

# ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA OBESIDAD

E. BECOÑA IGLESIAS

Universidad de Santiago de Compostela

## Resumen

El tratamiento conductual de la obesidad, que ha surgido en los años 60, presenta actualmente varios nuevos desarrollos, como es la distinción de diversos tipos de obesidad, la combinación de tratamientos conductuales con dietas bajas en calorías, el modelo bioconductual de la obesidad, etc. Se analizan los anteriores desarrollos prestando una especial atención al estado actual del tratamiento conductual de la obesidad, tasas de abandonos, eficacia, etc. Se indican finalmente las nuevas líneas que se están siguiendo para el aumento de la eficacia de los tratamientos y para el mantenimiento de la reducción de peso conseguida con el tratamiento, de modo especial con programas de prevención de la recaída, y otras variables que sugieren su utilidad predictiva (por ejemplo, autoeficacia).

## Abstract

The behavioral treatment of obesity, that arose in the 60's, actually show new developments, such as the categorizing of obese patients, the combination of very-low-calories diets and behavior modification, the biobehavioral model of obesity, etc. We analyzed specially the present state of behavioral treatment of obesity, drop-out rates, efficacy, etc. Finally, we indicated the new tendencies for the increase of the efficacy at short and long-term with the treatment, such as relapse prevention programs, and other predictive variables (ej. self-efficacy).

## Introducción

La obesidad es uno de los temas de intervención reciente por parte de la modificación de conducta. El primer artículo donde se aplicaban técnicas conductuales fue el de Ferster, Nurnberger y Levitt (1962), que pasó desapercibido hasta el de Stuart (1967); ello muestra que no hace más de dos décadas que se está interviniendo a nivel conductual en este tema. A pesar de ello, la importancia de esta conducta (exceso de grasa, comer en exceso, sobrepeso, etc.) es hoy de todos conocida y la aparición de nuevos especialistas (por ejemplo, nutricionistas), clínicas, infinidad de estudios, etc., ha ido paralela a los nuevos desarrollos en el tema.

En el momento actual, sin embargo, hay una serie de notas nuevas sobre esta cuestión que están transformando y transformarán más en los próximos años el tratamiento conductual de la obesidad.

Una primera nota atañe a que hoy el modelo conductual de la obesidad (por ejemplo, Mahoney, 1978) por sí solo no es sostenible, ya que como

afirman la mayoría de los autores, la obesidad no es un trastorno simple, sino sumamente complejo, estando presentes factores de tipo genéticos, endocrinológicos, metabólicos, culturales, conductuales e incluso la combinación de varios de los anteriores (Foreyt y Kondo, 1984). Hoy se habla, y desde la perspectiva conductual, del modelo bioconductual (Brownell, 1982b, 1984; Brownell y Foreyt, 1985; Freeman, 1986). Este es el que mejor se adecúa a los datos empíricos actualmente existentes. El mismo sostiene que los factores que inciden en la obesidad son de dos tipos: fisiológicos y conductuales. Dentro de los factores fisiológicos las dos teorías que más se han manejado han sido la teoría del «punto fijo» o «peso natural» (Brownell y Foreyt, 1985; Craighed, 1985; Keesy y Powley, 1986) y la teoría de las células grasas (Craighedad, 1985; Fornieles y Toro, 1986b). La teoría del punto fijo hipotetiza que los humanos, igual que los animales, regulan su peso corporal en torno a su ideal biológico (Keeseey, 1980; Keeseey y Powley, 1986). El ideal varía, según esta teoría, de persona a persona. La implicación de esta teoría es que la pérdida de peso inferior al ideal pondrá en marcha

reacciones físicas y psicológicas que harán que el individuo regrese a su punto fijo o peso natural. Por su parte, la teoría de las células grasas (cfr. Craighead, 1985; Fornieles y Toro, 1986b) afirma que el aumento de la grasa en el cuerpo está determinado por el número y tamaño de las células grasas. Esta teoría sostiene, y así se ha encontrado (Fornieles y Toro, 1986b) que cada persona tiene un número específico de células grasas y que la pérdida de peso puede ocurrir solamente hasta el punto en que las mismas alcanzan su tamaño natural. Aquí es donde esta teoría converge con la teoría del punto fijo. El punto fijo puede ser determinado por el tamaño de las células grasas, y el peso a que esto ocurre puede depender del número de células.

Dentro del modelo bioconductual, los factores conductuales atañen a los antecedentes y consecuencias del comer, junto con otros elementos (por ejemplo, ejercicio) que inciden en cambios en la ingestión de comida, esperándose que al ingerir menos comida (y calorías) y gastar más energía (calorías) mediante el ejercicio físico, el sujeto pierda peso (Mahoney, 1978; Mahoney y Mahoney, 1976).

La combinación de los factores biológicos y conductuales en este modelo bioconductual posibilita plantear un tratamiento específico para cada sujeto, bien con un solo profesional (por ejemplo, terapeuta de conducta), bien multidisciplinar (por ejemplo, endocrinólogo y terapeuta de conducta).

Otro importante aspecto a resaltar es la diferenciación que se ha introducido recientemente acerca de varios tipos de obesidad, en contraposición a un único y exclusivo tipo. Esto se ha debido a las clasificaciones de Garrow (1978, 1981) y Stunkard (1984b). La clasificación de Stunkard

(1984b) se adecúa más cara al tratamiento (Brownell y Foreyt, 1985; Freeman, 1986), distinguiendo tres tipos de obesidad: ligera, moderada y severa. En el cuadro 1 se presentan los aspectos más importantes de cada una.

Según la anterior clasificación, los *sujetos obesos ligeros* son aquellos que tienen un sobrepeso del 20 al 40 por 100 de standard, tienen las células hipertróficas (esto es, las células grasas engrandecidas), no está claro que su sobrepeso le acarree problemas de salud, y son los sujetos ideales para la aplicación de terapia de conducta, ya que tanto pierden peso (de 10 a 13 kg) como lo mantienen (Brownell y Foreyt, 1985).

Los *sujetos obesos moderados* tienen un sobrepeso del 40 al 100 por 100 del standard, tienen las células hipertróficas y en muchos casos también hiperplásticas (esto es, tienen mayor número de células que una persona «normal»), tienen un riesgo condicional para algunas enfermedades crónicas y para otras es un factor de riesgo comprobado (Fornieles y Toro, 1986a, 1986b; Jarrett, 1987). El tratamiento ideal para este tipo de sujetos es la combinación de una dieta baja en calorías con un programa de modificación de conducta. La dieta baja en calorías produce grandes y rápidas pérdidas, y el programa de modificación de conducta mantiene tales pérdidas.

Finalmente, se entiende por *obesidad severa* aquella en que el sobrepeso supera el 100 por 100 del estándar. Estos sujetos son tanto hipertróficos como hiperplásticos, tienen un riesgo incrementado importante para gran número de enfermedades y para una muerte prematura. El número de sujetos en esta categoría, por suerte, es de alrededor del 0,5 por 100 de todos los sujetos obesos (Freeman, 1986; Stunkard, 1984a). El tratamiento

CUADRO 1  
*Clasificación de la obesidad*

	Ligera	Moderada	Severa
Porcentaje de sobrepeso.	20-40 por 100.	41-100 por 100.	> 100 por 100.
Prevalencia (en mujeres obesas).	90,5 por 100.	9 por 100.	0,5 por 100.
Patología.	Hipertrófico.	Hipertrófico, hiperplástico.	Hipertrófico, hiperplástico.
Riesgos de enfermedad crónica.	Dudosos.	Condicionales.	Grandemente incrementados.
Tratamiento.	Terapia de conducta.	Dieta baja en calorías y terapia de conducta.	Dieta baja en calorías y terapia de conducta/quirúrgico/adaptarse a su gordura.
Profesionales.	Terapeuta de conducta.	Terapeuta de conducta/médico.	Terapeuta de conducta/médico.
Probabilidad de éxito.	Buena.	Moderada.	Escasa.

(Adaptado a partir de Brownell y Foreyt, 1985; Freeman, 1986; Garrow, 1981; Stunkard, 1984b).

de este tipo de sujetos obesos es difícil (Brownell y Foreyt, 1985). Se ha utilizado con ellos terapia de conducta, sola o combinada con dietas bajas en calorías, operaciones quirúrgicas (Freeman, 1986), y más recientemente se sostiene que si fallan los dos procedimientos anteriores, o no es intervenido quirúrgicamente el sujeto, se ayude al mismo a adaptarse social y psicológicamente a ser obeso (Brownell y Foreyt, 1985).

Para que se vea la relevancia de la anterior distinción, a nivel de cifras indicativas, en Estados Unidos, la cantidad de sujetos obesos en las tres categorías anteriores sería de (Stunkard, 1984a) 40 millones de obesos ligeros, dos millones de obesos moderados y 200.000 obesos severos. La prevalencia oscila del 10 al 50 por 100 según los diversos estudios (Brownell y Foreyt, 1985; Grunberg, 1982).

## Tratamiento de los diversos tipos de obesidad

Por lo que hemos dicho más atrás la modificación de conducta tiene su campo de aplicación ideal en el tratamiento de la obesidad ligera. En la obesidad moderada el tratamiento ideal sería aquel que combinase un procedimiento de dieta baja en calorías (médico) con un programa de terapia de conducta (psicológico). Esta combinación también sería aplicable a la obesidad severa. Cuando tal combinación de procedimientos falla en la obesidad severa existe la cirugía o una intervención psicológica de otro signo encaminada a que el sujeto acepte su obesidad. A continuación vamos a analizar los distintos tipos de tratamiento de la obesidad, centrándonos de modo especial en el tratamiento conductual.

## Tratamiento conductual de la obesidad

Se considera el estudio de Ferster y cols. (1962) el primer estudio donde se aplicaron los principios del condicionamiento operante al tratamiento de la obesidad. El plan de tratamiento de Ferster y cols. (1962) constaba de cuatro fases: determinación de las variables que influyen en la ingesta, determinación de cómo estas variables pueden ser manipuladas, identificación de los efectos desagradables de la ingesta y estructuración de un método de desarrollo del autocontrol. En este primer estudio se dio una importancia capital al control de estímulos, por lo cual el sujeto debía realizar un análisis detallado de los estímulos antecedentes de la conducta de comer. Las estrategias que recomendaron para alterar las señales asociadas con la alimentación fueron por ejemplo: separar la alimentación de todas las demás actividades (por ejemplo, comer en una habitación a una hora señalada sin realizar otra actividad que la de comer); hacer que las comidas altas en calorías no estén disponibles, llamen la atención o sean difíci-

les de preparar; cambiar las raciones de comida (por ejemplo, utilizar platos menos profundos); comer despacio (por ejemplo, tragar un bocado antes de coger el próximo con el tenedor); y evitar la alimentación innecesaria (por ejemplo, no limpiar el plato).

Junto la técnica de control de estímulos los sujetos del estudio de Ferster y cols. (1962) utilizaron autorregistros. Los resultados con sus diez sujetos fueron altamente satisfactorios. Sin embargo, su estudio no tuvo relevancia inmediata y pasó desapercibido hasta 1967 en que Stuart (1967) aplicó, con ligeras modificaciones, el plan de tratamiento de Ferster y cols. (1962), el cual había tenido poco eco por haber sido publicado en una revista de poca divulgación (en el *Journal of Mathematics*).

Stuart (1967) llevó a cabo un estudio sobre el control del peso en ocho mujeres obesas, que han recibido de algunos autores la denominación de «el estudio clásico sobre control conductual de la obesidad» (Stunkard y Mahoney, 1976) o el estudio que «revolucionó el campo del tratamiento conductual de la obesidad» (Foreyt y Kondo, 1984). En dicho estudio Stuart utilizó también la técnica de control de estímulos, junto con autorregistro y sensibilización encubierta. Los resultados por él obtenidos han sido de los mejores que se han publicado en la literatura hasta el momento presente, perdiendo sus sujetos 17 kilos de media a lo largo de los *doce meses* (el subrayado es nuestro) que duró el tratamiento. Los resultados de Stuart (1967) los confirmó de nuevo en 1971 en otro estudio con seis mujeres obesas (Stuart, 1971). Los resultados tan excelentes obtenidos por el estudio de Stuart (1967) abrieron un amplio camino de aplicación de técnicas conductuales al tratamiento de la obesidad apareciendo en esos años varios estudios sobre el control del peso utilizando fundamentalmente la técnica de control de estímulos. Actualmente, este componente está incluido en casi todos los programas conductuales o cognitivo-conductuales de tratamiento de la obesidad.

Uno de los aspectos que ha sido más popular y duradero de la teoría de Ferster y cols. (1962) sobre la obesidad, y aceptada por Stuart (1967) y otros autores, es el concepto de que los sujetos obesos tienen un estilo de comer particular. La principal característica que diferenciaría a los sujetos obesos de los que no lo son sería la mayor ingestión de comida por parte de los sujetos obesos.

Así, siguiendo el pionero trabajo de Ferster y cols. (1967) y los trabajos de Schachter (1971) y Nisbett (1968a, 1968b) se ha fundamentado la teoría de la externalidad sobre la obesidad (Rodin, 1981), la cual sostiene que: 1) el sujeto obeso es más externamente responsivo a los indicios de hambre internos, fisiológicos. Estas dos hipótesis han llevado a una cantidad sustantiva de investigaciones y son aceptadas por muchos terapeutas de conducta (Foreyt y Kondo, 1984). Sin embargo, la teoría de la externalidad no se sostiene actual-

mente, como ha revisado Rodin (1981), ya que, por ejemplo, se ha encontrado que la gente de peso normal y la obesa no son diferentes mensurablemente en su responsividad a indicios internos y externos.

Lo anterior, junto con otras investigaciones, algunas de las cuales ya hemos comentado, ha conducido a que en nuestra actual década se considere a la obesidad no simplemente como un desorden de aprendizaje, sino como un fenómeno mucho más complejo (Foreyt y Kondo, 1984).

Son muchas las revisiones existentes sobre las técnicas de tratamiento conductual de la obesidad (por ejemplo, Abrams, 1984; Brownell, 1982a, 1982b, 1984; Brownell y Foreyt, 1985; Foreyt, Goodrik y Gotto, 1981; Merbaum y Rosenbaum, 1984; Pujol, 1982; Pujol y Ramón, 1985; Garrido, 1983; Santacreu, 1985; Wilson, 1980; Wilson y Brownell, 1980), aunque coincidentes en las técnicas que se aplican. Destaca, sin embargo, en el momento presente la utilización de los denominados «paquetes de tratamiento», más que la utilización de una única y exclusiva técnica. Los paquetes de tratamiento, también denominados «programas multicomponentes», incluyen varias técnicas. Por ejemplo, Mahoney y Mahoney (1975, 1976) en su paquete de tratamiento incluye las siguientes técnicas: autorregistro, establecimiento de objetivos, asesoramiento sobre nutrición y ejercicio, consecuencias positivas, terapia aversiva, reforzamiento social, condicionamiento encubierto y reestructuración cognitiva, relajación, autocontrol de las consecuencias y control de estímulos. En una línea semejante Abrams (1984) ha revisado varias técnicas para el tratamiento conductual de la obesidad, muchas de las cuales se incluyen, como hemos indicado, dentro de un paquete de tratamiento. Apunta las siguientes: autoadvertencia, autocontrol, estrategias cognitivas, establecimiento de objetivos, técnicas aversivas, sensibilización encubierta, consecuencias operantes, contratos de contingencias, procedimientos de control de estímulos y consejos sobre nutrición y regímenes de ejercicio.

Las revisiones en castellano de Garrido (1983), Pujol y Román (1985) y Santacreu (1985) van en la línea de las apuntadas. De modo sintético, siguiendo a Brownell y Foreyt (1985) podemos afirmar que las técnicas comunes a todos los actuales programas conductuales de la obesidad son la autoadvertencia (esto es, autorregistro y autocontrol), control de estímulos, cambio en la conducta de comer y contratos de contingencias. Como se aprecia, sigue el viejo espíritu de Ferster y cols. (1962) y de Stuart (1967) en los actuales programas de tratamiento de la obesidad, habiéndose introducido en los últimos años de modo sistemático en los programas de tratamiento las técnicas cognitivas, sobre todo a partir de los estudios de Mahoney y Mahoney (1975, 1976). A continuación vamos a presentar como ejemplo de programa de control de la obesidad precisamente al de Mahoney y Mahoney (1975, 1976), programa que intro-

dujo claramente las técnicas cognitivas para el tratamiento de la obesidad, y que ha tenido un gran impacto en el campo, siguiendo muchos de los actuales programas el esquema del mismo, aunque del programa de Mahoney y Mahoney al de Fersters y cols. y de Stuart no hay diferencias abismales, con la excepción de la introducción de las técnicas cognitivas en el programa de Mahoney y Mahoney.

El programa de Mahoney y Mahoney (1975, 1976) se fundamenta en la ciencia personal de Mahoney (1974, 1979). El objetivo del programa es que el sujeto sea un científico personal sobre su obesidad, a lo largo de las siete fases de que consta la ciencia personal (Mahoney, 1974, 1979): 1) especificar el área general del problema; 2) recoger información; 3) identificar las causas; 4) examinar las soluciones; 5) delimitar y experimentar; 6) comparar el progreso, y 7) ampliar, revisar o reemplazar la solución.

Para conseguir un programa terapéutico eficaz Mahoney y Mahoney (1976) sugieren la utilización de los siguientes componentes:

a) Un sistema de autorregistro simple, manejable y que resalte las conductas reales en vez del peso (por ejemplo, hábitos de alimentación, ejercicios, pensamientos relacionados con los alimentos, etc.).

b) Información básica en nutrición, resaltando el desarrollo de patrones de alimentación fundamentados a largo plazo, que permitan el control de peso sin poner en peligro la ingestión de nutrientes esenciales. Un programa de dieta adecuado sería aquel que promueve una nutrición bien equilibrada, permite al sujeto ingerir las suficientes calorías, alienta la flexibilidad y la selección, no requiere cambios radicales en los gustos y estilos de vida, y que sea potencialmente permanente.

c) Instrucción sobre entrenamiento en ejercicios, describiendo sus valores fisiológicos y animando al sujeto a incrementar el consumo diario de energía (patrones de actividad), que se mantendrán con mayor probabilidad que una gimnasia rígida. El ejercicio moderado combinado con la restricción calórica razonable es el método más recomendado por Mahoney y Mahoney (1976) para controlar el peso.

d) Instrucciones dirigidas a las múltiples facetas del control de estímulos como una medida para regular la ingestión de alimentos. Una de las estrategias más efectivas apuntadas por los autores para ayudar con éxito a las personas a resolver sus problemas de comer por aburrimiento o por angustia es el entrenamiento en relajación muscular progresiva.

e) Proveer inicialmente al individuo del apoyo del terapeuta o grupo, disminuyendo la magnitud y frecuencia de este reforzamiento a medida que vaya progresando.

f) Entrenamiento del cónyuge y de otros miembros de la familia en las estrategias de reforza-

miento social para mantener las mejoras conseguidas con el programa.

g) Entrenamiento en la modificación de los patrones de pensamiento y ejecución no realistas (por ejemplo, metas personales, monólogos privados). La ciencia personal y el establecimiento de objetivos moderados y razonables sería el objetivo de esta fase.

h) Entrenamiento en el desarrollo de amplias habilidades de solución de problemas y en el establecimiento de sistemas de incentivos autorregulados para mejorar el mantenimiento (por ejemplo, autorrefuerzo, autoaprobación).

El control del peso exitoso debe considerarse cuando la pérdida se mantiene. Para consolidar la preparación obtenida siguiendo el anterior programa, Mahoney y Mahoney (1976) sugieren las siguientes normas generales: a) cuando el cliente se aproxime al nivel de mantenimiento debe disminuir gradualmente la dependencia de los experimentos personales; b) pesarse una vez al mes, llevar una gráfica y estar atento a las tendencias; c) evaluar mensualmente los ambientes físico, social y privado; d) mantener una variedad creativa en su esfuerzo, y e) estar preparado para cortos períodos de estancamiento y aparición de problemas.

Mahoney con dicho programa ha obtenido buenos resultados, aunque no espectaculares (Wing y Jeffrey, 1984), utilizando sujetos con obesidad ligera o moderada.

Otros programas descritos en castellano, como el de Jeffrey (1981) y Santacreu y Scigliano (1986) van en la línea del comentado.

Los distintos programas conductuales, en el momento presente, utilizan las técnicas que hemos indicado, pero sin apenas seguir planes de tratamiento standard, estilo al descrito por Mahoney y Mahoney. Otra nota destacable del momento actual de los programas de tratamiento es la larga duración que suelen tener; por ejemplo, el programa de tratamiento de Jeffrey (1981) dura un año de tratamiento aproximadamente; el de Marcus (1985), 11 meses, etc., encontrándose que cuanto más larga es la duración del tratamiento más eficaz resulta el mismo (Becoña, 1986), o se mantiene la pérdida de peso conseguida en las primeras fases del programa (Wilson, 1980).

Finalmente, indicaremos que los distintos estudios vienen a indicar que uno de los pocos factores que están asociados consistentemente con el éxito a largo plazo de la pérdida de peso es la realización de ejercicio (por ejemplo, Dahlkoetter, Callahan y Linton, 1979). La actividad física parece tener un efecto general sobre la habilidad de la persona para adherirse a un programa de dieta, que en muchos casos es penosa de sufrir para el sujeto. El ejercicio tiene no sólo efectos fisiológicos, sino también psicológicos (Brownell, 1982a, 1982b) ayudando así a que el sujeto mantenga el peso perdido. Algunos autores (por ejemplo, Brownell y Foreyt, 1985) han dedicado especial aten-

ción a este aspecto para aumentar la adherencia al ejercicio por parte de los sujetos tanto en el tratamiento como cuando lo abandonan.

## Eficacia del tratamiento conductual de la obesidad

Cuando hablamos de eficacia en el tratamiento conductual de la obesidad hay que hablar antes de nada de las tasas de abandono.

Wilson y Brownell (1980) en su revisión apuntan una media de abandono del 13,5 por 100 en los 17 estudios revisados, oscilando la misma del 0 al 26 por 100. Al calcularla separadamente para grupos con depósito monetario o no, la tasa de abandono era del 9,5 por 100 en los grupos de depósito y del 19,3 por 100 en los sin depósito monetario. Parece, por tanto, como así se hace de modo regular actualmente, que implantar un depósito monetario reduce el abandono del tratamiento por parte de los sujetos (Brownell, 1982b). En el seguimiento el abandono es típicamente mayor, variando en la revisión de Wilson y Brownell (1980) del 12,4 al 54 por 100.

Sin embargo, debe notarse que las tasas de abandono promedios de los tratamientos suelen ser (Brownell, 1982a) del 12 por 100 para los programas conductuales, del 80 por 100 para los tratamientos tradicionales y del 50 por 100 para los grupos comerciales y de autoayuda. Por tanto, a pesar de las tasas de abandono, los programas conductuales tienen la menores.

Estudios más recientes como el de Perri, Shapiro, Ludwig, Twentyman y McAdoo (1984) indican una tasa de abandono durante la fase de tratamiento del 22 por 100, aumentando un 4,64 por 100 más en el año de seguimiento. En el estudio de Perri, McAdoo, Spevack y Newlin (1984) la tasa de abandono fue del 14 por 100 durante el tratamiento y un 8,29 por 100 más en el seguimiento de 21 meses. En el estudio de Bonato y Boland (1986) la tasa de abandono fue del 5,88 por 100 dentro del programa de tratamiento, aumentando un 4,90 por 100 en el año de seguimiento. De modo semejante, en el estudio de Wadden y Stunkard (1986) la tasa de abandono fue del 15,3 por 100 dentro del tratamiento, y un 4 por 100 más en el año de seguimiento. En el estudio de Santacreu y Scigliano (1986) la tasa de abandono fue del 20 por 100 dentro del tratamiento, y de un 30 por 100 más al año de seguimiento.

Ya concretamente acerca de la eficacia de los tratamientos conductuales en la obesidad, Wilson (1980) ha revisado la investigación sobre distintos componentes de la aproximación conductual, tales como longitud del tratamiento, frecuencia de las sesiones, tratamiento individual vs. en grupo y contenido de los programas. Concluye indicando que parece no existir un formato de tratamiento óptimo y que se necesita una mayor flexibilidad del formato de los programas en función de las características de los sujetos.

En la revisión de Foreyt, Goodrik y Gotto (1981) apuntan cómo al año de seguimiento la tasa promedio de pérdida de peso es cero y que el mantenimiento de las ganancias obtenidas en el tratamiento son ampliamente variables, oscilando de 0,45 a 12,3 kg.

De modo semejante, en la revisión de Foreyt y Kondo (1984) indican que los distintos estudios y revisiones llevados a cabo hasta ese momento indican una reducción de peso promedio en el pretratamiento de 4,5 a 5,5 kg, con una duración promedio del tratamiento de 8-12 semanas; sin cambio promedio en el peso un año después de finalizar el tratamiento; es desconocido si se mantiene a largo plazo el peso perdido, y que las tasas de abandono durante el tratamiento es inferior al 20 por 100.

Los distintos artículos revisados por Foreyt y Kondo (1984) le llevan a concluir que las pérdidas de peso son generalmente modestas, con muy pocos individuos logrando el nivel de peso esperado durante el tratamiento. Las pérdidas de peso obtenidas durante el tratamiento se mantienen, sobre el promedio, durante un año de postratamiento. Posteriores pérdidas de peso después del tratamiento son mínimas en el mejor de los casos. Los datos de mantenimiento para períodos que sobrepasan el año son escasos, y donde los hay desalentadores (por ejemplo, Stunkard y Penick, 1979). Como indican Foreyt y Kondo (1984) un problema importante para la comparación de los distintos programas existentes es la inexistencia de un programa estándar, lo que haría comparables los resultados de unas a otras muestras.

Ante la pregunta, ¿es efectiva la terapia de conducta en el tratamiento de la obesidad?, Foreyt y Kondo (1984) contestan afirmando que la terapia de conducta puede ser efectiva o inefectiva dependiendo de qué métodos se utilicen, quién los administre y qué sujetos (obesos) se traten.

En el momento actual parece haberse llegado, como apuntan algunos autores (Foreyt y Kondo, 1984; Stunkard; 1982; Wilson y Brownell, 1980) al límite tecnológico de la terapia de conducta en producir una mayor pérdida de peso. Las nuevas direcciones en este tema apuntan al análisis de por qué los sujetos recaen y cómo prevenir la recaída una vez se mantienen en el peso objetivo al final del tratamiento.

## **Dietas bajas en calorías**

Uno de los últimos desarrollos en el tema del tratamiento de la obesidad es la aparición de las así denominadas «dietas bajas en calorías», que combinadas con procedimientos conductuales son la intervención adecuada en la obesidad moderada y severa.

Normalmente, una persona humana adulta normal precisa alrededor de 2.500 calorías diarias; en los trabajos duros aumenta hasta 3.500 (por ejemplo, un albañil). Los sujetos que utilizan el sistema

vulgar de pasar hambre produce en los mismos problemas de salud (por ejemplo, se siente débil, problemas cardíacos) y altas tasas de recaída, volviendo a continuación a su tasa normal de peso.

El cuadro anterior ha cambiado en los últimos años debido al avance de las dietas bajas en calorías (Wadden, Stunkard y Brownell, 1983, Waden y Stunkard; 1986). Las pérdidas de peso grandes y rápidas producen casi un 100 por 100 de recaída, aparte de serios problemas metabólicos. Las dietas bajas en calorías, partiendo de investigaciones fisiológicas y médicas, permiten perder peso rápidamente y prevenir posibles problemas metabólicos al proporcionarles a los sujetos suplementos rápidos e impedir que la pérdida de peso afecte al organismo.

Una de las más peligrosas consecuencias de la rapidez de la pérdida de peso es la pérdida de masa corporal magra (proteínas). Esto llevó a algunos investigadores a suplementar un ayuno con proteínas, en espera de que el cuerpo absorba su energía sólo de la grasa. La investigación sobre esta dieta ha progresado mucho durante toda la década de los 70, y en la actual, aunque todavía hay muchas cuestiones que resolver (Brownell, 1984; Brownell y Foreyt, 1985).

Como dato anecdótico y precautorio debe tenerse en cuenta el caso de Linn. Robert Linn (1976), un osteópata de Filadelfia, publicó en 1976 un libro titulado *The last chance diet*, popularizando su propia marca de líquido proteico. De los sujetos que siguieron esta dieta al menos se han registrado 60 muertes debido a la misma. Las razones típicamente indicadas para tales muertes fueron: uso de proteínas de baja calidad, ausencia de supervisión médica, inadecuado control de minerales y no tener controlada la enfermedad coronaria (Brownell y Foreyt, 1985). Esto indica que hay que tener cuidado en este tema, a pesar de los avances que se han realizado hasta el presente, y la necesidad de una cuidadosa supervisión médica cuando se lleva a cabo un tratamiento con dieta baja en calorías. Para la investigación valen igualmente las anteriores recomendaciones (por ejemplo, Wadden y Stunkard, 1986).

## **Dietas bajas en calorías y programas de modificación de conducta**

El uso de las dietas bajas en calorías (Bistran, 1978) y su relación con programas de modificación de conducta ha sido discutido en detalle por Wadden, Stunkard y Brownell (1983).

La dieta baja en calorías es básicamente un ayuno que está suplido por pequeñas cantidades de carne magra, pescado o ave como fuente de proteínas. Algunos programas usan poderosos suplementos de proteínas en lugar de comidas reales. Los clientes además toman vitaminas y minerales suplementarios, y algunos programas incluyen pequeñas cantidades de carbohidratos para prevenir la ketosis severa. A los sujetos se les

realiza un examen médico completo antes del tratamiento y luego son observados regularmente al menos una vez por semana mientras dura el programa de tratamiento.

La dieta baja en calorías no se usa con personas con sobrepeso ligero y no debe ser usada por el público en general sin supervisión médica. La dieta tiene efectos imprevistos en cada persona, de ahí la necesidad de un cuidadoso control.

Los resultados más prometedores con este procedimiento se han encontrado combinando la dieta baja en calorías con un programa de modificación de conducta en sujetos con sobrepeso severo (69,5 por 100 de sobrepeso de media) (Wadden y Stunkard, 1986). La pérdida de peso para los tres grupos utilizados: terapia de conducta, dieta sola y combinación de terapia de conducta y dieta fue, al final del tratamiento de 14,3, 14,1 y 19,3 kg, respectivamente. Al año de seguimiento todavía mantenían las siguientes pérdidas: 9,5, 4,6 y 12,9 kg, respectivamente. La pérdida obtenida por el grupo de tratamiento combinado fue significativamente superior que la condición de dieta sola, al año de seguimiento, sin aparecer diferencias significativas entre los restantes grupos.

Otro ejemplo de la combinación de dieta baja en calorías y terapia de conducta la encontramos en el estudio del caso de una mujer obesa de 36 años, de 110,5 kg de peso, presentado por García y Saldaña (1986). Esta mujer tenía un sobrepeso del 78,51 por 100 (media 1,66 m). El tratamiento constó de tres fases. La primera de control médico, con una dieta hipocalórica de 1.000 calorías diarias y exploraciones clínicas periódicas. La segunda, consistente en un programa de actividad física, y la tercera constituida por el paquete de técnicas conductuales, donde se incluyeron: contrato conductual, auto-observación, control de estímulos, relajación, reestructuración del tiempo libre y reestructuración cognitiva.

La fase de tratamiento duró seis meses. Al final del mismo la persona había perdido 21,5 kg; a los nueve meses de seguimiento recuperó 4,3 kg., estando su pérdida de peso respecto al comienzo del tratamiento en 17,2 kg, pesando por tanto 93 kilos.

## Intervenciones quirúrgicas

Son varias las estrategias existentes para el tratamiento de los sujetos obesos severos, tales como dietas bajas en calorías combinadas con un programa de modificación de conducta, operaciones quirúrgicas y, finalmente, hacer que el sujeto acepte su gordura.

Hay autores que, en función de los pobres resultados obtenidos con las técnicas no médicas anteriores, afirman (por ejemplo, Freeman, 1986) que el único modo de producir un cambio duradero en el tratamiento de los sujetos con obesidad severa es a través de una intervención quirúrgica, aunque

previamente hay que haber probado otros métodos.

Las operaciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad han sido introducidas hace 20 años. La primera generación de operaciones (Freeman; 1986) utilizó la técnica del «desvío yeyunoileal». El objetivo de este tipo de operación es reducir de modo importante la longitud del intestino delgado, de modo que sólo queden activos 50 cm del mismo. Las complicaciones quirúrgicas de esta operación son a menudo serias; la mortalidad es de alrededor del 5 por 100 y las complicaciones postoperatorias, tales como flatulencia severa y vómitos recurrentes, son comunes. Entonces, mientras que las operaciones son exitosas en proporcionar pérdida de peso, la razón riesgo/beneficio no está claramente a favor de la intervención quirúrgica de este tipo, ni siquiera en los casos de obesidad más severos e intratables (Freeman, 1986).

La segunda generación de operaciones consiste en una serie de procedimientos de restricción, consistentes en reducir el volumen del estómago a aproximadamente 50 ml de capacidad (Freeman, 1986). La operación habitual es el uso de la grapación gástrica. La misma consiste en reducir el lumen (cavidad) del estómago con una hilera de grapas de modo que el individuo en el postoperatorio se sienta lleno después de uno o dos bocados de comida; es lo que se denomina el estómago «un mordisco» u «one bit». El grapado gástrico es una operación mucho más segura que la anterior, tiene pocos efectos secundarios y una mortalidad muy baja (cfr. Mason, 1981). Es, además, exitosa en permitir una pérdida de peso a partir del momento en que se ha llevado a cabo la operación.

Freeman (1986) se apoya en la recomendación del grapado de estómago como técnica preferible de tratamiento, fundamentado en que tales sujetos tienen menos respuestas emocionales negativas (Helmi, Stunkard y Mason, 1980), mientras que los que realizan dietas tienen un alto grado de distrés. Sin embargo, lo último no es cierto en los más recientes programas de reducción de peso (por ejemplo, Wadden y Stunkard, 1986), ya que una parte del programa se encamina a eliminar el distrés que la pérdida de peso en sí pueda causar al sujeto.

Sin embargo, Freeman (1986), como otros autores (por ejemplo, Stunkard, 1984b) han defendido claramente que los tratamientos más eficaces para los sujetos con obesidad ligera o moderada son los conductuales o conductuales y dieta baja en calorías, los cuales muestran adecuadas tasas, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento, aunque en éste desciende un poco el éxito.

## Discusión

Por lo que hemos visto hasta aquí es mucho el camino que hay que recorrer, tanto referente al

estudio de la obesidad en general como de modo más específico de su tratamiento. Por lo que atañe a los aspectos generales han sido importantes los descubrimientos de tipo fisiológico de los últimos años, permitiéndonos clarificar algunas de las teorías existentes sobre la obesidad (Keeseey y Powley, 1986), así como a partir de un mayor conocimiento enfrentarnos mejor al tratamiento de este problema. La distinción de varios tipos de obesidad, y no un sólo, creemos que representa un avance realmente importante (Freeman, 1986; Garrow, 1978, 1981; Stunkard, 1984b), que no debe quedarse sólo en eso, sino que debemos a partir de ahí plantear un tratamiento adecuado. Aquí ha surgido en los últimos años la sugerencia de que se debe tratar sólo a aquellos sujetos obesos que así lo deseen (Brownell, 1982a) o para aquellos cuya obesidad represente un peligro para su salud (Freeman, 1986), ya que hoy no está demostrado que el sobrepeso ligero constituya un grave problema para la salud (Fornieles y Toro, 1986a; Freeman, 1986) a pesar de lo que se ha sostenido en el pasado. De modo semejante, tampoco es cierto que el sujeto cuando pierde peso se siente mejor. Algunos estudios han encontrado lo contrario, como revisa McReynolds (1982), a pesar de que los actuales programas conductuales tienen ya en cuenta este hecho (por ejemplo, Wadden y Stunkard, 1986) para impedir que aumente la morbilidad psicológica (mayor depresión, ansiedad, distrés, etc.). El tener un problema obsesivo por el peso, especialmente en mujeres jóvenes, tanto por la moda como por la incidencia de la profesión médica y psicológica, lleva en muchos casos a problemas más graves, como son hoy la bulimia y la anorexia nerviosa (Freeman, 1986), donde en muchos casos se ha encontrado que son consecuencia de un problema inicial de obesidad. En esta línea, hoy se sostiene que aquellas personas a las que les resulta difícil perder peso se las debería animar (Brownell y Foreyt, 1985) a aceptar su condición de obeso más que a sufrir dietas vigorosas; en algunos casos ni las dietas vigorosas junto con un programa de modificación de conducta permiten al sujeto perder peso (piénsese en la teoría del punto fijo) (Woolley y Woolley, 1984).

En el momento presente, por lo que atañe al tratamiento, el camino va orientado no a conseguir mejores técnicas para el tratamiento de la obesidad, sino a encontrar el modo de mantener los resultados obtenidos en el tratamiento. Parece, como han apuntado varios autores (por ejemplo, Foreyt y Kondo, 1984) que se ha llegado al límite tecnológico en el tratamiento de la obesidad. Libros como el de Foa y Emmelkmap (1983) han incidido desde otra perspectiva en este aspecto. Precisamente el problema de la gran tasa de sujetos que se retiran a lo largo del tratamiento es un problema real e importante, junto con la adherencia al mismo (Dubbert y Wilson, 1983). Por otra parte, los estudios que se han llevado a cabo para predecir qué factores predicen el éxito o fracaso de los tratamientos, estudiando variables como

peso corporal, apoyo social, sexo, edad, años de obesidad, historia de dietas y pérdida de peso, y características de personalidad no permiten sacar conclusiones claras y fiables (Brownell y Foreyt, 1985; Dubbert y Wilson, 1983). En el momento presente aparecen los primeros indicios, aunque no del todo claros, de que la autoeficacia de Bandura (1977, 1982) puede ser un importante predictor de la pérdida de peso (Diclemente, 1986; O'Leary, 1985). Estudios como los de Bernier y Award (1986) y Weinberg, Hughes, Critelli, England y Jackson (1984) así vienen a indicarlo. En otras conductas adictivas, como por ejemplo el tabaquismo (cfr. O'Leary, 1985) la autoeficacia aparece como un claro predictor del mantenimiento de la abstinencia, por lo que es de esperar obtener similares resultados en la obesidad.

Finalmente, y quizás como más prometedor, los pasos últimos se decantan a incluir dentro de los programas de tratamiento conductual de la obesidad programas de prevención de la recaída. Éstos se han realizado partiendo del modelo de Marlatt (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Marlatt, 1985; Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986). Dichos programas van dirigidos a que el sujeto adquiera habilidades de enfrentamiento adaptativas como alternativas a la obesidad, fomentar nuevas cogniciones referentes tanto a la naturaleza del cambio de hábito como a la propia capacidad de controlar la propia vida, y a desarrollar un estilo de vida diaria donde obtenga satisfacción y gratificación personal sin una ingestión excesiva de alimentos.

Los estudios que se han llevado a cabo utilizando la prevención de la recaída muestran buenos resultados, indicando que el procedimiento de prevención de la recaída aumenta los resultados del procedimiento conductual por sí solo (Brownell y cols., 1986; Rosenthal y Marx, 1981; Sternberg, 1985), e incluso hay alguna evidencia de que los resultados no sólo se mantienen en el seguimiento, sino que mejoran (Sternberg, 1985).

Por tanto, a pesar de parecer que se ha llegado al límite tecnológico de la terapia de conducta en el tratamiento de la obesidad sería necesario incluir los nuevos avances que hemos comentado con el fin de aumentar la eficacia de los tratamientos. Habrá que tomar en cuenta, además, los diversos tipos de obesidad, así como las diferencias individuales de las personas con sobrepeso, para que a partir de aquí se aumente la eficacia de las técnicas de modificación de conducta utilizadas, aisladamente o en combinación con programas de prevención de la recaída, dietas bajas en calorías, etc.

---

## Referencias

- Abrams, D. B. (1984): «Current status and clinical developments in the behavioral treatment of obesity». En C. M. Franks (ed.): *New developments in behavior*



- therapy (págs. 21-57), New York, The Haworth Press.
- Bandura, A. (1977): «Toward a unifying theory of behavioral change», *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982): «Self-efficacy mechanism in human agency», *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Becoña, E. (1986): «Discrepancias entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta», *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, en prensa.
- Bernier, M., y Award, J. (1986): «Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program», *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- Bistriam, B. R. (1978): «Clinical use of a protein-sparing modified fast», *Journal of the American Journal Association*, 21, 2299-2302.
- Bonato, D. P., y Boland, F. J. (1986): «A comparison of specific strategies for long term maintenance following a behavioral treatment program for obese women», *International Journal of Eating Disorders*, 5, 949-958.
- Brownell, K. D. (1982a): «Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 820-840.
- Brownell, K. D. (1982b): «The addictive disorders». En C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall y K. D. Brownell (eds.): *Annual review of behavior therapy*, vol. 8 (páginas 208-272), New York, Guildford Press.
- Brownell, K. D. (1984): «The addictive disorders». En G. T. Wilson, C. M. Franks, K. D. Brownell y P. C. Kendall (eds.): *Annual review of behavior therapy*, vol. 9 (páginas 180-258), New York, Guildford Press.
- Brownell, K. D., y Foreyt, J. P. (1985): «Obesity». En D. H. Barlow (ed.): *Clinical handbook of psychological disorders* (págs. 299-343), New York, Guildford Press.
- Brownell, K. D.; Marlatt, G. A.; Lichtenstein, E., y Wilson, G. T. (1986): «Understanding and preventing relapse», *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Craighead, L. W. (1985): «A problem-solving approach to the treatment of obesity». En M. Hersen y A. S. Bellack (eds.): *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (págs. 229-267), New York, Plenum.
- Cummings, C.; Gordon, J. R., y Marlatt, G. A. (1980): «Relapse: prevention and prediction». En W. R. Miller (ed.): *The addictive behaviors* (págs. 291-322), Oxford, Pergamon.
- Dahloetter, J.; Callahan, E. J., y Linton, J. (1979): «Obesity and the unbalanced energy equation: Exercise versus eating habit change», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 898-905.
- Diclemente, C. C. (1986): «Self-efficacy and the addictive behaviors», *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- Dubbert, P. M., y Wilson, G. T. (1983): «Failures in behavior therapy for obesity: Causes, correlates, and consequences». En E. B. Foa y P. M. G. Emmelkamp (eds.): *Failures in behavior therapy* (págs. 263-288), New York, Wiley.
- Ferster, C. G.; Nurnberger, J. I., y Levitt, E. B. (1962): «The control of eating», *Journal of Mathematics*, 1, 87-109.
- Foa, E. G., y Emmelkamp, P. M. G. (eds.) (1983): *Failures in behavior therapy*, New York, Wiley.
- Foreyt, J. P.; Goodrik, G. T., y Gotto, A. M. (1981): «Limitations of behavioral treatments of obesity: Review and analysis», *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 159-174.
- Foreyt, J. P., y Kondo, A. T. (1984): «Advances in behavioral treatment of obesity». En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (eds.): *Progress in behavior modification*, vol. 6 (págs. 231-261), Orlando, FL, Academic Press.
- Fornieles, J. C., y Toro, J. (1986a): «Nuevas perspectivas en el origen de la obesidad. I: Regulación de la ingesta y del peso corporal», *Medicina Clínica*, 87, 299-301.
- Fornieles, J. C., y Toro, J. (1986b): «Nuevas perspectivas en el origen de la obesidad. II: Factores y teorías implicadas en su etiología», *Medicina Clínica*, 87, 337-341.
- Freeman, C. P. (1986): «Strategies of change in eating disorders». En W. R. Miller y N. Heather (eds.): *Treating addictive behaviors. Processes of change* (págs. 221-238), New York, Plenum.
- García, E., y Saldaña, C. (1986): «Tratamiento multidisciplinar de grandes obesos: estudio de un caso», *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 149-169.
- Garrido, I. (1983): «Técnicas conductuales aplicadas al tratamiento de la obesidad: valoración de resultados», *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 455-479.
- Garrow, J. S. (1978): *Energy balance and obesity in man*, Amsterdam, Elsevier.
- Garrow, J. S. (1981): *Treat obesity seriously: A clinical manual*, London, Churchill Livingstone.
- Grunberg, N. E. (1982): «Obesity: Etiology, hazards and treatment». En R. J. Gatchel, A. Baum y J. E. Singer (eds.): *Handbook of psychology and health. Vol. 1. Clinical psychology and behavioral medicine: Overlapping disciplines* (págs. 103-119), Hillsdale, N.J., LEA.
- Halmi, K. A.; Stunkard, A. J., y Mason, E. E. (1980): «Emotional responses to weight reduction by three methods: Diet, jejunioleal bypass and gastric binges», *American Journal of Clinical Nutrition*, 33, 446-451.
- Jarrett, R. J. (1987): «¿Existe el peso ideal?», *British Medical Journal. Edición Española*, 2 (1), 97-98.
- Jeffrey, D. B. (1981): «Manejo conductual de la obesidad». En W. E. Craighedad, A. E. Kazdin y M. J. Mahoney (eds.): *Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones* (págs. 423-444), Barcelona, Omega (original 1976).
- Keesey, R. E. (1980): «A set-point analysis of the regulation of body weight». En A. J. Stunkard (ed.): *Obesity*, Philadelphia, Saunders.
- Keesey, R. E., y Powley, T. L. (1986): «The regulation of body weight», *Annual Review of Psychology*, 37, 109-133.
- Linn, R. (1976): *The last chance diet*, Secaucus, N.J., Lyle Stuart.
- Mahoney, M. J. (1974): «Personal science: A cognitive learning therapy». En A. Ellis y R. Grieger (eds.): *Handbook of rational emotive therapy*, New York, Springer (trad. cast.: Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981, páginas 369-382).
- Mahoney, M. J. (1978): «Behavior modification in the treatment of obesity», *Psychiatric Clinic of North America*, 1, 651-660.
- Mahoney, M. J., y Mahoney, K. (1975): «Cognitive factors in weight reduction». En J. Krumboltz y C. Thoresen (eds.): *Counseling methods* (págs. 99-105), New York, Holt, Rinehart and Winston (trad. cast.: Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981).
- Mahoney, M. J., y Mahoney, K. (1976): *Permanent weight control*, New York, W. W. Norton and Company (trad. cast.: México, Trillas, 1981).
- Marcus, M. D. (1985): «Obesity». En M. Hersen y C. G. Last (eds.): *Behavior therapy casebook* (págs. 144-157), New York, Springer.
- Marlatt, G. A. (1985): «Relapse prevention: Theoretical rationales and overview of the model». En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.): *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (páginas 3-70), New York, Guildford Press.
- Mason, E. E. (1981): *Surgical treatment of obesity*, Philadelphia, PA, Saunders.
- McReynolds, W. T. (1982): «Toward a psychology of obesity: Review of research on the role of personality and level of adjustment», *International Journal of Eating Disorders*, 2, 37-57.
- Merbaum, M., y Rosenbaum, M. (1984): «Self-control theory and technique in the modification of smoking, obesity, and alcohol abuse». En C. M. Frank (ed.): *New*

- developments in behavior therapy* (págs. 21-57), New York, The Haworth Press.
- Nisbett, R. E. (1968b): «Taste, deprivation and weight determinants of eating behavior», *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 107-116.
- O'Leary, A. (1986): «Self-efficacy and health», *Behaviour Research and Therapy*, 23, 437-451.
- Perri, M. G.; McAdoo, W. G.; Spevack, P. A., y Newlin, D. B. (1984): «Effect of a multicomponent program on long-term weight loss», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 480-481.
- Perri, M. G.; Shapiro, R. M.; Ludwig, W. W.; Twentyman, C. T., y McAdoo, W. G. (1984): «Maintenance strategies for the treatment of obesity: An evaluation of relapse prevention training and post-treatment contact by mail and telephone», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 404-413.
- Pujol, T. (1982): «La terapia de conducta en obesidad», *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 57-75.
- Pujol, T., y Ramón, M. L. (1985): «Las técnicas de autocontrol en el tratamiento de la obesidad. Un camino hacia la elección terapéutica», *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 549-562.
- Rodin, J. (1981): «Current status of the internal-external hypothesis for obesity: What went wrong?», *American Psychologist*, 36, 361-372.
- Rosenthal, B. S. y Marx, R. D. (1981): «Determinants of initial relapse episodes among dieters», *Obesity and Bariatric Medicine*, 10, 94-97.
- Santacreu, J. (1985): «Evaluación y tratamiento de la obesidad». En J. A. I. Carrobes (ed.): *Análisis y modificación de conducta II, vol. 2* (págs: 51-67), Madrid, UNED.
- Santacreu, J., y Scigliano, R. (1986): «Programa de autocontrol de la obesidad: Datos de un año de seguimiento», *Estudios de Psicología*, 25, 123-138.
- Sternberg, B. (1985): «Relapse in weight control. Definitions, processes, and prevention strategies». En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.): *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (págs. 521-545), New York, Guildford Press.
- Stuart, R. B. (1967): «Behavioral control of overeating», *Behavior Research and Therapy*, 5, 357-365.
- Stuart, R. B. (1971): «A three-dimensional program for the treatment of obesity», *Behaviour Research and Therapy*, 9, 177-186.
- Stunkard, A. J. (1982): «Obesity». En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (eds.): *International handbook of behavior modification*, New York, Plenum.
- Stunkard, A. J. (1984a): «New developments in the drug treatment of obesity», *Clinical Neuropharmacology*, 7 (sup. 1), 704-707.
- Stunkard, A. J. (1984b): «The current status of treatment of obesity in adults». En A. J. Stunkard y E. Stellar (eds.): *Eating and its disorders* (págs. 151-173), New York, Raven Press.
- Stunkard, A. J., y Mahoney, M. J. (1982): «Tratamiento conductual de los trastornos de la conducta alimentaria». En H. Leitenberg (ed.): *Modificación y terapia de conducta, volumen 1* (págs. 77-114), Madrid, Morata (original 1976).
- Stunkard, A. J., y Penick, S. B. (1979): «Behavior modification in the treatment of obesity: Problem of maintaining weight loss», *Archives of General Psychiatry*, 36, 801-806.
- Wadden, T. A.; Stunkard, A. J., y Brownell, K. D. (1983): «Very-low-calorie diets: Their efficacy, safety, and future», *Annals of Internal Medicine*, 99, 675-684.
- Wadden, T. A., y Stunkard, A. J. (1986): «Controlled trial of very low calorie diet, behavior therapy, and their combination in the treatment of obesity», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 482-488.
- Weinberg, R. S.; Hughes, H. H.; Critelli, J. W.; England, R., y Jackson, A. (1984): «Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program», *Journal of Research in Personality*, 18, 352-358.
- Wilson, G. T. (1980): «Behavior therapy and the treatment of obesity». En W. R. Miller (ed.): *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (págs. 207-237), Oxford, Pergamon.
- Wilson, G. T., y Brownell, K. D. (1980): «Behavior therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome», *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 49-86.
- Wing, R. R., y Jeffrey, R. W. (1984): «Sample size in clinical outcome research. The case of behavioral weight control», *Behavior Therapy*, 15, 550-556.
- Woolley, S. C., y Woolley, O. W. (1984): «Should obesity be treated at all?». En A. J. Stunkard y E. Stellar (eds.): *Eating and its disorders* (págs. 185-192), New York, Raven Press.