman, Stroud, Sweet y Saxton (1993) y Hovell, Koch, Hofstetter, Sipan, Faucher, Dellinger, Borok, Forsythe y Felitti (1988) aportan datos de seguimientos que oscilan entre dos y tres años; Wadden, Stunkard y Liebschutz (1988) hacen un seguimiento de tres años; Kramer, Jeffery, Foster y Snell (1989) realizan un seguimiento de cinco años y, finalmente, Björvell y Rössner (1992) baten el *record* con un seguimiento de seis años. En definitiva

observamos, contritos y al borde del sonrojo, que después de treinta años de "esforzada" investigación, solo existen, que nosotros sepamos, seis estudios con seguimientos de más de tres años.

Asimismo, la mayoría de estudios con seguimientos a largo plazo muestran una elevada tasa de recuperación del peso. En este sentido, Foreyt y Goodrick (1993) indican:

> *"Tres de los cinco estudios de seguimiento mostraron una recuperación gradual del peso hacia la línea base"* (p. 699).

El fenómeno de la recaída resulta especialmente preocupante cuando observamos que las escasas pérdidas ponderales que se mantienen en el seguimiento están, probablemente, sobrevaloradas; sólo en cuatro de los estudios publicados desde 1987 (Cameron, McDonald, Schlegel, Young, Fisher, Killen, Rogers, Horlick y Shepel, 1990; Hartman, Stroud, Sweet y Saxton, 1993; Nunn, Newton y Faucher, 1992; Wadden, Stunkard y Liebschutz, 1988) se controla el peso adicional perdido, mediante otros tratamientos, durante el seguimiento y en dos de estas investigaciones (Cameron, McDonald, el. al. 1990; Wadden, Stunkard y Liebschutz, 1988) encuentran que alrededor del 40% de los sujetos siguen terapias paralelas para adelgazar. Por tanto, los objetivos del estudio, que forma parte de una investigación más amplia, son:

1. Utilizar un diseño de caso único AB seguimiento con replicación clínica.
2. Contar con un primer retrato robot de la historia de los tratamientos para la obesidad recibidos previamente por los pacientes.
3. Investigar la eficacia de un programa de tratamiento, aplicado a obesos clínicos, de forma individual, con las siguientes características:
   - **a) Programa cognitivo-conductual combinado con una dieta de 1000 a 1200 calorías**
   - **b) Duración flexible adaptada a las características específicas del sujeto**
   - **c) Adaptación de las técnicas a las necesidades de cada paciente**
4. Hacer un seguimiento de cinco años, controlando los sujetos que reciben otros tratamientos durante este período, que permita evaluar la eficacia del programa a largo plazo.

METODO

Sujetos

El Hospital Clínico y Provincial de Barcelona y los Centros de Asistencia Primaria de Atarazanas, Manso y Numancia remitieron 62 sujetos obesos a la Unitat de Teràpia de Conducta. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

Los sujetos debían cumplir los siguientes criterios para participar en el estudio:

1. Tener entre 18 y 65 años
2. Presentar, al menos, un 35% de sobrepeso tomando como criterio las tablas elaboradas por la *Metropolitan Life Insurance Company* en 1983.
3. No estar embarazada ni planificar estarlo en breve.
4. No seguir paralelamente otro programa para adelgazar.
5. No padecer una obesidad de origen orgánico (genética, hipotalámica o endocrina).
6. No tener problemas psicológicos o conductuales que le incapaciten para seguir el tratamiento.
7. Tener un nivel cultural mínimo que permita leer, escribir y cumplir las diversas prescripciones terapéuticas.
8. No padecer disfunciones físicas graves que interfieran en la aplicación del programa.
9. Habitar en el área metropolitana de Barcelona.
10. Aceptar las normas básicas de la investigación (duración del tratamiento, periodicidad de las sesiones, colaboración activa, etc.).

El 35.48% de los sujetos (N = 22) fueron eliminados al no cumplir uno o varios de los criterios de admisión. Por otra parte, el 20.97% (N = 13) abandonaron el estudio en la evaluación pre-tratamiento. Las causas aducidas con mayor frecuencia eran la falta de tiempo para asistir a las sesiones (46.66%) y la falta de interés o motivación (26.66%). El 27.42% (N = 17) abandonaron durante la fase de tratamiento; siete en las seis primeras sesiones, cuatro en la sesión 9, cuatro en la 14 y dos entre la 18 y la 21. Las causas mencionadas con mayor frecuencia fueron, de nuevo, la falta de tiempo para asistir a las sesiones (29.63%) y la falta de interés o motivación (22.22%). El 16.13% de los sujetos remitidos (N = 10) completó el programa de tratamiento y de un 50% a un 80% de ellos acudieron a las diferentes sesiones de seguimiento.

La edad media de los 27 sujetos que iniciaron el tratamiento (43.55%) era de 44.93 años con, una desviación estándar de 13.70 y un rango de 18 a 63. El 85.2% eran mujeres y el 14.8% hombres; el 81.48% estaban casados, el 11.11% solteros y el 7.4% eran viudos o separados. Por otra parte, el 59.26% tenían estudios primarios, el 33.33% EGB o graduado escolar, una persona había estudiado bachillerato superior (3.7%) y otro tenía estudios superiores (3.7%). En cuanto a las profesiones, el 85.18% eran amas de casa, obreros no especializados o trabajadores de servicios. El 14.81% tenía unos ingresos familiares menores de 70.000 pesetas al

mes, el 29.63% de 71.000 a 110.000, el 40.74% de 111.000 a 150.000, el 11.11% mayores de 150.000 y una persona (3.70%) no quiso facilitar la información.

El peso medio inicial era de 95.56 Kg y presentaban un porcentaje de sobrepeso del 60.05%, con una desviación estándar de 14.72 y un rango de 35.21 a 90.90.

Material.

Nuestro equipo de investigación elaboró una batería de cuestionarios para evaluar los hábitos alimentarios, los patrones de actividad física y las variables que supuestamente los controlan con el objetivo de contar con los datos necesarios para adaptar el tratamiento a las características específicas de cada sujeto (ver García, 1996). Asimismo se diseñó un programa de tratamiento cognitivo-conductual combinado con una dieta hipocalórica moderada. El programa está organizado en una batería de 27 unidades, pero el contenido de cada unidad puede trabajarse en una o varias sesiones en función del ritmo de aprendizaje de cada sujeto. La intervención gira en torno a los siguientes componentes fundamentales:

1. **Programa alimentario**: el programa se basa en una dieta hipocalórica de unas 1000 calorías que, en general, contiene 100 gramos de hidratos de carbono, 70 gramos de proteínas y 45 gramos de grasas, prescrita por el servicio de endocrinología o dietética que remite al paciente. Además, articula cuatro estrategias para facilitar la adherencia: 1) utilizar el propio alimento como reforzador programando "semanas de descanso", contingentes a la pérdida de 3 o 4 Kg, en las que el paciente dejaba la dieta y seguía una alimentación menos estricta negociada, previamente, con el terapeuta, 2) flexibilizar la dieta durante períodos de "alta dificultad" como Navidad, Semana Santa o vacaciones, 3) elaborar diversas recetas de bajo contenido calórico para intercalar con la dieta y 4) incorporar "semanas de descanso" especiales cuando se detectaban incumplimientos frecuentes o síntomas de estar cansado de la dieta. Por otra parte, incorpora un entrenamiento en educación alimentaria dirigido a adquirir las habilidades necesarias para planificar una alimentación equilibrada y facilitar el mantenimiento de la pérdida ponderal después de la intervención.
2. **Programa de actividad física**: el objetivo del entrenamiento es modificar los patrones de actividad física de los obesos implementando un estilo de vida más activo. El programa está organizado en torno a cuatro centros de interés: 1) dedicar cada día un rato a pasear incrementando gradualmente el tiempo hasta conseguir andar durante una hora seguida, 2) aprovechar las diversas circunstancias de la vida cotidiana para incrementar la movilidad, 3) motivarles a apuntarse a un gimnasio o a un cursillo de natación y 4) practicar diversos ejercicios de gimnasia en casa dirigidos a mejorar la flexibilidad y el tono muscular.
3. **Colaboración de la pareja u otra persona significativa**: El programa incluye tres manuales dirigidos a la pareja u a otra persona significativa, basados en

el *Learn Program for Weight Control* diseñado por Brownell (1985), que facilitan pautas concretas para ayudar al paciente a cumplir las diferentes prescripciones del programa (dieta, actividad física, relajación, control de estímulos, reestructuración cognitiva, etc.), apoyarle en los momentos difíciles para que no abandone el tratamiento, interesarse cada semana por el desarrollo de la sesión, ayudarle a controlar la ingesta en situaciones de comida social y animarle a planificar constructivamente el tiempo libre.

4. **Entrenamiento en relajación**: el entrenamiento está basado en el método de relajación progresiva ideado por Jacobson en 1938 y, concretamente, en la adaptación propuesta por Bernstein y Borkovec (1983). Nuestra experiencia en el tratamiento de obesos crónicos, con sobrepesos importantes, remitidos por hospitales o centros de asistencia primaria, nos ha permitido observar que estos pacientes tienen, con frecuencia, ciertas limitaciones para aprender la técnica: dificultades para asimilar, en una sola sesión, las instrucciones para tensar y relajar los 16 grupos musculares, escasa autoeficacia o problemas para tensar los músculos del tronco. Por tanto, hemos incorporado algunas modificaciones dirigidas a facilitar el proceso de aprendizaje: 1) añadir una fase previa de relajación general, 2) implementar gradualmente los ejercicios de tensión-relajación de los 16 grupos musculares y 3) alterar la secuencia típica del entrenamiento introduciendo los ejercicio de tensión-relajación de las extremidades inferiores antes de trabajar los músculos de cara, cuello, y tronco.
5. **Entrenamiento en control de estímulos y modificación de la conducta de comer**: El programa, adaptado de Mahoney y Mahoney (1981), Lebow (1981) y Brownell (1985), se implementó entre la sesiones 4 y 11 del tratamiento. Los sujetos recibieron ocho pequeños folletos con los objetivos de la técnica, sugerencias para minimizar la exposición a los estímulos antecedentes ambientales y modificar los patrones de ingesta incorrectos. Los manuales ofrecen diversas instrucciones para limitar los lugares y los horarios de la comida, controlar la conducta de picar, enlentecer el ritmo de ingesta, modificar los hábitos de compra y almacenamiento, racionalizar la preparación de la comida o remodelar las conductas de servir y recoger la mesa. Por otra parte se elaboró un autorregistro, para controlar el nivel de aprendizaje de la técnica, que recoge las 27 pautas facilitadas a lo largo del entrenamiento. El paciente debe valorar, semanalmente, el nivel de cumplimiento de las diferentes prescripciones en una escala de siete puntos que va de 1 (nunca) a 7 (siempre).
6. **Entrenamiento en reestructuración cognitiva**: El programa, basado en los trabajos de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), Brownell (1985), Ellis y Grieger (1981), Goldfried y Davison (1981) y Mahoney y Mahoney (1981), consta de dos manuales para los terapeutas, con diversos recursos para manejar los posibles problemas surgidos durante el entrenamiento, y de dos manuales diri-

gidos a los pacientes que describen el procedimiento a seguir para aplicar la técnica.

7. **Entrenamiento en asertividad**: El objetivo del entrenamiento, adaptado de Bados (1986) y Lange y Jakubowski (1976), es dotar a los pacientes de las suficientes habilidades para solicitar una comida "especial" y rechazar el ofrecimiento de alimentos extras en situaciones sociales. El programa consta de dos guías prácticas y un manual de consulta que describen el procedimiento a seguir para aplicar la técnica.
8. **Entrenamiento en resolución de problemas**: el programa se basa en Borck y Fawcett (1982), Costa y Serrat (1982), D'Zurilla y Goldfried (1971), Goldfried y Davison (1981) y McKay, Davis y Fanning (1985). Esta técnica proporciona un esquema lógico para analizar y afrontar las situaciones de alto riesgo y, por sus características, plantea el marco idóneo para ofrecer, al paciente, una perspectiva integrada del tratamiento y demostrarle la posibilidad de utilizar varias técnicas para resolver una misma situación.
9. **Entrenamiento en prevención de la recaída**: el entrenamiento, basado en las propuestas de autores como Brownell (1985), Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986), Marlatt (1985), Marlatt y Gordon (1980) y Sternberg (1985), tiene como objetivo dotar al paciente de los recursos necesarios para mantener el peso perdido, permite repasar las diferentes técnicas aprendidas durante el tratamiento y consolidar la habilidad del sujeto para manejar, de forma integrada, los diferentes componentes del programa.

Para facilitar la labor de los terapeutas y el aprendizaje de los pacientes se elaboraron manuales para cada una de las técnicas que componen el programa (ver García, 1996); la mayoría de los manuales estaban diseñados con una doble finalidad: ofrecer a los terapeutas una guía práctica para aplicar las técnicas y entregarlos a los pacientes para consultarlos y trabajarlos en casa a fin de consolidar el entrenamiento.

Procedimiento.

El programa de evaluación y tratamiento fue aplicado por 12 psicólogos clínicos, licenciados en las últimas promociones, que realizaban su primer o segundo año de prácticas en la Unitat de Teràpia de Conducta. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

El tratamiento estaba organizado en 27 unidades "teóricas", pero el número medio de sesiones fue de 32.7 (rango de 28 a 37) con una duración aproximada de 90 minutos cada una y periodicidad semanal. El programa se concibió como un modelo flexible y vivo, coherente con la filosofía intrasujeto, que se ajustó a las características específicas de cada paciente, adaptando las técnicas a las necesida-

des individuales, eliminando las prescripciones irrelevantes y dividiendo o repitiendo las sesiones para respetar el ritmo de aprendizaje personal.

Al inicio de cada sesión se pesaba al sujeto, se revisaban los registros y las actividades prescritas la semana anterior, haciendo especial hincapié en el cumplimiento de la dieta y la actividad física, se reforzaban los avances del paciente y se le ofrecía la retroalimentación oportuna para agilizar el aprendizaje. La intervención se dividió en cinco bloques en los que se trabajaron los siguientes contenidos:

a) **Unidades de la 1 a la 9**: el objetivo de estas sesiones era plantear la conceptualización, fomentar el cumplimiento de la dieta, promover la colaboración de la pareja e iniciar los entrenamientos en relajación, actividad física y control de estímulos.
b) **Unidades de la 10 a la 13**: en esta fase del tratamiento continuó aplicándose el programa alimentario (dieta, semanas de descanso y recetas de bajo contenido calórico), se incrementó progresivamente el tiempo dedicado a andar y se supervisó el nivel de adherencia a las actividades complementarias. Por otra parte, se prescribieron las últimas pautas de control de estímulos y modificación de la conducta de comer, se trabajaron nuevas situaciones de relajación diferencial y se realizó el entrenamiento en reestructuración cognitiva.
c) **Unidades de la 14 a la 16**: esta etapa de la intervención se dedicó a supervisar y fomentar el cumplimiento de las prescripciones alimentarias y la práctica del ejercicio, revisar la aplicación en vivo del control de estímulos y la reestructuración cognitiva, explorar el nivel de colaboración de la pareja, completar el programa de relajación y realizar el entrenamiento asertivo.
d) **Unidades de la 17 a la 20**: Los objetivos de este bloque terapéutico eran fomentar la adherencia al programa alimentario, promover el cumplimiento de las prescripciones de actividad física, incorporar los ejercicios de gimnasia, valorar y optimizar la práctica en vivo del control de estímulos, la reestructuración cognitiva, la relajación y el entrenamiento asertivo, hacer la cuarta entrevista con la pareja y aplicar el programa de resolución de problemas.
e) **Unidades de la 21 a la 27**: en la última fase del tratamiento se supervisó, como es habitual, el cumplimiento de la dieta y de las diversas prescripciones de actividad física, se revisó y promovió la práctica en vivo de las técnicas entrenadas, se realizó la quinta entrevista con la pareja, se aplicó el entrenamiento en prevención de la recaída y, finalmente, se incorporó el programa de educación alimentaria.

La evaluación post-tratamiento constaba de cuatro sesiones, con una duración aproximada de 90 minutos cada una, en las que se pesó al paciente y se administra-

ron los mismo cuestionarios utilizados en el pretratamiento. El seguimiento tuvo una duración de cinco años; los primeros 12 meses se programó una sesión trimestral, luego se hizo una entrevista anual durante tres años. En cada sesión se pesaba al paciente, se revisaban los registros de alimentación y actividad física (los primeros 12 meses) y se exploraba, a nivel general, la adherencia a las prescripciones. A continuación, se administraba el cuestionario de hábitos alimentarios y actividad física y se motivaba al sujeto a controlar la ingesta, hacer actividad física y aplicar las técnicas entrenadas.

RESULTADOS

Los datos recogidos sobre la historia de la obesidad indican que en el 44.44% de los pacientes la obesidad empezó entre los 5 y los 15 años, mientras que en el 55.55% de los casos, el problema se inició a partir de los 21.

Los sujetos habían recibido una media de 2.37 tratamientos anteriores con una duración de 5.36 meses y una pérdida de peso de 10.22 Kg. que recuperaron en 7.18 meses (ver tabla 1).

Tabla 1.- Tratamientos anteriores recibidos por los sujetos que finalizaron (1 a 10) y abandonaron (11 a 27) el programa.

Sujeto	Número tratamientos	Duración media (meses)	Kg perdidos (media)	Meses que tarda en recuperar peso
1	1	12.00	31	12.00
2	2	1.00	2	0.75
3	2	3.50	9	2.00
4	1	2.00	12	6.00
5	4	3.50	8	4.00
6	1	3.00	13	24.00
7	3	10.00	13	14.50
8	3	12.00	20	8.00
9	2	15.00	15	18.00
10	3	5.50	8	4.00
11	1	6.00	12	12.00
12	3	3.50	11	12.00
13	1	0.10	1	0.25
14	3	5.50	7	5.00
15	2	5.50	13	7.50
16	2	8.50	12	9.00
17	3	7.00	11	3.00
18	5	12.00	9	3.50
19	1	12.00	7	12.00
20	3	2.00	11	10.00
21	2	1.00	4	1.50
22	1	0.25	2	0.25
23	2	0.50	4	2.00
24	5	2.50	6	3.00
25	2	3.50	11	3.00
26	2	5.00	19	15.00
27	4	2.50	5	1.50
	Media: 2.37 DS: 1.18	Media: 5.36 DS: 4.28	Media: 10.22 DS: 6.32	Media: 7.18 DS: 6.10

El 75% de los tratamientos fueron aplicados por endocrinólogos, dietistas o centros de reducción de peso ('peso ideal', 'peso perfecto', etc.) (ver tabla 2).

Tabla 2.- Especialistas que aplican los tratamientos anteriores.

Especialista	Número sujetos	Porcentaje (respecto al total de tratamientos)
Endocrinólogo o dietista	37	57.81
Grupos de reducción de peso	11	17.19
Médico de cabecera	6	9.37
Médico naturista	5	7.81
Ginecólogo	2	3.12
Farmacéutico	2	3.12
Traumatólogo	1	1.56

Las prescripciones más habituales fueron dieta sola, dieta más medicación y dieta más reuniones de grupo. Sin embargo, sólo en el 7.81% de los tratamientos se recomendó hacer ejercicio. (ver tabla 3).

Tabla 3.- Prescripciones terapéuticas de los diversos especialistas.

Prescripción	Frecuencia	Porcentaje (respecto al total de prescripciones)
Dieta	21	32.81
Dieta + medicación	20	31.25
Dieta + medicación + ejercicio	1	1.56
Dieta + ejercicio	3	4.69
Dieta + acupuntura	3	4.69
Dieta + reuniones de grupo	11	17.19
VLCD + ejercicio o medicación	3	4.69
Medicación	1	1.56
Acupuntura	1	1.56

Los sujetos abandonaron el 87.5% de los tratamientos antes de conseguir el peso meta. Las causas aducidas con mayor frecuencia fueron cansarse de seguir la dieta, falta de voluntad y perder poco peso (ver tabla 4).

Tabla 4.- Causas de abandono de los tratamientos anteriores.

Causa	Frecuencia	Porcentaje (respecto al total de-causas citadas)
Perder poco peso	17	14.78
Costo del tratamiento	6	5.22
Incremento de la ansiedad	9	7.83
Falta de voluntad	29	25.22
Efectos secundarios de la medicación	4	3.84
Mala relación con el terapeuta	5	4.35
Debilidad física	3	2.61
Cansarse de cumplir la dieta	33	28.70
Problemas ajenos al tratamiento	9	7.83

Por otra parte, el 66.66% indicaron que no controlaban la alimentación durante las épocas en las que no seguían ningún tratamiento; el 18.52% reducían el consumo calórico durante algunos períodos y el 14.81% lo hacían habitualmente.

Los resultados, a corto plazo, de los diez pacientes que terminan el programa son bastante satisfactorios; al final del tratamiento los sujetos pierden una media de 18.07 Kg. con un rango que va de 11.5 Kg. a 27.9 Kg. y el porcentaje de sobrepeso medio es del 28.94%, lo que supone una reducción del 52.56% respecto al sobrepeso inicial. Asimismo, dos personas tienen porcentajes de sobrepeso inferiores al 20% y otros tres sujetos presentan sobrepesos inferiores al 30%, porcentaje que muchos autores consideran como punto de corte a partir del cual incrementan las probabilidades de tener problemas de salud secundarios a la obesidad. Por otra parte, la mayoría de los pacientes continúan perdiendo peso durante la evaluación post-tratamiento o los primeros meses de seguimiento; cuando tomamos como criterio el peso máximo perdido por cada sujeto, hallamos una pérdida ponderal media de 19.88 Kg. y un porcentaje de sobrepeso del 25.72% que supone una reducción del 58.14% respecto al sobrepeso basal. Además, cuatro personas tienen porcentajes de sobrepeso inferiores al 20% y otras dos presentan sobrepesos inferiores al 30%. Por tanto, el 60% de los sujetos que terminan el programa consiguen pérdidas de peso que podemos considerar clínicamente significativas (ver tabla 5).

Tabla 5.- Peso perdido al final del tratamiento y pérdida ponderal máxima de los 10 sujetos que finalizan el programa.

Sujetos	Peso pre-T (en Kg)	% Sobrep. Pre-T	Kg Sobrp. Pre-T	Kg perd. Final Tra.	% Sobrp. Perdido Final Tra.	% Sobrp. Final Tra.	Peso máximo perd. (Kg)	% Sobrp. máximo perdido	% Sobrp. mínimo obtenido
1	104.00	52.71	35.90	24.5	68.24	16.74	26.40	73.54	13.95
2	85.00	60.07	31.90	11.5	36.05	38.41	12.10	37.93	37.29
3	87.50	49.44	28.95	16.6	57.34	21.09	18.50	63.90	17.85
4	88.50	58.31	32.60	14.5	44.47	32.38	14.50	44.47	32.38
5	95.50	66.08	38.00	19.5	51.32	32.17	21.70	57.10	28.35
6	84.40	58.94	31.30	27.9	89.14	6.40	29.50	94.25	3.39
7	93.20	69.60	38.25	12.4	32.41	47.04	14.00	36.59	44.13
8	125.60	78.79	55.35	24.0	43.36	44.63	25.20	45.53	42.92
9	81.00	54.72	28.65	15.5	54.09	25.12	22.60	78.87	11.56
10	87.10	50.04	29.05	14.3	49.22	25.41	14.30	49.22	25.41

Por otra parte, la elección de un diseño de caso único nos concede el privilegio de hacer un análisis más individualizado de los datos que permite diseccionar las diferentes respuestas de los sujetos durante las fases de evaluación y tratamiento. En la línea base observamos dos comportamientos claramente divergentes: mientras seis sujetos pierden peso, cuatro lo ganan. Una vez identificado el fenómeno cabe preguntarse si estos patrones diferenciales inciden en los resultados del tratamiento: ¡Veamos! Tres de los cuatro pacientes que "engordan" consiguen, en algún momento del tratamiento o seguimiento, tener porcentajes de sobrepeso inferiores al 20% y el otro logra un sobrepeso final del 25.41% ¡excelente!. Sin embargo, sólo una de las seis persona que adelgaza consigue dejar de ser obeso y otra tener un sobrepeso inferior al 30%. En definitiva, el 100% de los pacientes que ganan peso durante la línea base obtienen pérdidas ponderales clínicamente significativas, mientras sólo lo consigue el 33.33% de los que adelgazan.

La evolución del ritmo de adelgazamiento de los pacientes a lo largo de la intervención muestra un patrón general de enlentecimiento de la pérdida ponderal en la segunda mitad del tratamiento. Sin embargo, cuando hacemos un análisis más individualizado de los datos comprobamos, de nuevo, que las medias enmascaran una parte importante de la realidad. Como indica la tabla 6, los cuatro sujetos que dejan de ser obesos (1, 3, 6, y 9) tienen una evolución ponderal que se distribuye

de forma bastante regular a lo largo de todo el tratamiento: exceptuando al sujeto 1, de la sesión 25 al final del tratamiento, la diferencia media entre el intervalo de sesiones en el que pierden el mayor y el menor porcentaje de sobrepeso es del 9.1% y oscila del 7.9% en el sujeto tres al 11.5% en el sujeto 9; mientras los seis pacientes que no logran tener un sobrepeso menor del 20% presentan una mayor variabilidad con una diferencia media del 25.5% y un rango que va del 21% al 29.1%. Estos dos patrones diferenciales quedan ilustrados claramente en la figura 1 donde se exponen, a modo de ejemplo, los datos de la evolución ponderal de los tres sujetos más exitosos y de los tres sujetos menos exitosos.

Veamos la evolución de los sujetos más exitosos: el caso número 1 presenta un enlentecimiento progresivo de la pérdida ponderal aunque, en general, más moderado que el de los pacientes que no consiguen dejar de ser obesos. El sujeto 3 muestra un adelgazamiento casi monotónico excepto en las sesiones 15 a 25 que coinciden con el período de vacaciones. El paciente 6 tiene una evolución regular, con una ligera tendencia al enlentecimiento, hasta conseguir el alta médica. Finalmente, el caso número 9 es el único que pierde más peso en la segunda mitad del tratamiento que en la primera y, curiosamente, los sujetos 3 y 9 son los que obtienen los peores resultados hasta la sesión 10. Sin embargo, las seis personas menos exitosas pierden la mayor parte del sobrepeso desde la línea base a la quinta sesión del programa mostrando, luego, una notable caída de la pérdida ponderal. Asimismo, los sujetos que consiguen tener un porcentaje de sobrepeso inferior al 20% son los que adelgazan más en la segunda mitad de la intervención, logrando perder un porcentaje de sobrepeso medio del 25.05% con un rango que va del 20.8% al 29.3%; mientras los seis pacientes menos exitosos pierden, durante el mismo período, un 6.38% de sobrepeso, con un rango que oscila del 0.8% al 10.3%. En definitiva, los sujetos que obtienen mejores resultados tienen una evolución más regular y un menor enlentecimiento de la pérdida ponderal en la segunda mitad del tratamiento (ver tabla 6 y figura 1).

Figura 1.- Comparación de la evolución ponderal de los 3 sujetos más exitosos y de los 3 menos exitosos.

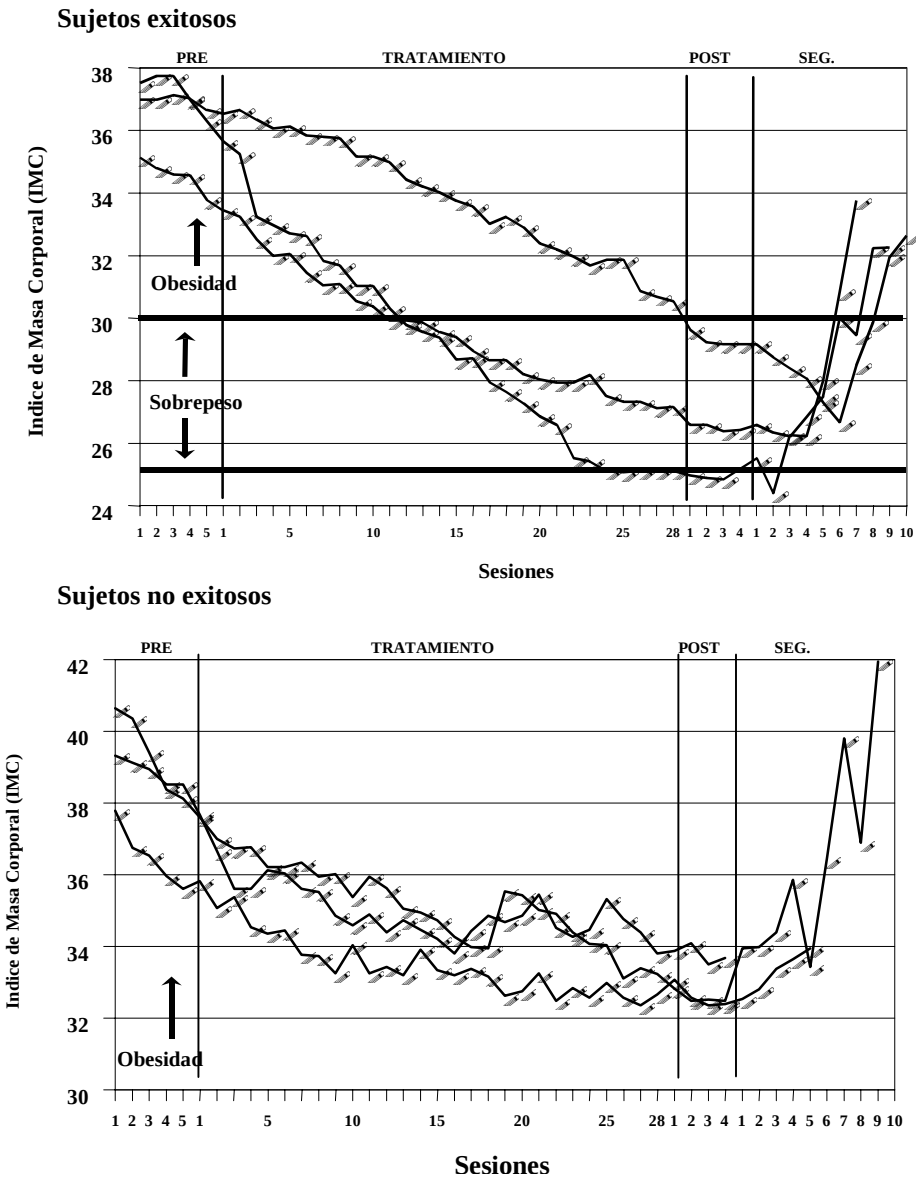


Tabla 6.- Evolución ponderal de los sujetos durante la evaluación y el tratamiento.

Sujetos	Cambio ponderal, por bloques de sesiones, durante la evaluación y el tratamiento expresado en Kg y en % de sobrepeso perdido o ganado respecto al inicial							
	Línea base a ses. 5 de tratamiento		Sesiones 5 a 15 de tratamiento		Sesiones 15 a 25 de tratamiento		Sesion. 25 a final de tratamiento	
	Kg	%	Kg	%	Kg	%	Kg	%
1	9.1	25.3	7.9	22.0	6.1	16.9	1.4	3.9
2	7.7	24.1	2.3	7.2	0.8	2.5	0.7	2.2
3	4.9	16.9	4.7	16.2	2.6	9.0	4.4	15.2
4	8.8	27.0	3.8	11.6	+0.7	+2.1	2.6	8.0
5	11.5	30.3	4.3	11.3	2.9	7.6	0.8	2.1
6	10.8	34.5	9.1	29.0	8.1	25.9	Alta médica	----
7	7.6	19.9	4.5	11.7	+2.6	+6.8	2.9	7.6
8	13.7	24.8	4.6	8.3	2.1	3.8	3.6	6.5
9	1.9	6.6	5.2	18.1	5.1	17.8	3.3	11.5
10	7.3	25.1	5.0	17.2	2.3	7.9	+0.3	+1.0

Los resultados del seguimiento muestran un patrón general de recuperación ponderal (ver tabla 7). Los cuatro sujetos que consiguen tener porcentajes de sobrepeso inferiores al 20% continúan adelgazando durante los tres primeros meses de seguimiento; además, uno de ellos sigue perdiendo peso hasta los seis meses y otro hasta el final del primer año. En cambio, los otros seis pacientes se muestran algo más precoces iniciando la recaída en el post-tratamiento o después del primer mes de seguimiento. Asimismo, las personas "exitosas" muestran una mayor tendencia a presentarse a los seguimientos acudiendo, en conjunto, al 91.66% de las sesiones programadas mientras la tasa de asistencia media de las persona que no dejan de ser obesos se sitúa en el 59.2%.

Por otra parte, los sujetos que asisten a los seguimientos sólo durante los primeros nueve o doce meses muestran una recuperación monotónica a partir de los tres meses, pero, desafortunadamente, no tenemos información sobre su evolución posterior. Los pacientes de los que tenemos datos a largo plazo tienden a presentar una tónica más dispar; alternando fases de recuperación con períodos de mantenimiento o incluso de adelgazamiento. Los resultados a los cinco años de seguimiento indican que dos de los sujetos mantienen más del 50% del peso perdido al final del tratamiento, pero ... los cortes transversales suelen ser un tanto engañosos; el

caso número 3 había recuperado el 61.4% del peso perdido a los tres años, el cuarto año, embarazada de cinco meses, sólo "engorda" 2.5 Kg y el último adelgaza 5.1 Kg. Por su parte, el número 9 pierde peso hasta los doce meses, pero durante los cuatro años siguientes aumenta 13.1 Kg ¡El éxito es efímero!

Tabla 7.- Evolución de la recuperación ponderal durante el seguimiento.

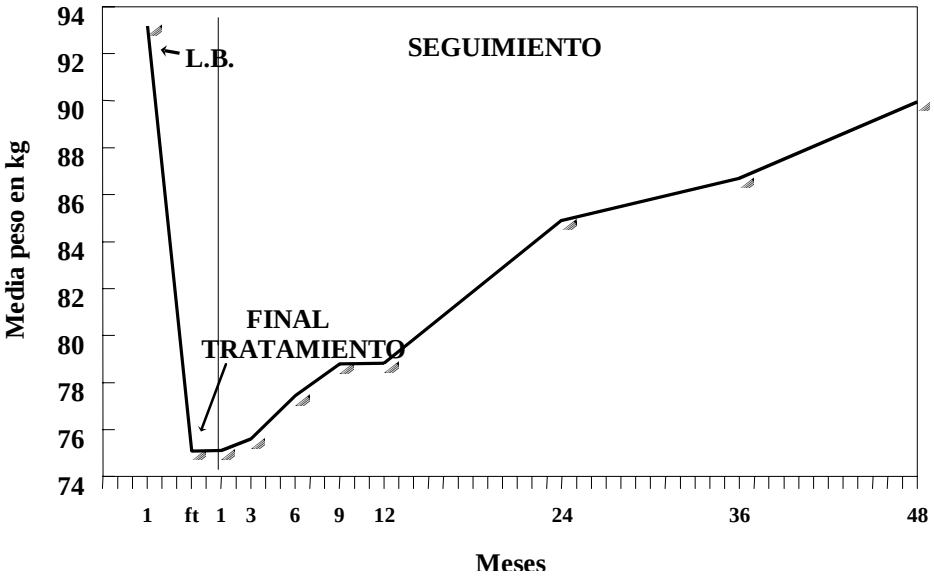
Sujetos	Kg perd final trat	Kg perdidos o ganados y porcentaje de recuperación o perdida ponderal (%R) respecto al final del tratamiento									
		Seguimiento 1 mes		Seguimiento 3 meses		Seguimiento 6 meses		Seguimiento 9 meses		Seguimiento 1 año	
		Kg	%R	Kg	%R	Kg	%R	Kg	%R	Kg	%R
1	24.5	-0.8	-3.3	-0.7	-2.8	-0.4	-1.6	1.9	7.8	1.9	7.8
2	11.5	-0.3	-2.6	0.6	5.2	1.3	11.3	0.6	5.2	0.7	6.1
3	16.6	-0.9	-5.4	-1.0	-6.0	2.7	16.3	1.8	10.8	---	---
4	14.5	0.5	3.4	---	---	---	---	---	---	---	---
5	19.5	-0.5	-2.6	1.4	7.2	2.1	10.8	2.5	12.8	1.5	7.7
6	27.9	0.9	3.2	-2.5	-9.0	4.2	15.0	---	---	-0.1	-0.3
7	12.4	-1.6	-12.9	3.4	27.4	3.7	29.8	3.2	25.8	---	---
8	24.0	3.3	13.8	0.1	0.4	1.3	5.4	4.5	18.8	-7.5	-31.2
9	15.5	-2.5	-16.1	-0.8	-5.2	-0.7	-4.5	-1.7	-11.0	-1.4	-9.0
10	14.3	2.2	15.4	3.2	22.4	2.3	16.1	-0.5	-3.5	-0.5	-3.5

Sujetos	Seguimiento 2 años		Seguimiento 3 años		Seguimiento 4 años		Seguimiento 5 años		Total acumulado último seguimiento	
	Kg	%R	Kg	%R	Kg	%R	Kg	%R	Kg	%R
1	7.4	30.2	-1.6	-6.5	8.2	33.5	0.1	0.4	16.0	65.5
2	---	---	---	---	---	---	---	---	2.9	25.2
3	5.0	30.1	2.6	15.7	2.5*	15.1	-5.1	-30.7	7.6	45.9
4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
5	---	---	---	---	---	---	---	---	7.0	35.9
6	4.0	14.3	6.4	22.9	6.6	23.6	---	---	19.5	69.7
7	---	---	---	---	---	---	---	---	8.7	70.1
8	9.3	38.8	---	---	10.4	43.3	6.6	27.5	28.0	116.8
9	4.0	25.8	3.0	19.3	4.6	29.7	1.5	9.7	6.0	38.7
10	5.7	39.9	-0.1	-0,7	2.9	20.3	-2.0	-14.0	13.2	92.4

* Embarazada de 5 meses.

En definitiva, durante el seguimiento se observa una amplia variabilidad tanto intraindividual como interindividual, pero, por desgracia, el resultado final es el mismo independientemente del patrón o disfraz que adopta la insidiosa recaída; los datos a los cinco años de seguimiento muestran una tasa de recuperación media del 71.86% con un rango que va del 38.7% al 116.8% (ver figura 2).

Figura 2.- Evolución ponderal de los 10 sujetos que finalizaron el programa durante el seguimiento.



DISCUSIÓN

La comparación de los resultados con los obtenidos por otras investigaciones resulta un tanto difícil debido a la ausencia de estudios, de características similares, que utilicen diseños de caso único y a la obsesión de la mayoría de autores por reportar únicamente datos medios. Sin embargo, las pérdidas ponderales encontradas en las investigaciones, con análisis grupales, que utilizan tratamientos cognitivo-conductuales o combinados largos pueden resultar orientativas. Los cuatro estudios publicados en los últimos años más parecidos a nuestro trabajo aplican programas cognitivo-conductuales combinado con una dieta de 1000 a 1500 calorías, con una duración que oscila de seis meses a un año, y consiguen pérdidas ponderales medias, al final del tratamiento, que van de 8.86 Kg a 14.8 Kg (Oettingen y Wadden, 1991; Viegener, Perri, Nezu, Renjilian, McKelvey y Schein, 1990; Wadden, Foster y Letizia, 1994; Wadden, Stunkard y Liebschutz, 1988). Asimismo, los autores que utilizan programas cognitivo- conductuales solos o combinados con fármacos con una duración que va de 40 semanas a 17 meses (tratamiento

+ mantenimiento) obtienen pérdidas de peso que se sitúan entre los 12.88 Kg y los 15.70 Kg en función de las condiciones (Marcus, Wing, Ewing, Kern, McDermott y Gooding, 1990; Perri, McAllister, Gange, Jordan, McAdoo y Nezu, 1988; Perri, Nezu, Patti y McCann, 1989).

Los grupos que reciben tratamientos cognitivo-conductuales combinados con VLCD, de unos seis meses de duración, consiguen pérdidas ponderales medias, al final del tratamiento, que, excepto en un estudio con peores resultados, oscilan, aproximadamente, entre los 24 Kg y los 27 Kg (Hartman, Stroud, Sweet y Saxton, 1993; Hovell, Koch, Hofstetter, Sipan, Faucher, Dellinger, Borok, Forsythe y Felitti, 1988; Nunn, Newton y Faucher, 1992; Wadden, Stunkard y Liebschutz, 1988). Sin embargo, probablemente, a causa de la tendencia a la recuperación ponderal observada cuando termina la VLCD y se prescriben dietas de 1000 a 1200 calorías, las condiciones que utilizan programas similares, con duraciones de un año, encuentran pérdidas de peso, más modestas, que van de los 16.1 Kg a los 20 Kg (Oettingen y Wadden, 1991; Smith y Wing, 1991; Wadden, Foster y Letizia, 1994).

Los resultados de los 10 sujetos que terminan el tratamiento son mejores que los conseguidos en los estudios que aplican programas cognitivos conductuales solos o combinados con dietas moderadas o fármacos, con duraciones similares o incluso superiores, y comparables, cuando se difumina el efecto inicial de la VLCD, a los obtenidos por intervenciones, *a priori*, más potentes que combinan las técnicas cognitivo-conductuales con restricción calórica severa. La eficacia, a corto plazo, del tratamiento resulta especialmente satisfactoria si tenemos en cuenta las características de nuestros pacientes: el 92.59% de los sujetos que inician el programa tienen estudios primarios o graduado escolar y el 85.18% son amas de casa, obreros no especializados o trabajadores de servicios con escasos ingresos económicos. Además, los centros de la seguridad social reconocen que remitían, en general, a los pacientes que tenían dificultades para cumplir las prescripciones dietéticas o bien problemas emocionales o familiares. Por tanto, trabajamos con un grupo sesgado de obesos, especialmente difícil, investigando en condiciones de alta dificultad. En definitiva, nuestros resultados parecen apoyar, en primera instancia, la importancia de individualizar los tratamientos adaptándolos a las características específicas de cada sujeto.

Por desgracia, la tasa de abandonos de nuestro estudio es alta y relativiza considerablemente los resultados; el 62.96% de los sujetos que empiezan el programa dejan el tratamiento. Cuando analizamos el porcentaje de abandonos de las investigaciones citadas para comparar nuestros resultados observamos que dos estudios no la indican (Hartman, Stroud, Sweet y Saxton, 1993; Perri, Nezu, Patti y McCann, 1989) y en un tercero no queda claro (Nunn, Newton y Faucher, 1992). El porcentaje de abandonos medio, de los nueve artículos restantes, es del 30.76 con un rango que va del 15.3 al 55.7. Claro que la interpretación de estos datos no

es, desde luego, una tarea simple: sólo un estudio indica el criterio para definir abandono (Marcus, Wing, Ewing, Kern, McDermott y Gooding, 1990), seis estudios no reportan el porcentaje de sesiones a las que acuden los pacientes (Hartman, Stroud, Sweet y Saxton, 1993; Hovell, Koch, Hofstetter, Sipan, Faucher, Dellinger, Borok, Forsythe y Felitti, 1988; Perri, McAllister, Gange, Jordan, McAdoo y Nezu, 1988; Perri, Nezu, Patti y McCann, 1989; Smith y Wing, 1991; Wadden, Stunkard y Liebschutz, 1988) y en otros dos no queda claro si la tasa de asistencia está basada en todos los sujetos o en los que finalizan el programa (Oettingen y Wadden, 1991; Viegener, Perri, Nezu, Renjilian, McKelvey y Schein, 1990). *Lapsus* aparte el porcentaje de asistencia oscila del 58% al 92.42% de las sesiones y se observa una tendencia a aumentar las faltas en la segunda mitad de la intervención. Por ejemplo, Wadden, Foster y Letizia (1994) hallan que en los últimos seis meses del tratamiento las personas que terminan el programa "hacen novillos" en el 31.7% de las sesiones; la lógica nos dice que tendremos bastantes casos con una asistencia baja que no se consideraran abandonos. Todo esto nos lleva a preguntarnos: ¿cuántas sesiones tiene que faltar un sujeto para catalogarse de abandono?, ¿cuánto tiempo tiene que pasar entre sesión y sesión?, ¿cómo obtienen los diferentes autores las tasas de abandono?, ¿cuáles serían los porcentajes de abandonos si se utilizaran definiciones más estrictas?, ... Nos parece inconcebible que después de más de 30 años de investigación todavía no existan criterios claros para definir el abandono y que nos veamos obligados a plantearnos este vergonzante monólogo.

Después de tener una perspectiva más global del tema vamos a intentar plantear algunas hipótesis sobre la elevada tasa de abandonos de nuestro estudio. Nosotros consideramos que abandonó el tratamiento cualquier sujeto con el que no se trabajaran todos los contenidos previstos en el programa, independientemente del número de sesiones al que asistiera. De hecho cinco de los pacientes que dejaron el tratamiento acudieron, entre la evaluación y el tratamiento, a más de 25 sesiones. Asimismo, por diversas razones, preferimos investigar en condiciones normales y no utilizamos incentivos económicos; dos de los tres trabajos en los que se indica explícitamente que no emplean depósitos monetarios retornables tienen una tasa de abandonos del 53.3% y del 55.7% que son bastante similares a las de nuestro estudio (Hovell, Koch, Hofstetter, Sipan, Faucher, Dellinger, Borok, Forsythe y Felitti, 1988; Marcus, Wing, Ewing, Kern, McDermott y Gooding, 1990). Por otra parte, en nuestro entorno sociocultural, el abordaje psicológico de los problemas de salud es una rareza y los ciudadanos de este país, a diferencia de los anglosajones, no están habituados a tratamientos largos y demandantes que requieren contactos semanales con el terapeuta, especialmente en los niveles culturales bajos. Además, cabe recordar que trabajamos con un grupo sesgado de obesos bastante problemáticos.

En la línea base observamos dos patrones distintos de evolución ponderal; mientras seis sujetos pierden peso, cuatro lo ganan y, además, curiosamente, los pacientes que "engordan" obtienen mejores resultados ¿como explicar este fenómeno, en un principio, paradójico? La falta de datos sobre el tema nos obliga a buscar alguna hipótesis tentativa, claro que los datos de 10 sujetos son un pobre botín y el suceso puede ser fruto de la casualidad. La única explicación alternativa que se nos ocurre es que la clave radique en el cumplimiento de las prescripciones; recordemos que durante la línea base los sujetos reciben la instrucción explícita de mantener sus patrones normales de ingesta y actividad física así como la información necesaria para que entiendan la utilidad de la demanda. Por tanto, cabe pensar que las personas que ganan peso captan el objetivo de esta indicación y cumplen correctamente las pautas, mientras los sujetos que adelgazan, a pesar del éxito inicial, seguramente incumplen las prescripciones del psicólogo y tienden a mantener sus propias reglas a lo largo de toda la intervención.

El enlentecimiento del ritmo de adelgazamiento de los pacientes en la segunda mitad del tratamiento coincide con los resultados obtenidos en los estudios que utilizan análisis grupales y aplican tratamientos largos (Oettingen y Wadden, 1991; Perri, Nezu, Patti y McCann, 1989; Smith y Wing, 1991; Wadden, Foster y Letizia, 1994) o programas de mantenimiento (Nunn, Newton y Faucher, 1992; Perri, McAdoo, McAllister, Lauer, Jordan, Yancey y Nezu, 1987; Perri, McAllister, Gange, Jordan, McAdoo y Nezu, 1988). Estos datos resultan poco coherentes con los presupuestos teóricos del modelo conductual que defiende la premisa de que las habilidades adquiridas durante el tratamiento son aditivas. Por tanto, al inicio del entrenamiento, cuando los cambios conductuales son escasos, la pérdida ponderal debe ser lenta e incrementar a medida que el paciente aprende a modificar su comportamiento. Sin embargo, sorprendentemente los resultados empíricos indican una tendencia contraria... ¿los sujetos tienen una menor adherencia a las prescripciones a medida que avanza el tratamiento? ... de momento, por desgracia, no tenemos la mínima información sobre el tema para responder a una pregunta aparentemente tan simple.

Finalmente, los resultados del seguimiento muestran un patrón general de recuperación ponderal que, en líneas generales, coincide con el encontrado en los estudios de grupo que, en los últimos años, presentan seguimientos a largo plazo: Kirschenbaum, Stalonas, Zastowny y Tomarken (1985) y Griffiths y Holliday, (1987) hallan porcentajes de recuperación medios del 40% y del 61.05%, respectivamente, a los dos años de terminar el tratamiento. Asimismo, Hovell, Koch, Hofstetter, Sipan, Faucher, Dellinger, Borok, Forsythe y Felitti (1988), Hartman, Stroud, Sweet y Saxton (1993), y Wadden, Stunkard y Liebschutz, que hacen seguimientos de entre dos y tres años, reportan tasas de recuperación que oscilan del 55% al 82%. Finalmente, Kramer, Jeffery, Forster y Snell (1989) y Murphy, Bruce y Williamson (1985) reportan datos a los cuatro y cinco años de seguimiento observan-

do niveles de recuperación que van del 72% al 96.6%. Como indica el *National Institutes of Health Technology Assessment Conference Panel* (1993):

> *"En general, alrededor de un tercio del peso perdido se recuperará un año después de terminar el tratamiento y la mayor parte se recuperará a los cinco años de seguimiento"* (p. 767).

En resumen, los resultados, a corto plazo, de las 10 personas que terminan el programa parecen apoyar la hipótesis de que los tratamientos adaptados a las características de los sujetos resultan más efectivos. Desafortunadamente, el escaso número de sujetos, el porcentaje de abandonos encontrado en nuestro estudio y los desalentadores datos del seguimiento sugieren que las intervenciones a medida son tan poco eficaces como los tratamientos estándar aplicados en grupo. Sin embargo, la ausencia de investigaciones sobre el tema deja el problema abierto al debate ... claro que ... a un debate sin datos empíricos ... y, por tanto, es necesario diseñar otros estudios que permitan abordar la controversia con un mínimo aval científico.

REFERENCIAS

Anderson JE y Gross AM. Behavioral obesity research: Where have all the single subjects gone? *The Behavior Analyst*, 1988, 11(2): 141-148.

Bados A. Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. Universitat de Barcelona, 1986. [Tesis Doctoral no publicada].

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF y Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983. [Edición original en inglés 1979].

Beliard D, Kirschenbaum DS y Fitzgibbon ML. Evaluation of an intensive weight control program using a priori criteria to determine outcome. *Int J Obes*, 1992, 16: 505-517.

Bernstein DA y Borkovec TD. *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983. [Edición original en inglés 1973].

Björntorp P y Sjöström L. Number and size of adipose tissue fat in relation to metabolism in human obesity. *Metabolism*, 1971, 20: 703-713.

Black DR. A minimal intervention program and a problem-solving program for weight control. *Cogn Ther Res*, 1987, 11(1): 107-120.

Borck LE y Fawcett SB. *Learning counseling and problem-solving skills*. New York: Haworth Press, 1982.

Brownell KD. *The Learn Program for Weight Control*. 1985. [Available from K.D. Brownell, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, 133 South 36Th Street, Philadelphia, PA 19104].

Brownell KD y Jeffery RW. Improving long-term weight loss: Pushing the limits of treatment. *Behav Ther*, 1987, 18: 353-374.

Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E y Wilson GT. Understanding and preventing relapse. *Am Psychol*, 1986, 41(7): 765-782.

Cameron R, MacDonald MA, Schlegel RP, Young CI, Fisher SE, Killen JD, Rogers T, Horlick L y Shepel LF. Toward the development of self-help health behaviour change programs: Weight loss by correspondence. *Can J Public Health*, 1990, 81: 275-279.

D'Zurilla TY y Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*, 1971, 78: 107-126.

Ellis A y Grieger R, (Eds.). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1981. [Edición original en inglés 1977].

Foreyt, J.P. y Goodrick, G.K. (1993). Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. *Annals of Internal Medicine, 119* (7), 698-701.

García E. *Intervención cognitivo conductual en la obesidad clínica*. Barcelona: Col.lecció de Tesis Doctorals Microfitxades nº 2954, 1996. [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona, 1995].

García E y Saldaña C. Tratamiento multidisciplinar de grandes obesos: Estudio de un caso. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1986, 4(2): 149-169.

Goldfried MR y Davison GC. *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Paidos, 1981. [Edición original en inglés 1976].

Griffiths RA y Holliday J. An evaluation and follow-up investigation of a behavioural group treatment programme for obesity. *Psychother Psychosom*, 1987, 48: 157-164.

Hartman WM, Stroud M, Sweet DM y Saxton J. Long-term maintenance of weight loss following supplemented fasting. *Int J Eating Disord*, 1993, 14(1): 87-93.

Hovell MF, Koch A, Hofstetter CR, Sipan C, Faucher P, Dellinger A, Borok G, Forsythe A y Felitti VJ. Long-term weight loss maintenance: Assessment of a behavioral and supplemented fasting regimen. *Am J Public Health*, 1988, 78(6): 663-666.

Kirschenbaum DS, Stalonas PM, Zastowny TR y Tomarken AJ. Behavioral treatment of adult obesity: Attentional controls and a 2-year follow-up. *Behav Res Ther*, 1985, 23(6): 675-682.

Kramer FM, Jeffery RW, Forster JL y Snell MK. Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: Patterns of weight regain among men and women. *Int J Obes*, 1989, 13: 123-126.

Lange AJ y Jakubowski P. *Responsible assertive behavior: cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign, Illinois: Research Press, 1976.

LeBow MD. *Weight control. The behavioral strategies*. New York: John Wiley and Sons, 1981.

Mahoney MJ y Mahoney K. *Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas*. México: Trillas, 1981. [Edición original en inglés 1976].

Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, McDermott M y Gooding W. A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behavior modification in the treatment of obese binge-eaters and non-binge-eaters. *Am J Psychiatry*, 1990, 147(7): 876-881.

Marlatt GA. Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En: GA Marlatt y JR Gordon, (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). Nueva York: Guilford Press, 1985.

Marlatt GA y Gordon JR. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En: PO Davidson y SM Davidson, (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). Nueva York: Brunner/Mazel, 1980.

McKay M, Davis M y Fanning P. *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca, 1985. [Edición original en inglés 1981].

Murphy JK, Bruce BK y Williamson DA. A comparison of measured and self-reported weights in a 4-year follow-up of spouse involvement in obesity treatment. *Behav Ther*, 1985, 16(5): 524-530.

National Institutes of Health Technology Assessment Conference Panel. Methods for voluntary weight loss and control. *Ann Intern Med*, 1993, 119(7): 764-770.

Nunn RG, Newton KS y Faucher P. 2.5 years follow-up of weight and body mass index values in the weight control for life! program: A descriptive analysis. *Addict Behav*, 1992, 17: 579-585.

Oettingen G y Wadden TA. Expectation, fantasy, and weight loss: Is the impact of positive thinking always positive? *Cogn Ther Res*, 1991, 15(2): 167-175.

Pantoja L, García M, Arce E, García A y Elorduy I. La autorregulación: un nuevo paso para el control de la obesidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1986, 12(34): 563-583.

Pekarik G. The effects of program duration on continuance in a behavioral weight loss program. *Addict Behav*, 1987, 12(4): 381-384.

Pekarik G. Relation of counselor identification of client problem description to continuance in a behavioral weight loss program. *J Counsel Psychol*, 1988, 35(1): 66-70.

Perri MG, McAdoo WG, McAllister DA, Lauer JB, Jordan RC, Yancey DZ y Nezu AM. Effects of peer support and therapist contact on long-term weight loss. *J Consult Clin Psychol*, 1987, 55(4): 615-617.

Perri MG, McAllister DA, Gange JJ, Jordan RC, McAdoo WG y Nezu AM. Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol*, 1988, 56(4): 529-534.

Perri MG, Nezu AM, Patti ET y McCann KL. Effect of lenght of treatment on weight loss. *J Consult Clin Psychol*, 1989, 57(3): 450-452.

Saldaña C y García E. Tratamiento multicomponente de la obesidad crónica: terapia de conducta, dieta y actividad física. En: D Macià y FX Mendez, (Dirs.). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos* (pp. 208-226). Madrid: Pirámide, 1988.

Santacreu J y Scigliano R. Programa de autocontrol de la obesidad: datos de un año de seguimiento. *Estudios de Psicología*, 1986, 25: 121-138.

Smith DE y Wing RR. Diminished weight loss and behavioral compliance during repeated diets in obese patients with type II diabetes. *Health Psychol*, 1991, 10(6): 378-383.

Sternberg B. Relapse in weight control: Definitions, processes, and prevention strategies. En: GA Marlatt y JR Gordon, (Eds.). *Relapse prevention* (pp. 521-545). New York: Guilford Press, 1985.

Vera M y Fernández M. Programa de intervención cognitivo-conductual para control del sobrepeso. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1986, 4(1): 81-88.

Viegener BJ, Perri MG, Nezu AM, Renjilian DA, McKelvey WF y Schein RL. Effects of an intermittent, low-fat, low-calorie diet in the behavioral treatment of obesity. *Behav Ther*, 1990, 21(4): 499-509.

Wadden TA, Foster GD y Letizia KA. One-year behavioral treatment of obesity: Comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *J Consult Clin Psychol*, 1994, 62(1): 165-171.

Wadden TA, Stunkard AJ y Liebschutz J. Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination. *J Consult Clin Psychol*, 1988, 56(6): 925-928.

Wyshogrod D. Current treatment of obesity exemplified in a case study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1985, 16(2): 151-157.

Correspondencia:
Prof. Carmina Saldaña
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona
Passeig de la Vall d'Hebrón, 171
Campus Vall d'Hebrón
08035 – Barcelona
Tel. 402 10 72 Ext. 3116 ó 3107
E-Mail CSALDANYA@PSI.UB.ES