

ANUARIO DE PSICOLOGÍA  
Núm. 38 - 1988 (1)

EL PROBLEMA DEL MANTENIMIENTO EN  
EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.  
UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA  
LA PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA

CARMINA SALDAÑA  
ARTURO BADOS  
Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamiento Psicológicos  
Universidad de Barcelona

Carmina Saldaña  
Arturo Bados  
Departamento de Personalidad, Evaluación  
y Tratamiento Psicológicos  
Facultad de Psicología  
Avda. de Chile, s/n  
08028 Barcelona

La incorporación de estrategias conductuales como tratamiento de la obesidad, a partir de los trabajos de Ferster, Nurnberger y Levitt (1962) y Stuart (1967), revolucionó profundamente este área de intervención. Desde entonces, y tomando como punto de partida los procedimientos propuestos en estos estudios pioneros, se han venido realizando un sinnúmero de investigaciones que han podido demostrar la superioridad de los tratamientos conductuales de la obesidad frente al no tratamiento, a varias formas de placebo y a intervenciones más tradicionales como son programas dietéticos, psicoterapia e incluso el empleo de fármacos (Wilson, 1980).

Los programas conductuales han sido diseñados con el objetivo de modificar los patrones de alimentación y de actividad física que son fundamentales para reinstaurar el equilibrio energético y, por consiguiente, para facilitar la pérdida de peso. Asimismo, estos programas han sido elaborados para obtener pérdidas de peso lentas, entre 500 grs. y 1 kg. por semana, en tratamientos con una duración media de 10 semanas y con una pérdida de peso promedio de 5 kgs. (Foreyt, Goodrick y Gotto, 1981; Foreyt, Mitchell, Garner, Gee, Scott y Gotto, 1982; Wilson y Brownell, 1980).

En revisiones realizadas sobre gran número de estudios estos datos se confirman. Así, por ejemplo, Wing y Jeffery (1979) encontraron que en 92 trabajos publicados la pérdida de peso promedio en el post-tratamiento era de 5,4 kgs., mientras que Stuart, Mitchell y Jensen (1981) informan de una pérdida promedio de 4,1 kgs. en 95 estudios revisados. Recientemente, Bennett (1986) ha analizado los datos de 105 investigaciones publicadas en las que se habían aplicado procedimientos de autocontrol y cuyas muestras las constituían por lo menos 5 sujetos, encontrando que la pérdida de peso medio en el post-tratamiento para los 6.121 sujetos que habían completado los tratamientos fue de 5,64 kgs. En este mismo sentido, también Brownell y Wadden (1986) han revisado la literatura que sobre obesidad se ha publicado antes y durante 1974, durante 1978 y durante 1984 en cuatro prestigiosas revistas (*Behavior Therapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Behaviour Research and Therapy* y *Addictive Behaviors*). Aunque en este caso no se señala el número de investigaciones revisadas, se indica que los resultados del estudio bibliométrico muestran que los trabajos de 1984 con respecto a los de los años anteriores (1974 y 1978) han obtenido pérdidas de peso promedio de 6,98 kgs., superiores a las de los años iniciales, en tratamientos más largos y con menor porcentaje de abandonos. Sin embargo, los estudios de 1984 muestran cómo los sujetos al año de seguimiento recuperan casi el 40% del peso perdido durante la intervención (ver Tabla 1).

TABLA 1: RESUMEN DE DATOS DE ESTUDIOS CONTROLADOS DE TERAPIA DE CONDUCTA COMPLETADOS ANTES Y DURANTE 1974, DURANTE 1978 Y DURANTE 1984

VARIABLES	1974	1978	1984
Tamaño de la muestra	53,1	54,0	71,3
Peso inicial (kgs.)	73,93	87,99	89,35
Porcentaje sobrepeso inicial	49,4	48,6	48,1
Duración tratamiento (semanas)	8,4	10,5	13,2
Peso perdido (kgs.)	3,85	4,26	6,98
Pérdida por semana (kgs.)	0,544	0,408	0,544
Abandonos (%)	11,4	12,9	10,6
Duración del seguimiento (semanas)	15,5	30,3	58,4
Pérdida en el seguimiento (kgs.)	4,03	4,12	4,44

NOTA: Todos los valores son medias a través de estudios.

Fuente: Brownell y Wadden (1986).

A pesar de que las ventajas de los tratamientos conductuales sobre otras formas de tratamiento han podido mostrarse repetidas veces tanto en relación con las pérdidas de peso que se obtienen y en la reducción importantísima de los porcentajes de abandono (del 50 a 80%, al 15% en los programas conductuales), como en relación con la mejoría en el funcionamiento psicológico que obtienen los sujetos, en la actualidad todavía perduran dos problemas de gran importancia que la aproximación conductual no ha podido solucionar:

1. La relevancia clínica de las pérdidas de peso que inicialmente se obtienen sólo son adecuadas para sujetos con sobrepeso ligero [del 20 al 40% de sobrepeso (Stunkard, 1984)].

2. La dificultad en mantener de forma indefinida la pérdida de peso conseguida durante la intervención.

### 1. Relevancia clínica de la pérdida de peso

La gran mayoría de estudios que se realizan utilizan muestras no clínicas con porcentajes de sobrepeso bajos o moderados. Con porcentajes de sobrepeso de casi el 50%, la terapia de conducta obtiene pérdidas de peso promedio de 4 a 7 kgs. en 8 a 12 semanas de tratamiento. Así pues, gran parte de los sujetos deben perder la mayoría de peso una vez finalizado el tratamiento. Por ejemplo, Foreyt y cols. (1982) observaron que los sujetos perdían cantidades modestas de peso durante el tratamiento y que mantenían las pérdidas

obtenidas durante por lo menos 1 año. Pero, además, encontraron que su programa de tratamiento fue un fracaso para la mayoría de los sujetos ya que de los 576 pacientes del estudio, solamente 27 (4,7%) alcanzaron el peso que se habían propuesto como meta. El porcentaje de pacientes que consiguieron su peso meta era menor a medida que la cantidad de peso a perder era mayor. Así, por ejemplo, los sujetos que necesitaban perder más peso obtuvieron los peores resultados. De 144 sujetos que querían perder 35 kgs. o más, solamente una mujer alcanzó el objetivo.

Trabajos realizados recientemente en nuestro país muestran resultados semejantes. Santacreu y Scigliano (1986) muestran cómo de los 20 sujetos universitarios de su estudio, con un sobrepeso medio de 6 kgs., solamente la mitad de ellos consiguieron alcanzar el peso meta al final de las 11 semanas de tratamiento; por otro lado, de los 16 estudiantes universitarios del estudio de Vera y Fernández (1986), con un sobrepeso medio de 5,56 kgs., solamente 1 (6,25%) alcanzó el peso meta al final del tratamiento de 8 semanas y 4 (25%) lo consiguieron en el mes siguiente de finalizar la intervención.

Los resultados que acabamos de mostrar nos sugieren la necesidad de incorporar a todo programa de tratamiento estrategias de intervención que faciliten la consecución de los pesos metas. Después de comprobar que el uso de anoréxicos producía importantes pérdidas de peso que difícilmente se mantenían con el soporte de procedimientos conductuales aplicados conjuntamente o alternadamente con los fármacos (Craighead, 1984; Craighead, Stunkard y O'Brien, 1981), Craighead (1985) sugiere que la prolongación de la duración de los tratamientos podría ser una solución costosa del problema. Una posibilidad para sobrepesos moderados sería emplear estrategias terapéuticas que permitan obtener importantes pérdidas de peso en la primera fase de la intervención. Rechazada la posibilidad de aplicar drogas anorexígenas, por su escasa utilidad, sólo parece viable prescribir dietas muy hipocalóricas (Wadden y Stunkard, 1986). Sin embargo, y tal como señala Agras (1987), la elección de este procedimiento —dietas muy hipocalóricas conjuntamente con terapia de conducta—, sólo debe realizarse:

1. Si en intentos anteriores con terapia de conducta, no se obtuvieron las pérdidas de peso deseadas.
2. Con sujetos que tienen más de 20 kgs. de sobrepeso.
3. Con sujetos cuyo sobrepeso produce riesgos de salud superiores a los habituales.
4. Con sujetos grandes obesos que requieran cirugía (gastroplastia), como un intento para evitar la intervención quirúrgica.
5. Con sujetos que habiendo sufrido una gastroplastia han empezado a recuperar peso.

## *2. El problema del mantenimiento del peso*

Como indicamos anteriormente el mantenimiento de las pérdidas de peso obtenidas durante la intervención es un objetivo que no se ha alcanzado dentro de este área de aplicación de la terapia de conducta, a pesar de que la

incorporación de procedimientos conductuales permitió que dichas pérdidas de peso se mantuvieran aparentemente mejor que con otras formas de tratamiento.

Los trabajos recientes de Foreyt y cols. (1981), Stunkard (1982) y Wilson y Brownell (1980) indican que el mantenimiento del peso perdido es bueno durante el periodo de un año. Las investigaciones realizadas por Gotes-tam (1979) y Graham, Taylor, Hovell y Siegel (1983) con periodos de seguimiento de 3 a 5 años, señalan que la mayoría de los obesos experimentan importantes ganancias de peso, próximas a las que presentaban antes del tratamiento. Con estos datos sólo se nos ocurre volver a recoger la sentencia de Brownell (1980), repetida en gran número de publicaciones:

«...si "curación" de obesidad se define como reducción al peso ideal y mantenimiento de ese peso durante 5 años, es más probable que una persona se recupere de muchas formas de cáncer que de obesidad».

Como ya señalábamos en otra parte (Saldaña y Rossell, 1988), la solución al problema que acabamos de presentar se obtendrá en el momento que sea posible, por un lado, identificar los factores fundamentales implicados en el proceso de recaída y, por otro, las estrategias terapéuticas que faciliten al sujeto el mantenimiento del peso perdido.

El estudio de datos referidos a sujetos incapaces de mantener el peso perdido sugiere que el proceso de recaída puede ir asociado con estrés o depresión (Gormally, Rardin y Black, 1980). Asimismo, acontecimientos vitales (*life events*) inesperados o impredecibles también parecen facilitar la recaída (Dubbert y Wilson, 1983; Gormally y cols., 1980). Un análisis profundo realizado por Marlatt y Gordon (1980) para identificar las situaciones de recaída más frecuentes entre alcohólicos ( $n=70$ ), fumadores ( $n=35$ ) y heroinómanos ( $n=32$ ) mostró que el 76% de los episodios de recaída se agrupaban en tres categorías: afrontamiento de estados emocionales negativos (37% de recaídas), presión social (24% de recaídas) y afrontamiento de conflictos interpersonales (15%). En un estudio posterior, Sternberg (1985) analiza el proceso de recaída en sujetos sometidos a una dieta. Para ello, compara los resultados que acabamos de presentar de Marlatt y Gordon (1980), con los presentados por Rosenthal y Marx (1981) referidos a obesos (ver Tabla 2).

Como se puede observar en la Tabla 2, el 48% de las transgresiones iniciales de los obesos están relacionadas con los determinantes intrapersonales, y dos tercios de las mismas son debidas al afrontamiento de estados emocionales negativos de ansiedad, aburrimiento y depresión. A pesar de que este 48% es un porcentaje muy elevado, es bastante inferior al que se da con los otros tres tipos de adicciones comparado. Sin embargo, los determinantes interpersonales se dieron en el 52% de las transgresiones iniciales en sujetos obesos, siendo la subcategoría de estados emocionales positivos la que representa el 32% de todas las transgresiones iniciales. Estas situaciones difieren notablemente de las que inician el proceso de recaída en los sujetos consumidores de otras sustancias (alcohol, tabaco y heroína).

Como señala Sternberg (1985) los resultados obtenidos de esta comparación indican que los sujetos sometidos a una dieta se enfrentan fundamentalmente a dos tipos de situaciones de alto riesgo: 1) estados emocionales ne-

TABLA 2: ANÁLISIS DE SITUACIONES DE RECAÍDA  
EN OBESOS, ALCOHÓLICOS, FUMADORES Y HEROINÓMANOS

Situación	Obesos (n=48)	Alcohólicos (n=70)	Fumadores (n=35)	Heroinómanos (n=32)
Determinantes intrapersonales	48%	61%	57%	53%
Estados emocionales negativos	32%	38%	43%	28%
Estados físicos negativos	5%	3%	-	9%
Estados emocionales positivos	11%	-	8%	16%
Evaluación control personal	-	9%	-	-
Deseos y tentaciones	-	11%	6%	-
Determinantes interpersonales	52%	39%	43%	47%
Conflictos interpersonales	10%	18%	12%	13%
Presión social	10%	18%	25%	34%
Estados emocionales positivos	32%	3%	6%	-

Fuente: Sternberg (1985).

gativos que se producen cuando el sujeto está solo, asociados a ansiedad, aburrimiento y depresión; y 2) estados emocionales positivos que se producen cuando hay otras personas, en situaciones tales como celebraciones, fiestas y acontecimientos sociales.

Por otro lado, del estudio de los sujetos que no habían recaído se pueden obtener algunos datos que señalan variables críticas para el éxito en el mantenimiento del peso perdido. Así, por ejemplo, el 89% de los sujetos que no habían recaído informaron que los procedimientos de registro y contaje diarios de calorías habían sido básicos para mantener el control; por el contrario, estos procedimientos sólo eran empleados por el 53% de los sujetos que habían recuperado 2 kgs. (Rosenthal y Marx, 1981; Sternberg, 1985). Así pues, la identificación tanto de los factores determinantes del proceso de recaída inicial, como de algunos procedimientos empleados por los sujetos que no recaen, ha conducido a que diversos investigadores de este campo hayan empezado a emplear de forma más sistemática estrategias terapéuticas dirigidas a impedir que se produzca la recaída y consecuentemente a que se mantenga el peso perdido.

Tradicionalmente, los procedimientos más comunes que se han empleado como estrategias de mantenimiento del peso han sido de cuatro tipos:

1. *Sesiones de apoyo.* Planificadas una vez que el tratamiento ya ha finalizado y que tienen como objetivo solucionar los problemas que el sujeto pueda tener para seguir empleando los procedimientos aprendidos durante la terapia y así incrementar su adherencia a los mismos. Los resultados obtenidos en investigaciones que han empleado únicamente este tipo de estrategia muestran la ineffectividad de la misma (Ashby y Wilson, 1977; Beneke y Paulsen, 1979; Hall, Hall, Borden y Hanson, 1975). El fracaso de las sesiones de apoyo como estrategia de mantenimiento podría ser debido al breve número de sesiones empleadas (3 ó 4 sesiones), programadas arbitrariamente y sin contemplar las necesidades del sujeto, así como al contenido nada específico de las sesiones (Perri, Shapiro, Ludwig y cols., 1984; Wilson, 1985).

2. *Contactos telefónicos y por correo.* Esta estrategia ha sido utilizada como una alternativa a las sesiones de apoyo. El terapeuta establece contacto telefónico semanalmente con el sujeto, mientras que éste establece contacto por correo también semanalmente con su terapeuta enviándole autorregistros de su peso y consumo calórico. Los estudios que han utilizado este tipo de procedimiento señalan que es un medio eficaz y económico de mantenimiento (Hall, Bass y Monroe, 1978; Hall y cols., 1975; Perri y cols., 1984).

3. *Incorporar otros componentes a los paquetes de tratamiento clásicos.* Procedimientos tales como la relajación, entrenamiento asertivo y/o manejo de contingencias han sido frecuentemente empleados para prevenir las posibles recaídas. Sin embargo, tal como señalan Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) este sistema, que ha mostrado su ineficacia, complica en gran manera los paquetes de tratamiento clásicos, comprometiendo incluso la eficacia de dichos paquetes.

4. *Prevención de la recaída mediante la adopción de un modelo de intervención para toda la vida.* Esta estrategia coincide con el modelo propuesto por Alcohólicos Anónimos (A.A.A.A.) y que algunos grupos como los Vigilantes del Peso (*Weight Watchers*) o Peso Ideal han adoptado para el tratamiento de la obesidad. Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) analizan las ventajas e inconvenientes de este tipo de alternativa, partiendo del modelo de recaída que ellos proponen. Entre sus inconvenientes, estas instituciones comerciales transmiten el mensaje de que el sujeto obeso puede controlar pero no curar su consumo excesivo de alimentos, favoreciendo de este modo que una transgresión se convierta en recaída. La ventaja principal de este tipo de intervención es que el programa dura toda la vida y de esta forma se evita el momento en el que se producen las recaídas, que siempre coinciden con el periodo posterior al tratamiento. A pesar de las ventajas e inconvenientes de este tipo de alternativa para obtener el mantenimiento del peso, de lo que no hay duda es de que ha sido útil para miles de personas, incluso en nuestro país, y especialmente en los países anglosajones.

## Modelo de prevención de la recaída

Recientemente, Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) han propuesto un modelo de prevención de la transgresión inicial y la recaída tomando como punto de partida el modelo que en 1980 propusieron Marlatt y Gordon y que posteriormente volvió a ser revisado y desarrollado con mayor amplitud por Marlatt (1985). El modelo original surgió del estudio de las situaciones asociadas con la recaída en alcohólicos, fumadores, obesos, heroinómanos y adictos al juego, ya que los programas de tratamiento para cualquiera de estos problemas presentan tasas muy semejantes de recaída, entre el 50% y el 90% (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt y Gordon, 1980, 1985). Además, el estudio de las características de los sujetos con este tipo de adicciones, así como el análisis de sus patrones de comportamiento y variables fisiológicas ha permitido observar que, aunque se dan algunas diferencias, existen muchas semejanzas entre ellos que sugieren la necesidad de plantear un modelo de prevención de la recaída único.

El punto de partida de este modelo viene determinado por la definición que del concepto de recaída se adopte. Marlatt (1985) ha recogido dos tipos de definiciones: 1) la reaparición de los síntomas de una enfermedad después de un periodo de mejoría. En este tipo de definición se hace referencia a los *resultados* e implica un punto de vista dicotómico: el sujeto está enfermo o el sujeto no está enfermo. 2) El proceso de retroceso o empeoramiento. En esta segunda definición el énfasis se pone en el *proceso* y no en los resultados, de forma que este empeoramiento se considera algo menos serio y quizá sólo una transgresión o desliz. La adopción de este segundo tipo de definición conduce a proponer un modelo de prevención y tratamiento de la recaída que contemple la necesidad de analizar todos los determinantes implicados en el proceso de recaída para intervenir sobre ellos antes de que el individuo haya ganado peso o, en su caso, para tratar a aquellos sujetos que realmente están en la fase de recuperación de una recaída total.

Si, como acabamos de señalar, aceptamos la segunda definición, el paso siguiente consiste en delimitar claramente los conceptos de transgresión o desliz y de recaída total. Una transgresión, desliz o caída es definida por Marlatt (1985) como un hecho o acontecimiento único o una reaparición del hábito que puede producir o no una recaída total. Esto debe conducir a poner en estado de alerta al sujeto para que utilice las estrategias disponibles con el objetivo de recuperar el control sobre su comportamiento. En el caso de los alcohólicos, fumadores, heroinómanos o adictos al juego resulta fácil determinar cuándo se ha producido la primera transgresión o desliz, ya que coincide con la ingesta de la primera copa, el consumo del primer cigarrillo, la primera inyección de heroína o la participación por primera vez en un juego. Sin embargo, en el caso de la obesidad es más difícil determinar cuál es el momento en el que se produce la primera transgresión, ya que la mayoría de programas conductuales de intervención no prescriben al sujeto una dieta fija en cuanto a su contenido calórico o en relación con el tipo de alimentos que puede consumir; por el contrario, se pone el énfasis en el cambio de los patrones de alimentación y en el incremento de la actividad física. Así pues, determinar la primera

transgresión de un sujeto que ha seguido un programa de reducción de peso se convierte en algo más subjetivo. En todo caso, tal como señala Sternberg (1985), se podría considerar una transgresión inicial cuando el sujeto ingiere más de lo que ha planificado y/o se ha propuesto, o cuando no suple la ingesta excesiva mediante un plan compensatorio (por ejemplo, no cenar después de una comida copiosa). Además, como expondremos más adelante, dado que el objetivo de los programas conductuales para la obesidad es modificar los patrones de alimentación y actividad física del sujeto, el fracaso en el cumplimiento de una o varias de las actividades o conductas propuestas (por ejemplo, comer despacio, andar 30 minutos diariamente, no limpiar el plato, etc.), podría considerarse como una transgresión inicial.

Analizados los problemas de definición de conceptos tales como transgresión inicial o desliz y tomando como base los resultados de las investigaciones que han estudiado los factores implicados en el proceso de recaída, Marlatt y Gordon (1980, 1985) exponen que el proceso de recaída total se produce de la siguiente manera (ver Figura 1):

1. Los individuos se encuentran frente a una «situación de alto riesgo» —los determinantes intrapersonales e interpersonales señalados con anterioridad—, en la que se exponen al estímulo adictivo (comida).

2. No disponen o no utilizan estrategias de afrontamiento con las que limitar el estímulo adictivo y simultáneamente anticipan placer por su consumo.

3. Consumen el estímulo y se sienten culpables y pierden el autocontrol. A este efecto Marlatt y Gordon (1980) lo denominan *efecto de la violación de la abstinencia*.

4. Como resultado del sentimiento de recaída y de ausencia de autocontrol, es más probable que los sujetos continúen consumiendo el estímulo adictivo.

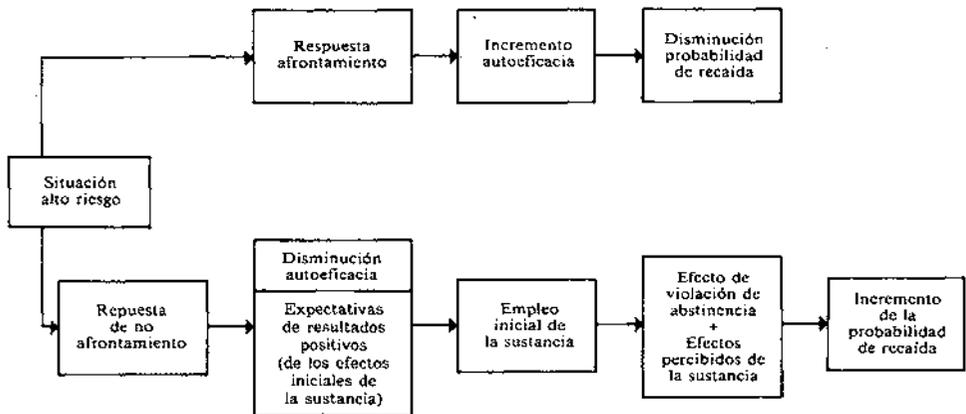


FIGURA 1. Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída, comenzando por la exposición a la situación de alto riesgo (Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

Como se puede observar en la Figura 1, la respuesta de no afrontamiento ante la situación de alto riesgo es la que desencadena todo un conjunto de mecanismos que conducen a que se produzca la transgresión inicial y pueda llegar a consumarse el proceso de recaída total. El conocimiento de las habilidades y factores implicados en el proceso de mantenimiento del peso perdido facilita enormemente el adiestramiento del sujeto obeso en estrategias que pueda utilizar para dar la respuesta de afrontamiento deseada en la situación de riesgo y/o para intervenir en los distintos estadios que pueden aparecer durante una recaída total. Por ejemplo, a partir de un modelo de toma de decisión y resolución de problemas, Agras (1987) señala como fundamentales las siguientes habilidades:

1. Habilidad para la identificación temprana de los problemas, especialmente el de incremento de peso.
2. Habilidad para enfrentarse de forma adecuada a la resolución de problemas.
3. Habilidad para aplicar con éxito las soluciones identificadas en el curso de la resolución de problemas.
4. Evaluación de los resultados.

Por otro lado, las investigaciones realizadas para estudiar los factores que incrementan las posibilidades de mantener el peso han identificado como básicos elementos tales como la práctica continuada de ejercicios físico, la práctica de autorregistros del peso y de hábitos alimenticios, el apoyo social, establecimiento de topes máximos de incremento de peso (de 1 a 2,5 kgs.) como señal para reimplantar las estrategias de autocontrol, el uso continuado de las técnicas específicas para el control del peso que fueron aprendidas durante la intervención y el empleo de estrategias de prevención de la recaída que permitan hacer frente a las situaciones de alto riesgo de una manera eficaz (Brownell y Wadden, 1986; Craighead, 1985). Parece bastante evidente que la combinación de las habilidades y estrategias de mantenimiento señaladas debería conducir a reducir en gran manera el problema de la recaída. Sin embargo, lo que a primeras luces parece tan claro no es así, de ahí que se siga investigando y trabajando para buscar soluciones concluyentes a este grave problema.

A partir del modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída, expuesto en la Figura 1, Marlatt y Gordon (1980, 1985) asumen que para prevenir la recaída es necesario desarrollar y poner en práctica técnicas específicas orientadas a lograr este objetivo antes de finalizar el tratamiento. El programa de mantenimiento que proponen Marlatt y Gordon (1980) está compuesto de estrategias de resolución de problemas y de habilidades de afrontamiento para que el sujeto aprenda a hacer frente a las situaciones de alto riesgo. En la Figura 2 se puede observar el proceso de recaída (en cuadrados) y los puntos sobre los cuales deben aplicarse las técnicas de prevención (en círculos), así como los procedimientos a emplear.

El primer paso en esta intervención consiste en identificar las situaciones de alto riesgo a través de procedimientos de autorregistro y realizando posteriormente una evaluación de los datos obtenidos en los mismos. A continuación es importante dotar al sujeto obeso de habilidades para que sea capaz

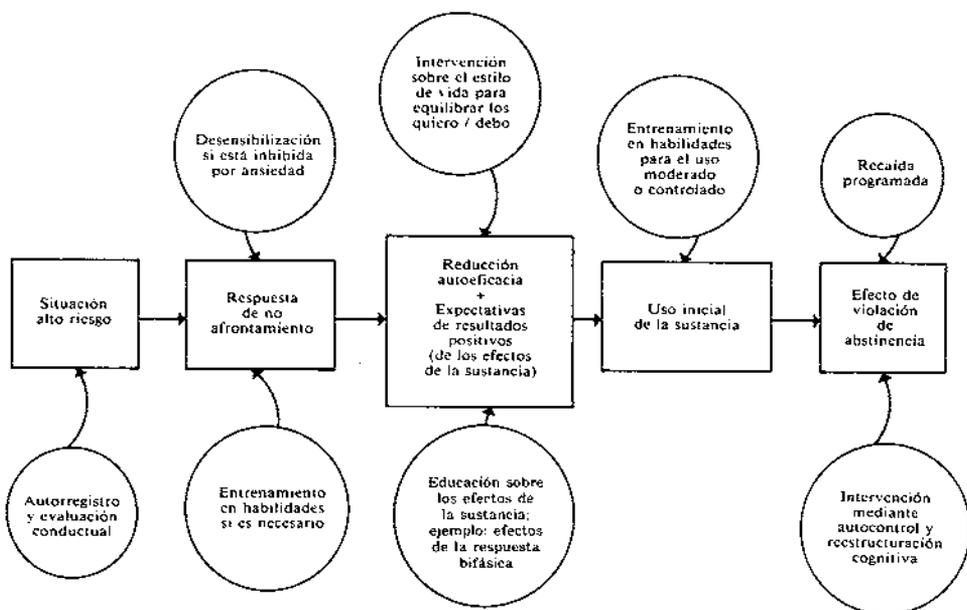


FIGURA 2. Puntos de intervención para la prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1980).

de dar la respuesta de afrontamiento ante la situación de riesgo. Con frecuencia los sujetos disponen de las habilidades requeridas para dar dicha respuesta, pero éstas están inhibidas por ansiedad, en cuyo caso la desensibilización o procedimientos semejantes de reducción de ansiedad facilitarán la desinhibición del repertorio conductual que impedirá cometer una transgresión. Mediante el entrenamiento en resolución de problemas, especialmente todo lo relacionado con la toma de decisión, el sujeto debe ser capaz de identificar las ventajas e inconvenientes que a corto y largo plazo le puede conllevar la decisión o no de transgredir. Asimismo, el sujeto debe implantar cambios en su estilo de vida, no sólo referidos a sus patrones de actividad laboral, social, familiar, etc., de forma que encuentre cotidianamente tiempo para poder desarrollar actividades gratificantes para él (los *quiero* de la Figura 1), además de las obligaciones propias de su contexto laboral, familiar, social, etc. (los *debo* de la Figura 1). El equilibrio entre *quiero/debo* facilita enormemente el control sobre la situación de alto riesgo, posibilitando la respuesta de afrontamiento. Finalmente, desde este modelo siempre se contempla que una transgresión o desliz no es algo improbable, sino que se produce frecuentemente; por ello, se recomienda el ensayo de *recaídas programadas*, consumiendo el producto de alto riesgo en presencia del terapeuta y en ausencia de las cir-

cunstances positivas (por ejemplo, en una fiesta), o negativas (por ejemplo, sentirse triste, deprimido o aburrido). De esta forma el sujeto reevalúa su respuesta de forma más objetiva. Asimismo, el sujeto es adiestrado en técnicas cognitivas que le faciliten la reconceptualización de su posible transgresión, no como un fracaso personal por la ausencia de control, sino como una señal que le mantenga alerta frente a las futuras situaciones de alto riesgo.

Los datos obtenidos en las escasas investigaciones que han utilizado de alguna manera un programa estructurado de prevención de la recaída, condujeron a que Marlatt y Gordon (1985) desarrollaran con mayor detalle algunas de las estrategias de intervención propuestas en su formulación inicial (ver Figura 3).

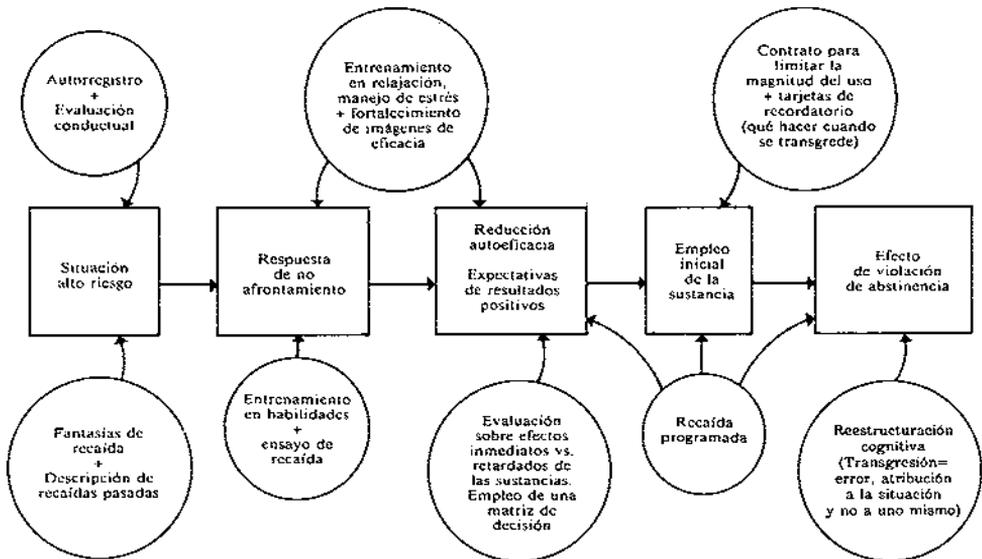


FIGURA 3. Ejemplo de habilidades de afrontamiento y toma de decisión frente al proceso de transgresión y recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

El trabajo reciente de Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986), expertos en el tratamiento de obesidad, tabaquismo y alcoholismo, propone una intervención en tres estadios o fases tomando como referencia el proceso natural de la recaída.

El primer estadio corresponde al momento en el que el sujeto decide cambiar su comportamiento. La evaluación de su motivación y grado de com-

promiso al tomar la decisión es de gran importancia dado que estos aspectos están relacionados directamente con la posibilidad o no de abandonar o recaer. El objetivo de dicha evaluación es doble; por un lado debe conducir a desarrollar métodos para incrementar la motivación del sujeto, y por otro debe permitir discriminar a los sujetos que tienen mayores posibilidades de alcanzar un éxito, de aquellos que obtendrán escasos resultados.

La estrategia que con mayor frecuencia se ha empleado para incrementar la motivación del sujeto ha consistido en depósitos monetarios retornables por la asistencia a las sesiones terapéuticas. Este tipo de procedimiento ha permitido incrementar la adherencia a los tratamientos conductuales, consiguiéndose reducir las tasas de abandono del 50-80% a tan sólo el 15%; sin embargo, los depósitos monetarios no parecen afectar directamente a la motivación que requiere el sujeto para el cambio del patrón de conducta y para prevenir las recaídas. Tal como señalan Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) apenas existen estudios en los que se propongan métodos para incrementar la motivación. Su recomendación va dirigida al empleo de autoinformes o cuestionarios de motivación y/o a la aplicación de algún criterio predictor.

Dubbert y Wilson (1983) identificaron las siguientes variables como predictoras del fracaso en el tratamiento: la edad (>50 años), porcentaje de grasa corporal (45% o más), alto nivel de satisfacción marital, pérdidas de peso mínimas (menos de 900 grs.) durante las tres primeras semanas de tratamiento, incapacidad para completar autorregistros durante la primera semana de la intervención. Además, en contra de la opinión de Dubbert y Wilson (1983), el fracaso en tratamientos anteriores, médicos o conductuales, parece ser otro indicador importante, como se ha demostrado en un reciente estudio realizado por Brownell, Greenwood, Shrager y Stellar (en prensa). Este trabajo realizado con ratas mostró cómo éstas perdían peso a un ritmo la mitad de rápido cuando hacían la segunda dieta, a pesar de que el contenido y la cantidad de ingesta era el mismo; por el contrario, cuando la dieta era retirada, los animales incrementaban el peso a un ritmo tres veces más rápido que en la segunda dieta.

La utilización de los criterios de pronóstico señalados debería facilitar la tarea de aislar a los sujetos en dos categorías de tratamiento: aquellos con mayor posibilidad de obtener éxito y que por consiguiente deberían poder seguir un programa estándar de modificación de patrones de alimentación y actividad física, apoyado por una fase de prevención de recaída y posterior mantenimiento, y aquellos sujetos de alto riesgo que requerirán un programa más intensivo y específico que controle constantemente las posibilidades de fracaso, teniendo presente que las consecuencias de la recaída son negativas a nivel emocional (desmoralización), a nivel fisiológico (dificulta el ritmo de la pérdida de peso) y a nivel social, ya que produce desmoralización en el propio terapeuta e incluso, si el sujeto es tratado en grupo, en los restantes miembros del grupo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la utilización de estos criterios de selección de los sujetos, aunque facilitaría la agrupación de los mismos de forma más homogénea, también abriría la posibilidad de admitir como sujetos con grandes posibilidades de éxito a sujetos que fracasarían

(falsos positivos) o de rechazar para grupos de alto riesgo a sujetos que obtendrían éxito (falsos negativos).

*El segundo estadio* propuesto por Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) abarca desde el momento que se inicia la intervención hasta la fase de mantenimiento. Este periodo, que tiene una duración de 10 a 24 semanas en los tratamientos de obesidad, presenta por lo general pocas complicaciones, ya que los cambios que el sujeto va logrando le mantienen un nivel de motivación alto y sus riesgos de recaída son escasos. La selección del tipo de intervención es fundamental para alcanzar las metas propuestas. La adopción de un modelo multicomponente de tratamiento (Saldaña y Rossell, 1988) nos parece lo más adecuado, incorporando durante esta fase el entrenamiento en prevención de la recaída de Marlatt y Gordon (1980, 1985) (ver Figuras 2 y 3), en el que la reestructuración cognitiva, toma de decisión y habilidades de afrontamiento serán los componentes más relevantes.

*El tercer estadio* corresponde a la fase de mantenimiento, muy mencionada en todos los programas de obesidad pero al mismo tiempo frecuentemente ignorada. Como señalamos anteriormente, el empleo continuado de procedimientos que facilitan el mantenimiento (autorregistros, ejercicio físico, apoyo social, etc.) combinado con los contactos terapéuticos y por correo parecen, en el momento presente, los procedimientos más indicados para utilizar en esta fase de la intervención. Asimismo, el cambio general del estilo de vida y el apoyo social por los cambios que se obtienen también parece una de las estrategias de mantenimiento más válidas (Brownell y Stunkard, 1981; Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt y Gordon, 1985).

### **Algunos comentarios sobre el empleo actual de los programas de prevención de la recaída**

Las escasas investigaciones que hasta el momento presente han utilizado programas de prevención de la recaída con sujetos que han seguido un tratamiento para la reducción de peso no permiten determinar con exactitud el éxito de los mismos. Los primeros estudios en este campo han sido realizados con alcohólicos (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978), aplicándose a obesos por primera vez en el trabajo realizado por Abrams y Follick (1983) en un ambiente laboral. Los resultados de esta investigación y de la ya mencionada de Sternberg (1985) realizada en un contexto clínico, indican que el procedimiento es muy positivo, ya que los sujetos consiguen prolongar durante periodos largos de tiempo los efectos de tratamiento.

Sin embargo, como exponen Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) es demasiado pronto para concluir que el problema está resuelto, requiriéndose un gran número de investigaciones que profundicen en los diversos factores que se conjugan en el proceso de recaída y en su abordaje terapéutico. Un mayor conocimiento de cómo se produce la transgresión inicial y la recaída total, de cuáles son los efectos emocionales, fisiológicos y sociales a corto y largo plazo del desliz y la recaída, de cuáles son las variables predictivas del éxito o fracaso en dar una respuesta de afrontamiento ante las situa-

ciones de alto riesgo, de cuáles son las estrategias a aplicar en el programa de prevención y cuándo deben ser aplicadas, y un sinnúmero de cuestiones más será fundamental para resolver el grave problema que constituye todavía un reto para la terapia de conducta en el tratamiento de los obesos.

Frente a posturas maximalistas que solamente se centran en querer demostrar la superioridad de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales sobre otras formas de intervención, justa pretensión para la década de los setenta, consideramos que los datos de cientos de publicaciones que han aparecido hasta el momento señalan que el objetivo está alcanzado y que ha llegado el momento de aunar esfuerzos e intentar contestar algunas de las cuestiones mencionadas con anterioridad que permitan dar un salto cualitativo en la investigación del campo de la obesidad, en la misma medida que lo consiguieron Ferster y cols. (1962) y Stuart (1967) hace más de veinticinco años.

## RESUMEN

A pesar de la demostrada superioridad de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales para la obesidad frente a otras formas de intervención, todavía perduran dos problemas no resueltos por la terapia de conducta: 1) Las pérdidas de peso que se obtienen con estos procedimientos no son clínicamente relevantes, y 2) el peso perdido durante el tratamiento difícilmente es mantenido por periodos largos de tiempo. En el trabajo que aquí se presenta, se analiza el panorama actual en relación con los dos problemas señalados y algunas de las estrategias probadas hasta el momento para su solución. Asimismo, se expone de forma amplia el modelo de prevención de recaída propuesto por Marlatt y Gordon (1980, 1985) así como las sugerencias que recientemente han realizado Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986). Finalmente, se resalta la necesidad de cambiar el sentido de las investigaciones en el campo de la obesidad, para poder encontrar soluciones concluyentes a los problemas señalados.

## SUMMARY

Although the superiority of the behavioral and cognitive-behavioral treatments for obesity over other forms of intervention has been adequately demonstrated, two problems still last to be solved by behavior therapy; 1) the weight losses got through this procedures are not clinically relevant, and 2) the weight lost during treatment has difficulties to be maintained for long periods of time. In the work we present here, the current view in relation with the two problems mentioned above and some of the proved strategies to solve

them so far are analyzed. Likewise, the relapse prevention model of Marlatt and Gordon (1980, 1985) and the suggestions recently made by Brownell, Marlatt, Lichtenstein and Wilson (1986) are widely discussed. Finally, the need for a change in the direction of the obesity research to find decisive solutions to the problems remarked here is emphasized.

## RÉSUMÉ

Malgré la supériorité prouvée des traitements conductuels et cognitivo-conductuels pour l'obésité face aux autres formes d'intervention, il se pose actuellement encore deux problèmes non résolus pour la thérapie de conduite: 1) Les pertes de poids obtenues à l'aide de ces procédés ne sont pas, cliniquement, relevantes. 2) Le poids perdu au cours du traitement est difficilement maintenu pendant longtemps. Dans l'étude que nous présentons ici, on analyse le panorama actuel en relation avec les deux problèmes signalés ci-haut, et quelques unes des stratégies prouvées jusqu'à présent pour les solutionner. On expose également largement le modèle de prévention de rechute proposé par Marlatt et Gordon (1980, 1985), ainsi que les suggestions récemment apportées par Brownell, Marlatt, Lichtenstein et Wilson (1986). Finalement, on souligne la nécessité de changer le sens des recherches effectuées dans le domaine de l'obésité afin de trouver des solutions relevantes aux problèmes mentionnés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D.B. y Follick, M.J. (1983). Behavioral weight loss intervention at the worksite: Feasibility and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 226-233.
- Agras, W.S. (1987). *Eating disorders. Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.
- Ashby, W.A. y Wilson, G.T. (1977). Behavior therapy for obesity: booster sessions and long-term maintenance of weight loss. *Behavior Therapy*, 15, 451-463.
- Beneke, W.M. y Paulsen, B.K. (1979). Long-term efficacy of a behavior modification weight loss program: A comparison of two follow-up maintenance strategies. *Behavior Therapy*, 10, 8-13.
- Bennett, G.A. (1986). Behavior therapy for obesity: A quantitative review of the effects of selected treatment characteristics on outcome. *Behaviour Therapy*, 17, 554-562.
- Brownell, K.D. (1980). *The Partnership Diet Program*. Nueva York: Rawson-wade.
- Brownell, K.D., Greenwood, M.R.C., Shrager, E.E. y Stellar, E. (en prensa). *Dieting induced efficiency: Metabolic and behavioral adaptations to cycles of weight loss and regain*.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(7), 765-782.
- Brownell, K.D. y Stunkard, A.J. (1981). Couples training, pharmacotherapy, and behavior therapy in the treatment of obesity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1224-1229.
- Craighead, L.W. (1984). Sequencing of behavior therapy and pharmacotherapy for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 190-199.
- 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*. Nueva York: Plenum Press.

- Craighead, L.W., Stunkard, A.J. y O'Brien, R.M. (1981). Behavior therapy and pharmacotherapy for obesity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 763-768.
- Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Dubbert, P.M. y Wilson, T. (1983). Treatment failures in behavior therapy for obesity: Causes, correlates, and consequences. En E. Foa y P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Treatment failures in behavior therapy* (pp. 263-288). Nueva York: Wiley and Sons.
- Ferster, C.B., Nurnberger, J.I. y Levitt, E.E. (1962). The control of eating. *Journal of Mathematics*, 1, 87-109.
- Foreyt, J.P., Goodrick, G.K. y Gotto, A.M. (1981). Limitations of behavioral treatment of obesity: Review and analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 159-174.
- Foreyt, J.P., Mitchell, R.E., Garner, D.T., Gee, M., Scott, L.W. y Gotto, A.M. (1982). Behavioral treatment of obesity: results and limitations. *Behavior Therapy*, 19, 153-161.
- Gormally, J., Rardin, D. y Black, S. (1980). Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 179-191.
- Gotestam, K.G. (1979). A three-year follow-up of a behavioral treatment for obesity. *Addictive Behaviors*, 4, 179-183.
- Graham, II, L.E., Taylor, C.B., Hovell, M.F. y Siegel, W. (1983). Five-year follow-up to a behavioral weight-loss program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 322-323.
- Hall, S.M., Bass, A. y Monroe, J. (1978). Continued contact and monitoring as follow-up strategies: A long-term study of obesity treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 139-147.
- Hall, S.M., Hall, R.G., Borden, B.L. y Hanson, R.W. (1975). Follow-up strategies in the behavioral treatment of overweight. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 167-172.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: General overview. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp.3-70). Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- 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 posttreatment contact by mail and telephone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 404-413.
- Rosenthal, B.S. y Marx, R.D. (1981). Determinants of initial relapse episodes among dieters. *Obesity and Bariatric Medicine*, 10, 94-97.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Santacreu, J. y Scigiano, R. (1986). Programa de autocontrol de la obesidad: Datos de un año de seguimiento. *Estudios de Psicología*, 25, 121-138.
- Sternberg, B.S. (1985). Relapse in weight control: Definitions, processes, and prevention strategies. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change* (pp. 521-545). Nueva York: Guilford Press.
- Stuart, R.B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 357-365.
- Stuart, R.B., Mitchell, C. y Jensen, J. (1981). Therapeutic options in the management of obesity. En C. Prokop y L. Bradley (Eds.), *Medical psychology: Contribution to behavioral medicine* (pp. 321-353). Nueva York: Academic Press.
- Stunkard, A.J. (1982). Obesity. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy* (pp. 535-573). Nueva York: Plenum Press.
- Stunkard, A.J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults. En: A.J. Stunkard and E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp.157-173). Nueva York: Raven Press.
- Vera, M.M. y Fernández, M.C. (1986). Programa de intervención cognitivo-conductual para el control de sobrepeso. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4(1), 81-88.
- 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, 482-486.
- Wilson, G.T. (1980). Behavior therapy for obesity. En A.J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp.325-344). Filadelfia: Saunders.
- Wilson, G.T. (1985). Psychological prognostic factors in the treatment of obesity. En J. Hirsch y T.B. Von Itallie (Eds.), *Recent advances in obesity research* (vo. 4, pp. 301-311). Londres: Libbey.
- Wilson, G.T. y Brownell, K.D. (1980). Behavior therapy for obesity: An evaluation of treatment outcome. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 3, 49-86.
- Wing, R.R. y Jeffery, R.J. (1979). Outpatient treatments of obesity: A comparison of methodology and results. *International Journal of Obesity*, 3, 261-279.