

DOI:10.5461/RLMC.v1.i2.20964

GERARDO LEIJA-ALVA, VÍCTOR RICARDO
AGUILERA-SOSA, ELEAZAR LARA-PADILLA;
JUAN DANIEL RODRÍGUEZ-CHOREÑO,
JAQUELINE IVETH TREJO-MARTÍNEZ Y
MARÍA ROSA LÓPEZ-DE LA ROSA

CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE
LA SALUD, UNIDAD SANTO TOMÁS, INSTITUTO
POLITÉCNICO NACIONAL. MÉXICO D. F., MÉXICO

DIFERENCIAS EN LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS, PENSAMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON LA OBESIDAD ENTRE DOS DISTINTOS TRATAMIENTOS EN MUJERES ADULTAS

DIFFERENCES IN THE CHANGE OF HABITS, THOUGHTS AND ATTITUDES ASSOCIATED WITH OBESITY BETWEEN TWO DIFFERENT TREATMENTS IN ADULT WOMEN.

Recibido: Noviembre 15, 2010
Revisado: Enero 23, 2011
Aceptado: Enero 27, 2011

Las aportaciones de los autores fueron como sigue: Gerardo Leija-Alva, coordinación del estudio, Víctor Ricardo Aguilera: Implementación y puesta en marcha del Protocolo, análisis estadístico así como elaboración del reporte final. Eleazar Lara Padilla, Jefe del Departamento de Posgrado e investigación de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional facilitó la implementación de la investigación en las instalaciones de la escuela, apoyo logístico y de materiales, además de ser el director general del Proyecto de Obesidad, del cual este trabajo es solo una parte, email: elarapa@hotmail.com. Juan Daniel Rodríguez Choreño, apoyo de análisis clínicos y conclusiones, email: dchorenio@hotmail.com. Jaqueline Iveth Martínez, y María Rosa López-de la Rosa: Apoyo en implementación del programa así como análisis estadísticos de los instrumentos psicológicos aplicados. Dirigir la correspondencia al primer autor, Matamoros 196- a, Tlalpan C.P. 14000, México D.F., correo: gelealipn@hotmail.com

Resumen

El propósito del estudio fue el de evaluar las diferencias entre dos tratamientos en personas con obesidad, específicamente en lo que respecta a los hábitos, pensamientos y actitudes hacia esta. Es un estudio con diseño pre - post, cuasi-experimental y aleatorio simple. Los participantes se dividieron en forma aleatoria en un grupo de Terapia cognitivo conductual y otro de ejercicio sistematizado. Ambos tuvieron apoyo nutricional. La duración total fue de 3 meses. La muestra inicial fue de 60 individuos con obesidad en grado I y II entre 18 y 60 años de edad ambos sexos. Se aplicó el Cuestionario sobreingesta alimentaria (antes y después del tratamiento). Los resultados demuestran que la terapia cognitivo conductual grupal dirigida a la adquisición de hábitos alimentarios y de actividad física, es más útil para modificar las estructuras cognitivas profundas que han llevado a las personas con obesidad a mantener una forma rígida de ver su problema y que incide en un mayor cambio en los hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad

Palabras claves: Terapia cognitivo conductual grupal, ejercicio sistematizado, estructuras profundas, hábitos alimentarios, obesidad, esquemas cognitivos.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the differences between two treatments in obese people, specifically in regard to habits, thoughts, and attitudes toward it. It is a design study pre - post, quasi-experimental and random simple. Participants were divided at random into a group of cognitive behavioral therapy and a systematic exercise. Both had nutritional support. The total duration was 3 months. The initial sample was 60 individuals with obesity degree I and II between 18 and 60 years of age both sexes. The food intake Questionnaire was applied (before and after treatment). The results shows the opposite group cognitive behavioral therapy aimed at the acquisition of dietary and physical activity is more useful for modifying the deep cognitive structures that have led to overweight people to maintain a rigid form to see your problem and incident in a greater change in habits, thoughts and attitudes related to obesity

Keywords: Cognitive behavioral group, systematic exercise, deep structures, food habits, obesity, cognitive schemas.

Introducción

En la actualidad la obesidad es el problema de salud más grande (considerando que en el mundo lo padecen casi 400 millones de personas) que conlleva además de las consecuencias médicas, problemas emocionales y socioeconómicos (Román, 2005). Así mismo es el factor de riesgo para la salud más importante y que genera por sí sola una serie de complicaciones tan graves como el síndrome metabólico, que causa millones de muertes cardiovasculares en el mundo (Klesges, 1996). Aunque esta enfermedad es multifactorial, la variable que más influencia tiene en su aparición y desarrollo es el estilo de vida y los malos hábitos relacionados a la alimentación y al sedentarismo (Elizagárate, 2001).

El modo de comportamiento de las civilizaciones actuales, el cual se caracteriza por un estilo de vida sedentario, es impulsado por el incremento de una evolución tecnológica que facilita las actividades de la vida cotidiana, decremento al mismo tiempo de la actividad física que se requería para dichas acciones. Además, en la mayor parte de los casos, la situación de sedentarismo suele verse acompañada por una alimentación hipercalórica, generando el aumento de peso y en su conjunto, inducen a una reducción de la capacidad de movimiento del individuo, que lo lleva a incrementar el tejido graso y como consecuencia aumento del índice de masa corporal (IMC).

La falta de movimiento, trae como consecuencia una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que, estas se almacenarán en el tejido graso. La Organización Mundial de la Salud (OMS), explica en su Informe Sobre la Salud en el Mundo, que la mortalidad, la morbilidad y las incapacidades son atribuidas a enfermedades no transmisibles y estas son las responsables de más del 60% de todas las muertes y en la mayoría de los casos las dietas malsanas y la inactividad física estaban entre las principales causas de estas enfermedades (WHO, 2002).

Se estima una prevalencia global de inactividad física en adultos de 17%, variando en regiones entre 11 y 24%. La prevalencia global de actividad insuficiente (2.5 horas a la semana de actividad moderada) va de 31 a 51%, siendo el promedio global de 41% (Ávila, 2007).

Dionne y colaboradores (2000) encontraron una relación entre la participación en actividades físicas intensas y los indicadores de adiposidad y distribución de grasa en adolescentes varones. Este autor

afirma que el peso, el componente graso, el índice de masa corporal, la suma de los seis pliegues subcutáneos, los perímetros de las extremidades y del tronco y la relación perimetral entre cintura y cadera se correlacionaron de forma inversa y significativa con la participación en actividades físicas intensas. Es decir que entre mayor grasa y peso corporal, menor la actividad física realizada por los sujetos.

Sedentarismo en México

En México también el desarrollo económico, la urbanización y la influencia tecnológica y cultural de países industrializados, han influido y modificado algunos estilos de vida de los mexicanos y esto ha contribuido a una marcada disminución en la actividad física, tanto en el entorno laboral como en el recreativo.

En nuestro país, sólo 35% de las personas entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan sólo 40% practica algún tipo de actividad física y el sedentarismo es mayor en mujeres que entre hombres (CONADE, 2009).

Relación entre el sedentarismo y la adquisición de hábitos insanos

La inactividad física no solamente genera un aumento de la grasa corporal, sino también la aparición de otros hábitos y comportamientos poco saludables. Martins (2009) realizó una investigación para evaluar la prevalencia de la inactividad física en tiempo de ocio en una muestra de 1996 mujeres y hombres adultos, encontró que esta fue de 54,6% (47,3% hombres, 61,4% mujeres). Posterior al análisis ajustado, encontró que entre los hombres, existe una mayor probabilidad de inactividad física en tiempo de ocio y que esta fue asociada al aumento del grupo etario, a la disminución del nivel de escolaridad y al hecho de trabajar; así mismo la inactividad física en tiempo de ocio fue asociada al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, independientemente del grupo etario, nivel de escolaridad y trabajo. Entre las mujeres, se observó una mayor probabilidad de inactividad física, esta se asocio al nivel de escolaridad (menor a 12 años de estudio) y que trabajaban. En cuanto a los factores de riesgo para enfermedades crónicas, entre los hombres había mayor pre obesidad, y se reportó el abuso del alcohol y el tabaco. Por otra parte, en

comparación con los hombres, una proporción más alta de las mujeres reportaron consumo de frutas, legumbres y verduras de color verde con una frecuencia de tres a cuatro veces al día, rara vez consumieron bebidas con gas, y el consumo de leche entera y carne fue menor.

Los adultos físicamente activos tienden a fumar menos, consumen dietas más saludables, y mantienen una composición corporal más favorables (Blair, 1985, Simoes, 1995). Con esta información podemos confirmar que existe un beneficio real de personas con obesidad, si dentro de sus actividades diarias incluyen la realización de una actividad física, ya que no solamente influirá en el aspecto biológico, si no también se reflejara en los hábitos de vida y entre estos los alimentarios.

Actividad física, dieta hipocalórica y pérdida de peso

Es importante mencionar que el ejercicio por sí solo no es suficiente para lograr una disminución importante de peso. En un estudio longitudinal en la Universidad de Dallas con una muestra de 5300 sujetos de ambos géneros se llevaron a cabo mediciones y evaluaciones pre y el post de hábitos en general, encontrando una relación lineal entre el aumento de tan solo un minuto en el tiempo de actividad física o ejercicio con la disminución de la probabilidad de aumentar 10Kg durante 7-5 años en promedio. Probando con esto la importancia del ejercicio para lograr el mantenimiento del peso en personas con obesidad. En otro estudio aleatorizado controlado doble ciego de la Universidad de Duke, se hayo una relación similar a la del estudio anterior. Ésta fue de tipo dosis-respuesta entre la frecuencia semanal de actividad física y ejercicio y el peso. Para no aumentar 1.5 Kg. los sujetos que no hacían ejercicio, tuvieron que caminar 12 kilómetros por semana. Los estudios sin embargo concluyen que por sí solo el ejercicio y/o la actividad física no son tan eficientes para el manejo y el control del peso, dado que para que se quemara un kilogramo de grasa se debe caminar 56 Km. En un metanálisis se revisaron 12 estudios en donde se analizaba el efecto del ejercicio aeróbico sin dieta y encontraron que se perdieron en promedio 2.5 Kg. más en nueve meses que los grupos control. En estudios con ejercicio controlado y dieta controlada se observa que la pérdida de peso puede ser en promedio de 8 Kg. en tan solo tres meses (Bensimhon, 2006).

Se han estudiado comparativamente a personas con obesidad que recuperaron el peso con ex obe-

sas que lograron mantenerse y se comprobó que el 90 % de las personas exitosas hacían actividad física en forma regular, 3 veces por semana como mínimo (Kayman, 1990). Por lo que se concluye que es indispensable que la dieta hipocalórica y el ejercicio moderado, se mantenga durante toda la vida, aunque, después de un tiempo los cambios en el peso ya no sean tan espectaculares (Bosch, 2010).

La actividad física sistematizada no solamente es útil para ayudar a personas con obesidad para disminuir el Índice de Masa corporal, y todos los demás indicadores de obesidad, también influye en aspectos psicoemocionales como la autoestima o la confianza en sí mismo. También se presentan cambios en el estado de ánimo que según la teoría social cognitiva se da por un aumento de la auto eficacia y como consecuencia mejora el auto concepto. (Annesi, 2010). En estudios realizados por Annesi con mujeres con obesidad inscritas en un programa de ejercicio y un programa de información nutricional, quienes previamente completaron escalas de satisfacción corporal, de autoeficacia relacionadas con el ejercicio, autoconcepto y el estado de ánimo general. Se observaron mejoras significativas en las medidas de auto-eficacia ejercicio, la satisfacción corporal y el peso (Annesi, 2009, 2007).

Otros beneficios de la actividad física a nivel psicológico son: Enseña a superarse, eleva la autoestima, mejora en el desarrollo motor y la postura, incrementa la motivación, genera un efecto distractor y aumenta la relajación. También se ha encontrado que se corta el círculo vicioso del obeso (tensión - excesos en la ingesta - culpa - tensión, etc.) favorece el proceso digestivo, contribuye a la reconciliación del obeso con sus sensaciones corporales, mejora el sueño, alivia tensiones, ayuda a controlar la ansiedad, disminuye el apetito relacionado a estos factores y disminuye la depresión (Quaglia, 2003).

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitiva conductual se fundamenta en el supuesto de que los afectos y la conducta del individuo están determinados en gran medida por el modo en que el individuo estructura el mundo (cogniciones, recuerdos, emociones, verbalizaciones y/o imágenes) llamados esquemas. Estas cogniciones están basadas en actitudes o creencias desarrolladas a partir de experiencias anteriores. Estas ideas pueden constituir el sustrato cognoscitivo para afectos desagradables (enojo, ansiedad, depresión, tristeza) que favorezcan los episodios de ingesta excesiva o de alto contenido calórico y

por tanto de recaídas. En el caso de la obesidad el modelo cognitivo-conductual presta especial atención a los estímulos que anteceden a la conducta de comer en exceso. Las técnicas conductuales tienen como objetivo generar conductas funcionales y más apegadas a la realidad empírica, así como la refutación de los esquemas básicos desadaptativos así como a la adquisición de conductas de ingesta saludables (Bornas, 2002).

Terapia Cognitivo Conductual y Obesidad

Richard Stuart fue el iniciador del tratamiento cognitivo con personas obesas. El partió de los tratamientos para el manejo de la ansiedad y depresión. Este tratamiento tuvo dos objetivos: la reducción del ingreso energético y su gasto calórico a partir de la actividad física. Posteriormente los tratamientos se fueron sofisticando ya que se buscaba que la variable nutricional fuese más balanceada en lugar de dietas restrictivas, así como mejorar las relaciones interpersonales, promover conductas y actitudes funcionales relacionadas con el control de peso y la alimentación y la reestructuración cognitiva. En los últimos años los tratamientos de este corte, buscan que el paciente se responsabilice (no faltar y llevar a cabo sus trabajos como el automonitoreo) en coordinación con el terapeuta y que se llegue al autocontrol del comportamiento alimentario y de la actividad física (Facchini, 2003).

Dentro de las modalidades de intervención están los tratamientos grupales los cuales refuerzan la parte psicoeducativa, elementos de autoayuda, más técnicas terapéuticas con la búsqueda de la obtención del peso no idealizado o real. Dentro de esta corriente Mahoney y Mahoney, Cooper, Fairburn y Hawker tienen tratamientos con mediciones objetivas y con resultados medibles. La meta es que se mejoren los estilos de vida, especialmente los de ingesta y gasto calórico: modificar las conductas de alimentación y actividad física y la modificación de las estructuras cognitivas que anteceden a la conducta: pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, metas poco objetivas y claras.

En otro tipo de procesos terapéuticos psicoeducativos y cognitivo conductuales están los programas directivos-informativos, con sesiones en donde los pacientes aprendan a: elaborar menús, autocontrol (asertividad y manejo la dieta con la familia), relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, promoción de la actividad física. Las técnicas que se han utilizado para este fin son las informativas, reestructuración cognitiva, las cuales tienen el

objetivo de mejorar los estilos de pensamiento, estilos de vida (hábitos alimentarios y de actividad física) y emociones asociadas, principalmente ansiedad y depresión causadas por pensamientos irracionales (Casado, 1997).

Chávez (2004) comparó un tratamiento cognitivo conductual y uno nutricional para medir la efectividad en cuanto a la reducción de peso. A través de la modificación de hábitos alimentarios mediante técnicas cognitivo conductuales en donde los pacientes deberían de modificaran conductas de autocontrol para reducir así el peso y lograr el mantenimiento. En promedio los pacientes tuvieron una pérdida significativa de 14.7 Kg. Contra 14 kg. del grupo nutricional (citado por Lifshits, 2004).

Montero y Cúneo (2004) realizaron un tratamiento integral de la obesidad así como estrategias para prevenirla. Las fases del tratamiento de la obesidad incluyeron la prevención de la ganancia de peso, su mantenimiento, el manejo del peso y las comorbilidades y la pérdida de peso. Las bases de la prevención se basaron en la enseñanza y práctica de un estilo de vida más saludable con modificación de la oferta alimentaria e incorporación de trabajo físico a la actividad cotidiana.

Estos mismos autores, consideran de vital importancia la motivación del paciente en el tratamiento.

En otro estudio se realizó un entrenamiento de control emocional en pacientes con obesidad mórbida. Su objetivo fue dotar a los sujetos de estrategias para reducir los niveles de ansiedad, ira y depresión, así como estrategias para modificar el locus de control y mejorar la calidad de vida (Iruarrizaga, 2001). Por otra parte Michael J. Mahoney y Kathryn Mahoney (1991) desarrollaron un programa cognitivo conductual individual llamado Modelo de control permanente del peso: una solución total al problema de las dietas. La estructura base de este procedimiento es que se tengan la información básica acerca de la obesidad y los hábitos inadecuados para poder entender que es y porque se da la enfermedad, la forma de controlarla y para que sirve la grasa acumulada.

En estudios recientes en donde se han hecho seguimientos para observar los cambios a largo plazo de tratamiento multidisciplinarios, Buclin-Thiébaud (2010) realizó un estudio en donde el objetivo fue estudiar la evolución del peso corporal en pacientes obesos que ingresaron a un programa residencial de 2 semanas y con seguimiento ambulatorio. Treinta y nueve pacientes participaron en este programa estructurado interdisciplinario de pérdida de peso, que consistía en terapias individuales y de grupo, la

actividad física, educación nutricional y las técnicas cognitivo-conductuales. Después de 5 años, 33 sujetos completaron el estudio. El setenta por ciento de los pacientes perdieron peso o mantuvieron su pérdida de peso. Otros autores han encontrado resultados similares (Golay, 2004), lo que indica que los cambios que se generan en un inicio del tratamiento, si se conservan pueden llevar a los sujetos a realizar una vida más sana, y tener control sobre la enfermedad.

Lo revisado hasta aquí nos indica que el cambio en la ingesta alimentaria, así como el incremento de la actividad física, es la mejor solución para abatir el problema de la obesidad. El método para lograrlo, como ya se ha visto, deberá incluir una gran cantidad de estrategias así como la combinación de diversas intervenciones, dirigidas hacia la modificación de la alimentación, cambio cognitivo y conductual, así como al inicio de una activación física permanente, es por esto que en los últimos años se han generado propuestas terapéuticas en donde se realizan combinación de intervención para ver cual de ellas logra mayor control de la enfermedad así como cambios duraderos evitando las recaídas. Werrij realizó un estudio en donde evaluó el impacto de la incorporación de la terapia cognitiva a un tratamiento dietético para la disminución del peso en 204 personas, en comparación con un grupo de tratamiento dietético combinado con ejercicio físico. Los resultados que obtuvo fueron que ambos tratamientos tuvieron un gran éxito y dio lugar a una disminución significativa en el Índice de Masa Corporal (IMC), la psicopatología alimentaria específica (comer compulsivamente) y la psicopatología general (depresión, baja autoestima). Sin embargo, a la larga, el tratamiento dietético más terapia cognitiva fue significativamente mejor que el tratamiento dietético con ejercicio; los participantes en el primer tratamiento mantuvieron toda su pérdida de peso, mientras que los participantes en el ejercicio físico tratamiento dietético recuperó parte (25%) de su peso (Werrij, 2009).

Existen pues, evidencias que tanto los tratamientos con terapia cognitiva conductual así como los enfocados a incrementar el ejercicio en pacientes obesos ayudan, a las personas a la disminución del peso, del IMC, de la grasa corporal, e inclusive de pensamientos, actitudes y emociones que pueden estar influyendo en que el problema se mantenga. Sin embargo, existen algunas lagunas teóricas relacionadas a explicar porque hay estas diferencias a largo plazo entre los tratamientos psicológicos y de activación física. Cabe hacerse la pregunta sobre ¿Cuáles son los factores que provocan estas diferencias? ¿Qué suce-

de en el ámbito cognitivo, afectivo, y actitudinal, con un tratamiento psicológico y otro enfocado a incrementar el ejercicio en pacientes obesos? Si existen diferencias. ¿Cómo pueden afectar el logro de los objetivos del paciente a corto, mediano y largo plazo?

A partir de estas interrogantes surgió el interés en buscar estos factores, en dos tratamientos en personas con obesidad, evaluando específicamente las diferencias entre los cambios en los hábitos, pensamientos, y actitudes hacia la obesidad. La hipótesis que se planteo es que la terapia cognitivo conductual grupal dirigida a la adquisición de hábitos alimentarios y de actividad física, modificara las estructuras cognitivas profundas que han llevado a las personas con obesidad a mantener una forma rígida de ver su problema y que al ser modificadas conducirá a tener cambios resistentes y duraderos en comparación a un tratamiento de ejercicio supervisado y sistemático, en donde los cambios se dirigirán a la adquisición de hábitos alimentarios saludables, y de activación física, más que en los esquemas y creencias acerca de la obesidad.

Por lo tanto este trabajo tuvo como finalidad comparar un tratamiento cognitivo conductual grupal enfocado al cambio de creencias y adquisición de hábitos de alimentación y activación física contra un tratamiento con ejercicio aeróbico controlado individualizado en pacientes con obesidad I y II. Las variables a observar fueron: IMC, modificación de hábitos alimentarios y modificación de los estilos de pensamiento y actitudes hacia la obesidad.

Método

En la Escuela Superior de Medicina, el área de Posgrado e Investigación del IPN llevó a cabo una invitación abierta en la zona de la Delegación Miguel Hidalgo y Azcapotzalco de la Ciudad de México, a sujetos de ambos sexos con obesidad y sin comorbilidad, en rango de edad de los 18 a los 60. Para el diagnóstico y el establecimiento de los criterios de inclusión (obesidad I, es decir de 30 a 34.9 de IMC y II, es decir de 35 a 39.9 de IMC, aceptación de inclusión en el protocolo, apto para realizar ejercicio y aceptación de estudios e instrumentos) y exclusión (obesidad mórbida o sobrepeso, que no hubiera estado en algún régimen para bajar de peso seis meses antes del protocolo, comorbilidad, ansiedad, depresión, no aceptación de inclusión en el protocolo e incapacidad para llevar a cabo ejercicio) se realizaron mediciones antropométricas, químicas sanguíneas y se aplicaron los Beck de

Ansiedad de 21 ítems que evalúa síntomas depresivos (Beck, 1961), para seleccionar a la muestra que estuvo conformada por 60 pacientes con obesidad I y II sin comorbilidad.

Antes del tratamiento y semanalmente hasta el finalizar el mismo se hicieron mediciones de IMC. La muestra inicial fue de 60 individuos obesos en grado I y II entre 18 y 60 años de edad ambos sexos. Los cuales se distribuyeron aleatoriamente con método de urnas en un grupo para ejercicio supervisado en banda sin fin y el otro recibió tratamiento grupal con Terapia Cognitivo Conductual. En el transcurrir de la investigación se tuvo un muerte experimental de 26 individuos, 20 del grupo de ejercicio y 6 del grupo de Terapia Cognitivo Conductual Grupal (TCCG). Se aplicó el Cuestionario de sobre ingesta alimentaria (O'Donnell W. & Warren W.L, 2007) antes y después del tratamiento, para medir diferencias entre grupos e intragrupos, buscando niveles de significancia menores a .05 usando el SPSS 11. El estudio tuvo una duración de tres meses.

En la fase de intervenciones, el grupo de ejercicio fue sometido, a un programa de ejercicio físico aeróbico moderado de 30 minutos, cada tercer día realizado en una caminadora o banda sin fin, con la supervisión de personal especializado. El nivel aeróbico del ejercicio se determinó mediante el rango según edad y sexo de frecuencia cardíaca para cada paciente. Por otro lado el grupo de Terapia Cognitivo Conductual tuvo una intervención con una duración de 13 sesiones de 1 hora y media 1 vez a la semana. Los

temas revisados fueron: información relacionada a la obesidad, explicación de la terapia cognitivo conductual, y el cambio de hábitos insanos, la importancia de la activación física, y la utilización de técnicas de autocontrol emocional. Ambos grupos tuvieron durante tres meses, una sesión semanal de consulta nutricional con una dieta hipocalórica, diseñada a partir de la historia clínica nutricional de cada paciente

Se utilizó una báscula marca "Tanita" para medir peso, porcentaje de grasa, porcentaje de agua, IMC, y resistencia bioeléctrica; así como una cinta métrica flexible.

Resultados

Para IMC el grupo de TCCG en pre 33.1 y post 31.4. El grupo de ejercicio 32.4 y en post 30.1; ambos con diferencias con una $p < 0.5$ en la prueba de Wilcoxon para grupos independientes. En el Cuestionario de sobreingesta alimentaria, el grupo de TCC tuvo una disminución entre los puntajes pre y post en 7 escalas y aumento en 1 escala. (Tabla 1).

En cuanto a los puntajes del Cuestionario de sobreingesta alimentaria, pero ahora en el grupo de ejercicio solo se presentó disminución significativa entre los puntajes pre y post en 1 escala mientras que en otra se dio un aumento (Tabla 2).

Los resultados entre ambos tipos de tratamientos muestran diferencias significativas en dos de las 11 escalas. (Tabla 3)

Tabla 1.

Comparación de medias de las escalas del Cuestionario de Sobre ingesta Alimentaria (OQ) del Grupo de Terapia cognitivo Conductual Grupal. Pre –Post

Escalas OQ	Media Pre	Media Post	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
Defensividad	14	12	-1.997	.046*
Sobreingesta	12	6	-3.047	.002*
Subingesta	10	6	-1.299	.194
Antojos	9	5	-2.897	.004*
Expectativas	9	5	-2.766	.006*
Racionalización	6	3	-2.849	.004*
Motivación	26	21	-2.235	.025*
Salud	7	11	-2.563	.010*
Imagen corporal	6	8	-1.899	.058
Aislamiento social	6	5	-1.646	.100
Afectividad	13	7	-3.215	.001*

Nota: con una N de 14, en la comparación de Pre post del grupo de Terapia conductual se observa que las escalas de defensividad, sobreingesta antojos expectativas racionalización, motivación salud y afectividad tienen cambios significativos con una $p < .05$

Tabla 2.

Comparación de medias de las escalas del Cuestionario de Sobre ingesta Alimentaria (OQ) del Grupo de Ejercicio Controlado Pre –Post

Escalas OQ	Media Pre	Media Post	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
Defensividad	15	13	-1.943	.052
Sobreingesta	8	6	-1.128	.259
Subingesta	8	10	-1.124	.261
Antojos	8	7	-1.546	.122
Expectativas	8	6	-.770	.441
Racionalizacion	5	4	-.720	.472
Motivacion	28	28	-.562	.574
Salud	7	10	-1.897	.058*
Imagen corporal	2	4	-1.549	.121
Aislamiento social	6	4	-2.414	.016*
Afectividad	12	9	-1.606	.108

Nota: Con una n de 10, en la comparación de Pre post del grupo de ejercicio se observa que las escalas de salud y aislamiento tienen cambios significativos con una $p < .05$

Tabla 3.

Comparación de medias de las escalas del Cuestionario de Sobre ingesta Alimentaria (OQ) del Grupo de Terapia Cognitivo Conductual y el Ejercicio Controlado en los resultados Post.

Escalas OQ	Media POST TCC	Media POST ejercicio	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Defensividad	12	13	-.236	.814
Sobreingesta	6	6	.000	1.000
Subingesta	6	10	-1.560	.119
Antojos	5	6	-.682	.495
Expectativas	5	6	-1.299	.194
Racionalizacion	3	4	-1.012	.311
Motivacion	21	28	-2.761	.006*
Salud	11	10	-1.031	.303
Imagen corporal	8	4	-2.263	.024*
Aislamiento social	5	4	-1.286	.199
Afectividad	7	9	-.382	.702

Nota: Con una n de 24, en la comparación de post de ambos grupos tienen cambios significativos con una $p < .05$ en las escalas de antojos, motivación e imagen corporal, y en las dos primeras la diferencia mayor se dio en el grupo de Ejercicio mientras que en la de imagen corporal en este mismo grupo hubo una disminución en comparación con el grupo de TCCG.

Discusión

En términos generales los puntajes del cuestionario de sobre ingesta alimentaria, tanto intragrupos como intergrupos, se manejan en valores normales. Aunque al comparar los valores post test de ambos grupos, la escala de imagen corporal esta en parámetros bajos, en el grupo de ejercicio. Este dato es común que aparezca en personas que están sometidas a un programa para la disminución de peso, ya que la perspectiva de modificar su peso tiene como antecedente una imagen corporal poco grata (William, 2007). El problema surge cuando se vincula su apariencia personal con su sentido de identidad personal de forma excesiva, lo cual es una característica en puntajes bajos. Si el tratamiento no logra ese cambio corporal, puede provocar en las personas, una rápida sensación de fracaso y como consecuencia retirada del tratamiento. Sin embargo, este puntaje, tuvo una elevación en comparación a como se había comenzado, tal vez si las personas continúan con este tratamiento, logrará cambios más marcados en su imagen corporal, tal como lo indican los estudios realizados por Annesi con mujeres con obesidad inscritas en un programa de ejercicio y un programa de información nutricional donde se observaron mejoras significativas en las medidas de auto-eficacia ejercicio, la satisfacción corporal y el peso (Annesi, 2002, 2009).

El grupo de ejercicio obtuvo puntuaciones altas en la escala de subingesta que combinadas con las puntuaciones altas de motivación indica que podrían tener una obsesión relativa por cuestiones de peso. Estas actitudes pueden llevar a las personas a utilizar medidas extremas para lograr sus objetivos, como es el de dejar de comer. Este fenómeno se evita cuando se hace comprender a la persona la importancia de enfocarse sobre todo en el cambio de hábitos más que en la disminución de peso. Tal como encontró Werrij en su estudio cooperativo de dieta + ejercicio, y otro de dieta + terapia cognitivo conductual, donde se presentaron cambios en ambos grupos en el IMC, la psicopatología alimentaria específica (comer compulsivamente) y la psicopatología general (depresión, baja autoestima). Sin embargo, a la larga, los participantes del segundo tratamiento mantuvieron toda su pérdida de peso, mientras que los participantes en el ejercicio físico tratamiento dietético recuperaron parte (25%) de su peso. En nuestro estudio, mientras las pacientes participaban en el protocolo, el hecho de acudir al espacio en donde estaban colocados las caminadoras y tener un ambiente con-

trolado y supervisado, género en ellas una elevada motivación. Pero al término de la investigación, ya no pudieron continuar con la misma rutina física, lo que a largo plazo, puede generar una disminución en la motivación, y un aumento en la ingesta.

Cuando un grupo de personas que nunca han realizado ejercicio, lo llevan a cabo como parte de un programa temporal, el paso más importante es el de desprenderse de la tutela del entrenador y tomar en sus manos, de forma decidida, el manejo de su salud, aunque los cambios de peso ya no muestren un descenso tan rápido tal como lo muestran investigaciones recientes, es indispensable que la dieta hipocalórica y el ejercicio moderado, se mantenga durante toda la vida, aunque, después de un tiempo los cambios en el peso ya no sean tan espectaculares (Bosch, 2010).

Por último una escala que tuvo un aumento significativo fue la de hábitos de salud, lo que indica que los participantes tuvieron la capacidad de darse cuenta de los beneficios de cambiar a hábitos de alimentación y activación física, lo cual es un indicador favorable en cualquier tratamiento de obesidad. Estos datos coinciden con los aportados por Blair y Simoes, que describen como los adultos físicamente activos tienden a fumar menos, consumen dietas más saludables, y mantienen una composición corporal más favorable.

El Grupo de Terapia Cognitivo conductual aumentó sus puntuaciones en las escalas de hábitos de salud e imagen corporal lo que indica que las personas de este grupo están comenzando con conductas prácticas de salud así como una mejora en la imagen que tienen de sí misma; esto concuerda con los resultados obtenidos con Montero y Cúneo (2004), Casado (1997). Mahoney (1991), así mismo en este grupo hubo una disminución significativa en la escala de afectividad que sugiere que el programa de reducción de peso se llevó en un contexto de calma, por lo que las personas pudieron centrarse en lograr sus metas.

El grupo de TCCG mejoró sustancialmente en defensividad, sobreingesta, antojos, expectativas con bajar de peso, racionalización, salud y afectividad; a diferencia de la escala de motivación que tuvo una disminución, aunque el rango está dentro de la norma. Lo que nos lleva a aceptar que la terapia cognitivo conductual grupal dirigida a la adquisición de hábitos alimentarios y de actividad física, es más útil para modificar las estructuras cognitivas profundas que han llevado a las personas con obesidad a man-

tener una forma rígida de ver su problema y que incide en un mayor cambio en los hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad. De tal forma que si este tipo de terapia es utilizada con los pacientes que inician un tratamiento nutricional y de ejercicio el impacto será mayor y a más largo plazo.

Por lo anterior recomendamos que es muy importante la aplicación de un enfoque integrador de la obesidad ya que los resultados que se obtienen son importante y a corto plazo los beneficios son amplios para los médicos generales, nutriólogos, médicos del deporte y psicológicos que están dentro del ámbito de la salud y específicamente en el tratamiento de la enfermedades crónicas no transmisibles. (Aguilera, 2009, Donini, 2009). Se Sugiere que para próximos trabajos exista un mayor control de las variables socioculturales, ampliar la n, incluir mayor numero de sujetos masculinos y control de variables ambientales para confirmar lo encontrado en este estudio.

Referencias

- Aguilera-Sosa, V., Leija-Alva, G., Rodríguez-Choreño, J., Trejo-Martínez, J., López-de la Rosa, M., & López-de la Rosa, M. (2009). Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, 18, 157-166.
- Annesi, J. (2010). Dose-response and self-efficacy effects of an exercise program on vigor change in obese women. *The American Journal of Medical Sciences*, 339 (2), 127-32. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1097/MAJ.0b013e3181c175e9>.
- Annesi, J. (2009). Predictors of exercise-induced mood change during a 6-month exercise and nutrition education program with obese women. *Perceptual & Motor Skills*, 109, 3, 931-40. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.2466/pms.109.3.931-940>
- Ávila, R. (2007) Citas textuales sobre la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud 1. *Nutriinfo*, 92-98. [citado 25 Agosto 2010]. Disponible en Internet: http://www.nutriinfo.com/jornadas_nutricion_deportiva_exico_2007/ponencias_avila_estrategia_mundial.pdf.
- Bensimhon, D., Kraus, W., & Donahue, M. (2006) Obesity and Physical Activity: A Review. *American Heart Journal*, 151(3), 598-603. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2005.03.005>.
- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., & Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en terapia cognitiva conductual: una revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 3, 533-541.
- Bosch, B. (2010) *Obesidad y ejercicio físico* (citado 25 Agosto 2010) Disponible en Internet: <http://trabajosdemedicina.iespana.es/obesidad.pdf>.
- Bouchard, Ch. (1891) *Lecciones Sobre las Enfermedades por Retardo de la Nutrición*; Dadas en la Facultad de Medicina de París. Recogidas y publicadas por H. Fremy. Traducidas al castellano por Luis Ortega Morejón Editorial: Librería Carlos Bailly-Bailliere, 507-513.
- Buclin-Thiébaud, S., Pataky, Z., Bruchez, V., & Golay, A. (2010) New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: a 5-year follow-up. *Patient Education & Counseling*, 79, 3, 333-337, Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.11.001>
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). *Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios de hábitos de alimentación*. *Psicología.COM* [citado 25 Agosto 2010], 1 (1), 79 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm [1 Agosto 1997]
- Dionne, I., Almeras, C., Bouchard, A., & Tremblay, A. (2000). The association between vigorous physical activities and fat deposition in male adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32, 392-395. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1007/12349-009-0067-y>
- Donini, L., Savina, C., Castellaneta, E., Coletti, C., Paolini, M., Scavone, L., Civale, C., Ceccarelli, P., et al. (2009). *Multidisciplinary approach to obesity*, 14(1), 23-32.
- Elizagárate, E., Escurra, J., & Sánchez, P.M. (2001). Obesidad. *Salud Global*, 3, 1-17. (citado 25 Agosto 2010) Disponible en Internet: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL3-01.pdf>
- Facchini, M. (2003). Obesidad: Aspectos psicoterapéuticos. *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal: En Aspectos no farmacológicos del Tx. Del paciente con obesidad e hipertensión*. *Boletín del Consejo Argentino de HTA*, 4, 2.

- Facultad de medicina departamento de humanidades médicas Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina. [citado 25 Agosto 2010] Disponible en Internet: <http://www.amamed.org.ar/obesidad/ANTROPOLOGIA%20-%20Montero.pdf>
- Goday, A. (2010) Epidemiología de la obesidad: estado actual de la obesidad en España. (Citado 25 Agosto 2010). Disponible en Internet: [Nutric:http://www.deportesalud.com/deportesalud-el-deporte-y-la Obesidad---consejos-y-beneficios.html](http://www.deportesalud.com/deportesalud-el-deporte-y-la-Obesidad---consejos-y-beneficios.html)
- Iruarrizaga, I. (2001) Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. *Interpsiquis*, 2 [citado 25 Agosto 2010] Disponible en Internet: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/otras_enf_mentales/2358/
- Jiménez, M., I., & Esparza, B. (2008) Explicación de la obesidad desde el modelo cognitivo-conductual, *Interpsiquis*, 1. [citado 25 Agosto 2010] Disponible en Internet:http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/34453/
- Kayman, S., & Bruvold, W. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 800-807.
- Klesges, R., DeBon, M., Meyers, A., & Thompson, K. (2001). Obesity in African American women: Epidemiology, determinants, and treatment issues. Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment. *American Psychological Association*, vii, 505, 461-477 Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1037/10502-019>
- Lifshits, G. A. (2004). *Tratamiento Psicológico y Médico de la Obesidad en Adultos*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, UDLA, Puebla.
- Mahoney, M. (1981). *Control Permanente de Cambio de Peso*; segunda edición, Trillas. México.
- Mahoney, M. (1995). Continuing Evolution of the Cognitive Sciences and Psychotherapies. In: Neimeyer and Mahoney, *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1037/10170-002>
- Martins, T. G. (2009). Inactividad física en ocio de adultos y factores asociados. *Revista de Saúde Pública*, 43, 5, 814-824. [citado 25 Agosto 2010]. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000058>.
- Montero, J., Cúneo, A., Facchini, M., & Bressan, J. (2002) Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 175-186. [citado 25 Agosto 2010]. Disponible en internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple16.html>
- O'Donell, W., & Warren, W. (2007) *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria*, Ed. Manual Moderno. México.
- Quaglia, B. (2003). *La actividad física en el tratamiento de la obesidad*. Trabajo monográfico Premiado por el Comité de Deporte y Salud de la Asociación Médica Argentina CODESAMA Curso: 1º Curso de actividad física para la salud. AMA.
- Ramírez, H. (1997) Medicina del ejercicio. *Colombia Médica*, 28, 99-102.
- Simoes, E., Byers, T., Coates, R., Serdula, M., Mokdad, A., & Heath, G. (1995). The association between leisure-time physical activity and dietary fat in American adults. *American Journal of Public Health*, 85, 240-244
- Werrij, M.Q., Jansen, A., Mulken, S., Elgersma, H.J., Ament, A.J., & Hospers, H.J. (2009) Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity, *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 315-24. Disponible vía: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.011>
- WHO (2010). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [citado 25 Agosto 2010] Disponible en Internet: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.