

## TECNICAS CONDUCTUALES APLICADAS AL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: VALORACION DE RESULTADOS

ISAAC GARRIDO GUTIERREZ

Departamento Central de Dietética y Dietoterapia  
Hospital Clínico de San Carlos  
Universidad Complutense de Madrid

A mediados de la década de los sesenta, las técnicas de Terapia de Conducta y de Modificación de Conducta, encontraron el ambiente propicio para ser aplicadas en el tratamiento de la obesidad, dado el panorama tan desalentador que presentaba el tratamiento tradicional, realizado en base a una dieta, ejercicio y, frecuentemente, fármacos anorexígenos. De acuerdo con Stunkard (1958): "Los resultados del tratamiento de la obesidad son considerablemente malos. La mayoría de los pacientes abandonan el tratamiento. Aquellos que no abandonan, no pierden mucho peso. Aquellos que pierden peso, generalmente lo recuperan".

Stunkard y Mc Laren-Hume (1959) en un estudio, ya clásico, concluyeron que los resultados del tratamiento tradicional, publicados en la literatura médica, entre 1930 y 1960, son muy deficientes. Utilizando como criterio de éxito el porcentaje de pacientes que había perdido 9

kg. y 18 kg., comprobaron que, aunque los pacientes eran sujetos excesivamente obesos, sólo un 25% perdieron más de 9 kg. y sólo un 5% consiguió una pérdida de más de 18 kg.

## 1. LAS TECNICAS CONDUCTUALES COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO TRADICIONAL DE LA OBESIDAD

### 1.1. Estudios pioneros: técnicas de autocontrol

Fester, Nurnberger y Levitt (1962) presentaron el primer estudio que aplicó algunos de los principios generales de la teoría del aprendizaje en el desarrollo del autocontrol de la conducta de ingesta, a través de 4 fases:

- a) Determinación de las variables que influyen en la ingesta.
- b) Determinación de cómo estas variables pueden ser manipuladas.
- c) Identificación de los efectos desagradables de la ingesta.
- d) Estructuración de un método de desarrollo del autocontrol.

La contribución más importante de esta investigación fue el énfasis puesto en el control de estímulos, destacando la necesidad de realizar un detallado análisis de los estímulos antecedentes de la conducta de ingesta, para debilitar o anular su efecto.

Puesto que el artículo de Fester, Nurnberger y Levitt (1962) fue publicado en una revista de poca difusión, pasaron algunos años hasta que fuese reconocido e influyese en otras investigaciones.

Stuart en 1967 desarrolló y aplicó, con algunas modificaciones, el acercamiento terapéutico propuesto por Fester, Nurnberger y Levitt. Los resultados obtenidos por Stuart son los mejores que se han publicado. Realizó un tratamiento individual a 8 mujeres, durante un año. 6 pacientes perdieron más de 13'5 kg. y 2 consiguieron una pérdida de más de 18 kg.

El tratamiento de autocontrol estructurado por Stuart, comprendía 4 fases:

- a) Análisis de la respuesta que ha de ser controlada y de sus condiciones antecedentes y consecuentes.
- b) Identificación de las conductas que facilitan la ingesta.
- c) Identificación de los refuerzos positivos y negativos que controlan los patrones de conducta.
- d) Aplicación de reforzamiento para alterar la probabilidad de ocurrencia de la respuesta elegida.

Esta investigación marca el punto de partida de un nuevo y prometedor método de tratamiento de la obesidad.

La investigación de Stuart presentaba algunas deficiencias. Empleó una muestra pequeña, no utilizó un grupo control y no realizó seguimiento de los pacientes, una vez finalizado el tratamiento. El seguimiento es necesario para comprobar si la efectividad del tratamiento es permanente, o se limita al tiempo que dura éste.

En el cuadro 1 figuran los datos más relevantes del trabajo de Stuart (1967).

La investigación de Harris (1969) supuso un avance, al incluir un grupo experimental y un grupo control.

La muestra estaba formada por 24 estudiantes, 15 mujeres y 9 varones. El tratamiento administrado al grupo experimental comprendía: registro de hábitos de ingesta, aprendizaje de técnicas de autorregistro, entrenamiento en rela-

CUADRO 1.- DATOS MAS RELEVANTES DE ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS DE OBESIDAD QUE HAN EMPLEADO TECNICAS DE AUTOCONTROL

AUTOR (ES)	MUESTRA	CONDICIONES EXPERIMENTALES	TASA DE ABANDONO
Stuart, 1967	10 mujeres que acudieron voluntariamente al tratamiento.	Grupo Experimental	10%
Harris, 1969	15 mujeres, 9 hombres estudiantes, reclutados a través de anuncios.	A-Grupo Experimental B-Grupo Control	12,5%
Wollersheim, 1970	79 mujeres, estudiantes reclutados a través de anuncios.	A-Grupo Presión Social B-Grupo Terapia Focal (Experimental) C-Grupo Terapia no Especifica D-Grupo Control	3,8%

DURACION TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO A LOS...	RESULTADOS TRATAMIENTO	RESULTADOS SEGUIMIENTO
12 meses	---	75% > - 13,5 Kg. 25% > - 18 Kg.	---
2 meses y medio	4 meses	Grup. Exp.: -3,150 Kg. Grup. Cont.: +0,800 Kg.	-1,350 Kg. +0,450 Kg.
3 meses	2 meses (aprox.)	G. Pres. Soc.: -2,43 Kg. G. Ter. Foc.: -4,64 Kg. G. Ter. no Esp.: -3,10 Kg. G. Control.: +1,07 Kg.	+0,900 Kg. +0,765 Kg. +0,180 Kg. ---

Nota.- El signo que precede al número de Kgs. indica: - = pérdida ; + = ganancia.

jación, una tabla de calorías, una lista de alimentos con pocas calorías y una discusión sobre nutrición. Al grupo control se le dió una tabla de calorías y se le pesó al comienzo y al final del tratamiento.

El tratamiento duró 2 meses y medio. El grupo experimental perdió peso, el grupo control no. El grupo experimental continuó perdiendo peso, al menos 4 meses después de finalizar el tratamiento.

Los datos más importantes de esta investigación se encuentran en el cuadro 1.

Wollersheim (1970) desarrolló un programa de terapia de grupo y evaluó su efectividad por medio de un diseño experimental que incluía grupos de tratamiento que controlaban adecuadamente los efectos no específicos del tratamiento, el efecto de la expectación positiva y de la presión social.

El grupo experimental, que empleó técnicas de Modificación de Conducta, tuvo una pérdida mayor y estadísticamente significativa, en relación con la pérdida experimentada por los otros grupos.

Los datos más relevantes de la investigación de Wollersheim (1970) se hallan en el cuadro 1.

Stuart (1971) ha estructurado un programa tridimensional, aplicado al tratamiento de la obesidad, que comprende:

- a) Control ambiental, que imposibilita la conducta problema y favorece los patrones de conducta deseables.
- b) Programa dietético que se establece para cada paciente.
- c) Programa de ejercicio individualizado.

Stuart sometió a prueba su método de tratamiento en una investigación piloto en la que diferenció dos grupos. El grupo I realizó el tratamiento durante 30 semanas, de

acuerdo con el programa tridimensional. El grupo II no realizó control ambiental durante 15 semanas, pero sí lo hizo durante otras 15 semanas. El grupo I consiguió una pérdida mayor y estadísticamente significativa.

Una descripción muy detallada del programa tridimensional se encuentra en Stuart y Davis (1972).

Los datos más relevantes de este estudio se encuentran en el cuadro 2.

Los resultados de las investigaciones que acabo de reseñar ponen de manifiesto que el autocontrol es una técnica efectiva en el tratamiento de la obesidad. Pero se podría objetar que estos estudios han utilizado muestras experimentales, formadas por estudiantes (generalmente, chicas con un grado medio de obesidad) y habría que preguntarse si estos resultados se obtendrían al realizar tratamiento en muestras representativas de una población clínica, formada por los pacientes que generalmente acuden a una consulta o a un Servicio de Dietética y Dietoterapia.

La respuesta a esta apremiante pregunta la proporcionó una investigación de Penick y otros (1971), quienes con una muestra de 32 pacientes de un hospital de día, determinaron un grupo experimental, que seguiría un programa de autocontrol, y un grupo control, que recibiría psicoterapia de apoyo, instrucción sobre dietética y nutrición, y fármacos anorexígenos, si se solicitaban.

Los autores de esta investigación eran conscientes del sesgo que determina el empleo de diferentes terapeutas en las diferentes terapias, por ello, intencionadamente emplearon terapeutas con un claro sesgo a favor de la psicoterapia, con el propósito de controlar el efecto del sesgo. El programa de autocontrol fue desarrollado por un equipo que estaba formado por una terapeuta, sin experiencia previa en terapia de grupo y por un terapeuta con poca experiencia clínica. El tratamiento del grupo control fue llevado a cabo por un equipo formado por una terapeuta con mucha experiencia y por un internista con gran experiencia en el tratamiento de la obesidad y en terapia de grupo.

CUADRO 2.- DATOS MAS RELEVANTES DE ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS DE OBESIDAD QUE HAN EMPLEADO TECNICAS DE AUTOCONTROL

AUTOR (ES)	MUESTRA	CONDICIONES EXPERIMENTALES	TASA DE ABANDONO
Stuart, 1971	6 mujeres casadas, de clase media, que acudieron voluntariamente al tratamiento.	A-Grupo I: Programa Tridimensional, durante 30 semanas. B-Grupo II: sin control ambiental, 15 semanas, con él otras 15 semanas.	0%
Penick y otros, 1971	24 mujeres y 8 hombres pacientes de un hospital de día.	A-Grupo Experimental: Programa de Autocontrol. B-Grupo Control: Psicoterapia de Apoyo.	0%

DURACION TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO A LOS...	RESULTADOS TRATAMIENTO	RESULTADOS SEGUIMIENTO
7 meses y medio	6 meses	A-Grupo I : -14,400 Kg. B-Grupo II: - 6.750 Kg.	-1,350 Kg. -2.750 Kg.
3 meses	3-6 meses	A-Gr. Exp.: 13% > -18Kg, 33% >-13,5Kg. 53% > - 9Kg. B-Gr.Cont.: 0% > -18Kg. 0% >-13,5Kg. 24% > - 9Kg.	Gr. Exp.: 27% > - 18 Kg. 40% > - 13,5 Kg. 53% > - 9 Kg. Gr.Cont.: 12% > - 18 Kg. 18% > - 13,5 Kg. 29% > - 9 Kg.

Nota.- El signo que precede al número de Kgs. indica: - = pérdida ; + = ganancia.

Se predijo que si la experiencia de los terapeutas era la variable decisiva en la determinación del resultado, el grupo experimental obtendría peor resultado. Pero no se cumplió tal predicción. La pérdida del grupo experimental fue superior y estadísticamente significativa. El cuadro 2 expone los aspectos más importantes de la investigación de Penick y otros (1971). Los resultados de este trabajo revalidan la efectividad de las técnicas de autocontrol en el tratamiento de la obesidad.

## *1.2. Otras técnicas aplicadas al tratamiento de la obesidad*

*1.2.1. Terapia aversiva.*— Esta técnica, desarrollada de acuerdo con el paradigma de condicionamiento clásico, intenta establecer respuestas de aversión condicionada a ciertas clases de alimentos, o a la sobreingesta en general, apareando un estímulo desagradable (shock eléctrico, olores nauseabundos, fundamentalmente), que constituiría el estímulo incondicionado, con el alimento, que es el estímulo condicionado.

Meyer y Crisp (1964) realizaron el tratamiento de 2 pacientes utilizando shocks eléctricos como estimulación aversiva. Uno de los pacientes, una mujer de 26 años, perdió 9 kg. en los 6 meses que duró el tratamiento. Se realizó un seguimiento a los 20 meses de finalizado el tratamiento y se comprobó que había perdido 23'400 kg. El tratamiento del segundo paciente, una mujer de 51 años, fue un fracaso. Tuvo una pérdida de 4'500 kg. durante el tratamiento. La paciente abandonó en varias ocasiones, manifestando reacciones hipocondríacas y depresivas. Se realizó un seguimiento a los 12 meses y se encontró que había engordado 16 kg.

El cuadro 3 refleja los aspectos más importantes de este estudio.

Olores desagradables fueron empleados como estímulos aversivos por Foreyt y Kennedy (1971). Determinaron un grupo experimental, formado por 6 mujeres a las que se informó que se trataba de conseguir una pérdida de peso, por medio de olores desagradables que se aparearían con sus alimentos

CUADRO 3.- DATOS MAS RELEVANTES DE ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS DE OBESIDAD QUE HAN EMPLEADO TERAPIA AVERSIVA

AUTOR (ES)	MUESTRA	CONDICIONES EXPERIMENTALES	TASA DE ABANDONO
Meyer y Crisp, 1964	2 mujeres	Paciente A: Terapia Aversiva y dieta de 1.000 calorías Paciente B: Terapia Aversiva y dieta de 1.000 calorías	0%
Foreyt y Kennedy, 1971	12 mujeres, voluntarias y miembros del- Take off Pound Sensi- bly.	A-Grupo Experimental: Terapia Aversiva. B-Grupo Control: Charla sobre pérdida de peso.	0%

DURACION TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO A LOS...	RESULTADOS TRATAMIENTO	RESULTADOS SEGUIMIENTO
Paciente A: mes y medio	20 meses	- 9 Kg.	- 23,400 Kg.
Paciente B: 4 meses	12 meses	- 4,500 Kg.	+ 16 Kg.
2 meses	12 meses	A-Grupo Experimental: - 6 Kg. B-Grupo Control: -0,450 Kg.	+ 1,800 Kg. + 1.035 Kg.

Nota.- El signo que precede al número de Kgs. indica: - = pérdida ; + = ganancia.

preferidos, con el propósito de hacerlos menos deseables. Después se aplicó Terapia Aversiva. Un grupo control, formado por 6 mujeres, a quienes como tratamiento, únicamente se les dió una charla sobre la importancia de la pérdida de peso.

El grupo experimental tuvo una pérdida mayor y estadísticamente significativa. Los datos más relevantes de esta investigación se encuentran en el cuadro 3.

*1.2.2. La sensibilización encubierta.*- Esta técnica ha sido muy empleada, desde que Cautela comprobase en 1966, que era efectiva en el tratamiento de la obesidad. El paciente es situado en un estado de relajación y desarrolla respuestas de evitación, imaginando que la ingesta es apareada con un estímulo extremadamente aversivo.

Janda y Rimm (1972) aplicaron esta técnica a una muestra formada por 18 estudiantes, 15 mujeres y 3 hombres, determinando tres grupos. El grupo de sensibilización encubierta realizó el tratamiento siguiendo a Cautela (1967) y fue entrenado en relajación muscular. El grupo de atención-control recibió entrenamiento en relajación muscular y se dió información sobre dietética a aquellos sujetos que lo solicitaron. El grupo de control debía acudir una vez a la semana al Servicio de Salud para controlar su peso.

El tratamiento duró 6 semanas. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa, al comparar la pérdida del grupo sensibilización encubierta y la del grupo atención-control, a favor del primero. No se obtuvo diferencia estadísticamente significativa cuando se compararon las pérdidas de los grupos sensibilización encubierta y control, tampoco se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre los resultados del grupo atención-control y del grupo control.

Los datos más relevantes de esta investigación se encuentran en el cuadro 4.

Utilizando esta técnica, Foreyt y Hagen (1973) some-

CUADRO 4.- DATOS MAS RELEVANTES DE ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS DE OBESIDAD QUE HAN EMPLEADO SENSIBILIZACION ENCUBIERTA

AUTORES	MUESTRA	CONDICIONES EXPERIMENTALES	TASA DE ABANDONO
Janda y Rimm, 1972	15 mujeres y 3 hombres enviados por el Servicio de Salud de la Universidad.	A-Grupo Sensibilización Encubierta B-Grupo Atención Control C-Grupo Control	0%
Foreyt y Hagen, 1973	39 mujeres, estudiantes reclutados a través de anuncios.	A-Grup. Sensib. Encubierta B-Grup. Sensib. Encub. Placebo C-Grupo sin tratamiento	6%

DURACION TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO A LOS...	RESULTADOS TRATAMIENTO	RESULTADOS SEGUIMIENTO
mes y medio	mes y medio	A.- - 4,275 Kg. B.- + 0,315 Kg. C.- - 2,000 Kg.	A.- - 1,000 Kg. B.- + 1,000 Kg. C.- + 1,620 Kg.
2 meses	2 meses	A.- - 1,840 Kg. B.- - 3,820 Kg. C.- - 1,665 Kg.	A.- + 1,350 Kg. B.- + 0,630 Kg. C.- - 1,000 Kg.

Nota.- El signo que precede al número de Kgs. indica: - = pérdida ; + = ganancia.

tieron a prueba tres situaciones experimentales: el grupo de sensibilización encubierta, realizó el tratamiento de acuerdo con Cautela (1966) y recibió entrenamiento en relajación. El grupo de sensibilización encubierta placebo (sugestión), siguió un tratamiento idéntico al del grupo anterior, con una sola excepción, las escenas de náusea y de vómito fueron sustituidas por escenas agradables. El grupo de control, formado por sujetos a quienes se dijo que comenzarían el tratamiento 18 semanas más tarde. En todos los grupos se registró el peso a las 9 semanas (peso al final del tratamiento) y a las 18 semanas (peso en el seguimiento).

El grupo de sensibilización encubierta placebo había perdido más peso que los grupos de sensibilización encubierta y control, al final de las 9 semanas de tratamiento, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Los autores afirmaron que, aunque la muestra era pequeña para emitir unas conclusiones definitivas, los datos parecían poner de relieve una mayor efectividad de la sensibilización encubierta placebo. Los resultados obtenidos por la sensibilización encubierta podían ser interpretados como el resultado de la sugestión y de la atención.

El cuadro 4 expone los datos más relevantes de la investigación de Foreyt y de Hagen (1973).

*1.2.3. Condicionamiento operante encubierto.*— La aplicación de esta técnica al tratamiento de la obesidad implica el empleo sistemático de pensamientos, imágenes y reflexiones para modificar la conducta de ingesta (Homme, 1965).

Pensamientos negativos sobre la obesidad, seguidos por operantes encubiertas positivas acerca de la pérdida de peso, son reforzadas por conductas reforzantes positivas con una elevada probabilidad de ocurrencia, que el sujeto ha aprendido a emitir.

Tyler y Straugham (1970) emplearon condicionamiento operante encubierto con una muestra de 57 mujeres, durante

7 semanas y determinaron las siguientes condiciones experimentales: un grupo de condicionamiento operante encubierto entrenado en el método de Homme (1965). Un grupo de contención de la respiración, en el que los sujetos imaginan que sienten un fuerte deseo de ingerir un determinado alimento, y en ese momento contienen la respiración. Un grupo de control, que recibió entrenamiento en relajación durante las 5 primeras semanas de tratamiento y durante las 2 semanas restantes realizó prácticas de relajación, asociadas con la imaginación de escenas de la vida diaria, no relacionadas con la ingesta.

La pérdida de cada uno de los tres grupos fue mínima. Todos los sujetos afirmaron que no les era agradable realizar el condicionamiento operante encubierto, ni el mantenimiento de la respiración y que sólo lo hicieron cuando se lo pidieron los experimentadores.

Los datos más relevantes de esta investigación se encuentran en el cuadro 5.

Así mismo, el empleo de esta técnica por Horam y Johnson (1971) obtuvo una pérdida de peso muy pequeña. La investigación, realizada con una muestra de 96 mujeres estudiantes, comprendía 4 tipos de tratamiento: un grupo de programa de operante encubierto, en el que los sujetos debían pensar en pares de operantes positivos y negativos, al menos 7 veces al día. Se les dió una dieta de 1.000 calorías. Un grupo de condicionamiento operante encubierto con refuerzo, en el que se entrenaba a los sujetos en condicionamiento operante encubierto a través de una autoaplicación del principio de Premack (1965). Se les dió una dieta de 1.000 calorías. Un grupo de control, formado por sujetos cuyo tratamiento fue aplazado. Un grupo de información, en el que los sujetos únicamente recibían información sobre el control del peso.

Al final de las 8 semanas que duró el tratamiento, sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa, entre la pérdida del grupo de condicionamiento operante encubierto con refuerzo y la del grupo de control, siendo mayor el peso perdido por el grupo primero.

CUADRO 5.- DATOS MAS RELEVANTES DE ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS DE OBESIDAD QUE HAN EMPLEADO CONDICIONAMIENTO OPERANTE ENCUBIERTO

AUTORES	MUESTRA	CONDICIONES EXPERIMENTALES	TASA DE ABANDONO
Tyler y Straughan, 1970	57 mujeres adultas, voluntarias, de un club de autoayuda.	A-Condicionamiento operante encubierto B-Contención de respiración C-Grupo Control	0%
Horan y Johnson, 1971	96 mujeres, estudiantas.	A-Programa Operante Encubierto B-Cond. Oper. Encub. y Refuerzo C-Grupo Control D-Grupo Información	16,6%

  

DURACION TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO A LOS...	RESULTADOS TRATAMIENTO	RESULTADOS SEGUIMIENTO
2 meses	---	A.- - 0,700 Kg. B.- - 0,430 Kg. C.- + 0,530 Kg.	---
2 meses	---	A.- - 2,720 Kg. B.- - 5,660 Kg. C.- + 0,020 Kg. D.- - 3,130 Kg.	---

Nota.- El signo que precede al número de Kgs. indica: - = pérdida; + = ganancia.

Los datos más importantes de esta investigación se encuentran en el cuadro 5.

*1.2.4. Técnicas de refuerzo proporcionado por el terapeuta.*- Un sistema de reforzamiento, administrado por el terapeuta se ha aplicado en pacientes obesos que se encontraban en un medio controlado.

Bernard (1968) aplicó técnicas operantes en el tratamiento de un caso de obesidad excesiva. La paciente era una mujer de 25 años, diagnosticada de esquizofrenia, con un peso de 183'150 kg. El tratamiento duró 6 meses. La paciente estuvo sometida a una dieta de 1.800 calorías y se le aplicó un programa de economía de fichas (economía de reforzadores condicionados) durante los primeros 5 meses. En el 6º mes la dieta fue de 1.000 calorías y se continuó con el programa de economía de fichas. Hubo 6 semanas de extinción, al final de las cuales se registró el peso. Este período de extinción se considera como seguimiento. La paciente perdió 40 kg. durante el tratamiento y 6 kg. en el seguimiento. Bernard afirmó que esta rápida pérdida de peso debía atribuirse al reforzamiento conseguido con la pérdida, además de al control de la ingesta.

En el cuadro 6 se encuentran los datos más relevantes de este estudio.

El efecto de la administración contractual por contingencias en la pérdida de peso, fue investigado por Mann (1972) que comprobó que objetos pertenecientes a una persona y considerados valiosos por ella, pueden emplearse con éxito en la pérdida de peso, cuando se utilizan como refuerzo (se hace contingente la devolución de los objetos con una pérdida determinada previamente) o como castigo (se hace contingente la no devolución, con la no consecución de una pérdida concreta).

Los datos más importantes de este estudio se encuentran en el cuadro 6.

CUADRO 6.- DATOS MAS RELEVANTES DE ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS DE OBESIDAD QUE HAN EMPLEADO TECNICAS DE REFUERZO PROPORCIONADO POR EL TERAPEUTA

AUTOR	MUESTRA	CONDICIONES EXPERIMENTALES	TASA DE ABANDONO
Bernard, 1968	Una mujer, diagnostica da de esquizofrenia.	Economía de reforzadores condicionados.	0%
Mann, 1972	7 mujeres y 1 hombre - adultos, reclutados a través de anuncios.	Administración contractual por contingencias.	22%

DURACION TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO A LOS...	RESULTADOS TRATAMIENTO	RESULTADOS SEGUIMIENTO
6 meses	mes y medio	- 40 kg.	- 6 kg.
No especificado	---	Pérdida media del grupo: - 0,850 Kg. por semana.	---

Nota.- El signo que precede al número de Kgs. indica: - = pérdida ; + = ganancia.

### 1.3. Técnicas cognitivas aplicadas al tratamiento de la obesidad: la reestructuración cognitiva

Mahoney y Mahoney (1976) han sido pioneros al proponer un acercamiento terapéutico que combina dos técnicas distintas pero complementarias, que posibilitan, una el cambio de conducta y la otra el cambio de actitud. Su obra *Permanent weight control* constituyó un acontecimiento, pues fue la primera en aplicar un método global en el tratamiento de la obesidad.

En esencia, la técnica seguida por Mahoney y Mahoney (1976) consiste en que el sujeto obeso recibe, paso a paso, indicaciones para aprender la forma de cambiar LO QUE come, DONDE y CUANDO lo come, COMO lo come y POR QUE lo come. Quizá el aspecto más importante es que se dan indicaciones sobre cómo mantener su motivación y la eficacia del tratamiento.

El primer paso en la aplicación de la reestructuración cognitiva al control del peso, consiste en ayudar a los pacientes a descubrir sus monólogos negativos más comunes y determinar su frecuencia. Después, se les enseñan argumentos contra estos monólogos, siguiendo la técnica de entrenamiento autoinstruccional presentada por Meichenbaum (1977). (Por citar un caso, ante "Yo necesito comer algo", se presenta este argumento "Yo quiero comer, pero no lo necesito, puedo pasar sin ello").

Dunkel y Glaros (1978) han comprobado que el resultado de un programa conductual mejora cuando se le incorpora la técnica de entrenamiento auto-instruccional. Rodin ha aplicado al tratamiento de la obesidad un programa cognitivo-conductual, que incide en el entrenamiento auto-instruccional. Los resultados de esta investigación parecen ser alentadores (Rodin, 1978).

## 2. EVALUACION DE RESULTADOS

La evaluación se realizará, por una parte, comparando, entre sí, la efectividad de las diferentes técnicas conductuales, y por otra, comparando la efectividad de las técnicas conductuales con la del tratamiento tradicional de la obesidad.

Existe concordancia en afirmar que las técnicas que se han mostrado más efectivas en la pérdida de peso, tanto durante el tratamiento, como en el seguimiento, son las técnicas de autocontrol (Abramson, 1973; Stunkard y Mahoney, 1976).

Las técnicas aversivas son poco efectivas (Abramson, 1973). Stuart (1977) ha puesto de manifiesto que estas técnicas pueden ser efectivas en combinación con otras.

La sensibilización encubierta ha conseguido pérdida de peso, pero los resultados no son significativos, porque o no se ha mantenido la pérdida en el seguimiento, o no se ha dado información acerca del seguimiento, o los seguimientos han sido demasiado breves (León, 1976).

El condicionamiento operante encubierto se ha aplicado, en varias investigaciones, a muy pocos sujetos (1 ó 2) y los resultados son desalentadores. No se ha comprobado, todavía, la efectividad de esta técnica. Puede que sea efectiva, en combinación con otras técnicas. Se requiere más investigación y la realización de seguimientos.

Las técnicas de reforzamiento administrado por el terapeuta han proporcionado pérdidas rápidas, impresionantes y, a veces, dramáticas. Dado que los tratamientos han empleado un número muy pequeño de sujetos y que no se ha realizado seguimiento, debe esperarse que futuras investigaciones superen estas deficiencias, antes de emitir un juicio definitivo.

La aplicación de técnicas cognitivas, presenta resultados muy alentadores, pero se requiere un mayor número de investigaciones.

Si comparamos los resultados del tratamiento realizado con técnicas conductuales, con los del tratamiento tradicional (dieta, ejercicio y, frecuentemente, fármacos anorexígenos) se comprueba:

a) Que la tasa de abandono del tratamiento ha sido considerablemente más baja en el tratamiento con técnicas conductuales. La tasa de abandono en el tratamiento tradicional ha fluctuado entre el 8% y el 92%, con una tasa media del 44% (Ley, 1977). Dicha tasa, en el tratamiento realizado con técnicas conductuales, ha fluctuado entre el 0% y el 83%, con una tasa media del 16% (Wing y Jeffery, 1979).

b) Que se ha conseguido una pérdida mayor en el tratamiento con técnicas conductuales, que en el tratamiento realizado exclusivamente a través de la dieta y que en el realizado con farmacoterapia (Bray, 1978).

c) Que las técnicas conductuales han incorporado seguimiento, generalmente. Una de las objeciones más importantes al tratamiento tradicional es la casi total falta de seguimiento (Stunkard y Mc Laren-Hume, 1959). El éxito del tratamiento no puede medirse sólo por la pérdida de peso (efectividad a corto plazo) sino fundamentalmente por el mantenimiento del peso perdido (efectividad a largo plazo). Los seguimientos efectuados han proporcionado resultados muy diversos. En unos, se ha mantenido el peso perdido, en otros, ha habido o una ligera recuperación, o un apreciable incremento del peso y en otros, se ha encontrado una ligera pérdida de peso. Pero estos resultados son muy criticables, dado que los seguimientos, en general, han sido muy breves. Sólo 4 de las investigaciones reseñadas en este trabajo, realizaron seguimiento 6 meses después de finalizado el tratamiento.

La opinión más común es que el seguimiento ha de realizarse a los 6 meses o más tarde (Hall y Hall, 1974; Wing y Jeffery, 1979). Otros afirman que las conclusiones definitivas, sobre los resultados del tratamiento, deben esperar a un seguimiento de 5 a 10 años (Foreyt y Frohwirth, 1977).

Stunkard (1976) ha realizado una de las pocas investi-

gaciones que ha llevado a cabo un seguimiento a lo largo de 5 años. En ella se ha comparado la efectividad de un programa dietético y de un tratamiento de modificación de conducta, en tres momentos diferentes, a los 3 meses, a los 12 meses y a los 60 meses de seguimiento. Es importante destacar, que al año de finalizado el tratamiento, las técnicas conductuales habían conseguido que un 32% de los sujetos mantuvieran una pérdida de 18 kg. y un 61%, de 9 kg. En el programa dietético sólo un 13% de los pacientes había mantenido una pérdida de 18 kg. y un 47%, de 9 kg.

En esta investigación las técnicas conductuales no sólo se han mostrado más efectivas a corto plazo, sino también a largo plazo. A los 60 meses de finalizado el tratamiento un 26% de los sujetos había mantenido una pérdida de 18 kg. y un 32%, de 9 kg. Mientras que sólo un 15% de los pacientes que siguieron el programa dietético consiguió una pérdida de 18 kg. y un 22% perdió 9 kg.

d) Otro aspecto importante a favor de las técnicas conductuales es la reducción o eliminación de efectos secundarios, producidos en el tratamiento médico tradicional, que consisten fundamentalmente en irritabilidad, depresión y nerviosismo.

No se debe pasar por alto, al realizar una evaluación crítica de la aplicación de técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad, que los diseños de análisis de varianza hayan sido la metodología predominante, al analizar la efectividad de los tratamientos.

El hecho de que todavía existan aspectos desconocidos sobre la efectividad de las diferentes técnicas empleadas, puede ser debido, en parte, al empleo casi exclusivo de diseños que han utilizado tratamientos estandarizados, aplicados a grupos de pacientes, de los que se han recogido datos sobre pocas variables, al comienzo y al final del tratamiento, y de los que se han reportado los resultados en valores medios. Las fuentes de varianza en el resultado, han sido oscurecidas y las investigaciones no han aportado información sobre cuál ha sido el efecto de las técnicas aplicadas, en cada uno de los sujetos del grupo.

Una metodología que parece subsanar estas deficiencias ha adquirido recientemente gran aceptación en las investigaciones que aplican técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad. El diseño del caso único (Hersen y Barlow, 1976) intenta aislar la influencia que diversos factores ejercen en un sujeto determinado.

Como conclusión de la evaluación que se acaba de hacer, se debe matizar que las investigaciones a realizar sobre la efectividad de las técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad, han de tener muy en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Se han de emplear muestras amplias, tanto clínicas (pacientes hospitalizados o en régimen ambulatorio) como experimentales, que incluyan sujetos de ambos sexos, de diferentes edades y distintos niveles socioeconómicos y culturales.
- b) El tratamiento ha de durar hasta que los pacientes alcancen su peso ideal, aquel que proporciona una mayor esperanza de vida.
- c) Se han de incluir adecuados grupos de control y grupos placebo, en los diseños experimentales.
- d) El tratamiento debe ser realizado por varios terapeutas y la asignación de éstos a las distintas condiciones experimentales, ha de hacerse de forma que sean neutralizados los efectos del experimentador.
- e) Se han de realizar adecuados seguimientos.
- f) Se deben de aislar los componentes efectivos de las diferentes técnicas empleadas.
- g) Dada la gran variabilidad individual encontrada en relación con la efectividad de las técnicas, se requiere un mayor número de investigaciones que aislen y evalúen el efecto del tratamiento, de los pacientes y del terapeuta.

## RESUMEN

En este trabajo se evalúan los resultados alcanzados por las técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad, desde las aportaciones de Fester, Nurnberger y Levitt (1962) hasta los recientes estudios que han aplicado las estrategias cognitivas al control del peso. Se compara la efectividad de las diferentes técnicas conductuales, concluyendo que el autocontrol es la más poderosa y eficaz en la pérdida y en el mantenimiento del peso perdido. Los tratamientos realizados con técnicas conductuales han sido más eficaces que el tratamiento tradicional, centrado en la dieta, ejercicio y fármacos anorexígenos. Se concluye aportando una serie de recomendaciones que han de tenerse en cuenta en las investigaciones que sobre la aplicación de técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad se lleven a cabo.

## SUMMARY

The paper considers the results obtained by the behavioral techniques in the treatment for obesity, from the first study of Fester, Nurnberger y Levitt (1962), until the recent studies which have applied the cognitive strategies to the control of weight. It compares the efficiency of the different behavioral techniques and concludes that the self-control is the most powerful and effective technique in the lost of weight and in its maintenance. The treatments with behavioral techniques have been more efficient than the traditional treatment which focus on diet, exercise and on anorectic drugs. Finally, it suggests some recommendations which should be taken into account in the investigations about the applications of behavioral techniques for the treatment of obesity.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAMSON, E.E.: A review of behavioral approaches to weight control, *Beh. Res. and Ther.*, 11, 547-556, 1973.
- BERNARD, J.L.: Rapid treatment of gross obesity by operant techniques, *Psychol. Rep.*, 23, 663-666, 1968.
- BRAY, G.A.: To treat or no to treat - That is the Questions?. En G.A. Bray (ed.): *Recent advances in obesity research: II Proceedings of the 2nd International Congress on Obesity*, London, Newman Publishing, 1978.
- CAUTELA, J.R.: Treatment of compulsive behavior by cover sensitization, *Psychol. Rec.*, 16, 34-41, 1966.
- CAUTELA, J.R.: Cover Sensitization, *Psychol. Rep.*, 74, 459-468, 1967.
- DUNKEL, L.D. and GLAROS, A.: Comparison of self-instructional and stimulus control treatments for obesity, *Cog. Ther. Res.*, 2, 75-78, 1978.
- FESTER, Ch.B.; NURNBERGER, J.I. and LEVITT, E.E.: The control of eating, *The Jour. of Mathetics*, 1, 87-109, 1962.
- FOREYT, J.P. and HAGEN, R.L.: Cover Sensitization: Conditioning or suggestion?, *J. of Abnormal Psychol.*, 82, 17-23, 1973.
- FOREYT, J.P. and FROHWIRTH, R.A.: Introduction. En J.P. FOREYT (ed.): *Behavioral treatments of obesity*, Oxford, Pergamon Press, 1977.
- FOREYT, J.P. and KENNEDY, W.A.: Treatment of overweight by aversion therapy, *Beh. Res. and Ther.*, 9, 29-34, 1971.
- HALL, S.M. and HALL, R.G.: Outcome and methodological considerations in behavioral treatment of obesity, *Beh. Ther.*, 5, 352-364, 1974.
- HARRIS, M.B.: Self-directed program for the weight control: A pilot Study, *J. of Abnorm. Psychol.*, 74, 263-270, 1969.
- HERSEN, M. and BARLOW, D.H.: *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change*, Oxford, Pergamon Press, 1976.
- HOMME, L.E.: Perspectives in psychology: XXIV. Control of Coverants, the operants of the mind, *Psychol. Rec.*, 15, 501-511, 1965.
- HORAN, J.J. and JOHNSON, R.G.: Coverant conditioning through a Self-management application of the Premack Principle: Its effect on weight reduction, *J. of Behav. Ther. and Exper. Psychiatry.*, 2, 243-249, 1971.

- JANDA, L.H. and RIMM, D.C.: Cover Sensitization in the treatment of obesity, *Psychol. Bull.*, 83, 4, 557-578, 1976.
- LEY, P.: Psychological studies of doctor-patient communication. En S. Rachman (ed.): *Contributions to medical psychology*, Oxford, Pergamon Press, 1977.
- MAHONEY, M.J. and MAHONEY, K.: *Permanent weight control*, New York, Norton and Co., 1976.
- MANN, R.A.: The behavior-therapeutic use of Contingency Contracting to control an adult behavior problem weight control, *J. of Appl. Behav. Anal.*, 5, 99-109, 1972.
- MEICHENBAUM, D.: *Cognitive behavior modification*, New York, Plenum Press, 1977.
- MEYER, V. and CRISP, A.H.: Aversion therapy in two cases of obesity, *Beh. Res. and Ther.*, 2, 143-147, 1964.
- PENICK, S.B. y otros: Behavior modification in the treatment of obesity, *Psychosom. Med.*, 33, 49-55, 1971.
- PREMACK, D.: Reinforcement theory. En D. Levine (ed.): *Nebraska Symposium on Motivation*, Nebraska, University of Nebraska Press, 1965.
- RODIN, J.: Cognitive-behavioral strategies for the control of obesity. En D. Meichenbaum (ed.): *Cognitive behavior therapy*, New York, BMA Audio Cassette Publications, 1978.
- STUART, R.B.: Behavioral control of overeating, *Behav. Res. and Ther.*, 5, 357-365, 1967.
- STUART, R.B.: A three dimensional program for the treatment of obesity, *Behav. Res. and Ther.*, 9, 177-186, 1971.
- STUART, R.B. and DAVIS, B.: *Slim chance in a fat world. Behavioral control of obesity*, (7th edit.), Champaign, III, Research Press, 1977 (1972).
- STUNKARD, A.J.: The results of treatment for obesity, *New York State J. Med.*, 58, 79-87, 1958.
- STUNKARD, A.J.: Nutrition, aging and obesity. En M. Rocstein and M.L. Sussman (eds.): *Longevity and aging*, New York Academic Press, 1976.
- STUNKARD, A.J. and MAHONEY, M.J.: Behavioral treatment of the eating disorder. En H. Leitenberg (ed.): *Handbook of behavior modification and behavior therapy*, New Jersey, Prentice Hall, 1976.
- STUNKARD, A.J. and Mc LAREN-HUME, M.: The results of treatment for obesity, *Arch. Int. Med.*, 103, 79-85, 1959.

- TYLER, V.O. and STRAUGHAN, J.H.: Coverant control and breath holding as techniques for the treatment of obesity, *Psychol. Rec.*, 20, 473-478, 1970.
- WING, R.R. and JEFFERY, R.W.: Outpatient treatment of obesity: A comparison of methodology and clinical results, *Int. J. Obesity*, 3, 261-279, 1979.
- WOLLERSHEIM, J.P.: Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women, *J. of Abnorm. Psychol.*, 76, 462-474, 1970.