

LAS TÉCNICAS DE AUTOCONTROL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. UN CAMINO HACIA LA ELECCION TERAPEUTICA

*Tomas Pujol Sanso
M^a Luisa Ramon Alvarez
Palma de Mallorca*

RESUMEN

En este artículo se revisan los estudios más significativos de las técnicas de autocontrol aplicadas a la obesidad. Se dedica especial atención a los trabajos de Stunkard, Brengelman, Mahoney y Ferguson. También se insiste en la necesidad de seguir aproximándonos a tratamientos más específicos e individualizados.

PALABRAS CLAVES: Evaluación de tratamientos en obesidad, autocontrol en obesidad.

SUMMARY

In this article, the most significant studies about self-control techniques applied to obesity, are reviewed. We have dedicated special attention to Stunkard, Brengelmann, Mahoney and Ferguson's researchs. We also insist on the necessity to continue the approximation towards more specific and individualized treatments.

KEY WORDS: Evaluation of self-control in obesity.

1. INTRODUCCION

En un artículo anterior (Pujol, 1982) revisamos los fundamentos teóricos y las principales técnicas de modificación de conducta que se han aplicado en el tratamiento de la obesidad. En aquél momento no desarrollamos las técnicas de autocontrol ya que su importancia merece un estudio específico. Aquí pues, se describen los estudios más significativos del autocontrol aplicados al sobrepeso, también se apunta la necesidad de seguir aproximándonos a tratamientos más específicos e individualizados.

Como indica Brengelmenn (1977), las autoterapias o técnicas de autocontrol son las que intentan enseñar a los pacientes a tratar se a sí mismos. Este enfoque tiende a cambiar el papel del terapeuta, se considera a cada paciente de acuerdo con sus condiciones y necesidades particulares.

Muchos investigadores (Stunkard y Mahoney -en Leitenberg, 1982-; Polly, Turner y Sherman -en Krumboltz y Thoresen, 1982-; Garrido, 1983; etc.) destacan que los programas de autocontrol son en la actualidad las técnicas más adecuadas para el tratamiento de la obesidad.

Son múltiples los procedimientos de autocontrol desarrollados para el tratamiento del sobrepeso, Jeffrey (1977) distingue los que se refieren al control de estímulo antecedentes y los que consisten en el control de las consecuencias. Los primeros se centran en el control del ambiente próximo, ejercicio físico, estudio de los valores calóricos, etc. El control de consecuencias abarca la autoaplicación del premio o castigo. En general los programas aplicados incluyen ambos controles.

2. LOS PIONEROS DEL AUTOCONTROL EN OBESIDAD

El artículo de Ferster, Nurnberger y Levitt (1962) es la publicación que marca el inicio del tratamiento del sobrepeso a partir del autocontrol. Estos autores describen un procedimiento que incluyó cuatro etapas:

- a) Estipular las variables que determinaban la ingestión.
- b) Determinar la forma de manipular esas variables.
- c) Identificar los efectos indeseables de comer en exceso.
- d) Diseñar un método para desarrollar el autocontrol que se requería.

Puesto que el aumento real de peso es muy distante del acto de comer como para que éste tenga consecuencias aversivas inmediatas, se utilizó una práctica verbal para incrementar un repertorio oral activo que se relacionara con las consecuencias aversivas finales de la obesidad. Para lograr un control de estímulo más exacto, el terapeuta prescribió que el comportamiento de comer sólo podría ocurrir en un lugar determinado y a horas específicas, además todas las actividades relacionadas con la comida debían controlarse estrictamente.

La publicación de Stuart (1967) merece también especial atención, supone la consolidación de los procedimientos utilizados por Ferster, Nurnberger y Levitt. En su artículo detalla el contenido del programa a partir de una serie de entrevistas. En la inicial incluye el registro del tiempo, la naturaleza, cantidad y circunstancias de todos los consumos de bebida y comida. Se exigía registrar el peso cuatro veces al día, como recordatorio del programa terapéutico y como medio para averiguar las fluctuaciones del peso corporal. También se pidió al paciente que enumerara los comportamientos que se podrían utilizar como reforzadores positivos y sus mayores temores relacionados con el aumento de peso. Después de estos registros el primer paso del programa requería que se interrumpieran las comidas durante un tiempo determinado, dos o tres minutos, en este momento el paciente debía dejar sus cubiertos sobre la mesa y permanecer sentado.

En las entrevistas ulteriores se instruyó al paciente para que quitara la comida de todos los lugares de la casa, excepto de la cocina y que sólo tuviera alimentos que requerían preparación. Se le explicó que hiciera del comer una "experiencia pura", esto es, que no aparejara esta actividad con ninguna otra. En estas etapas se utilizó el método de restringir el control de estímulos y disociar el comer de otras respuestas.

La cartilla del peso se revisaba en todas las entrevistas como signo del progreso. En las últimas sesiones también se utilizó la sensibilización encubierta según las normas de Cautela.

En un artículo posterior, Stuart (1971) refina aún más las técnicas expuestas y partiendo del enfoque de que el sobrepeso es la consecuencia de un balance positivo de energía otorga al ejercicio físico una importancia especial. En esta perspectiva también puede incluirse el trabajo de Harris y Hallbauer (1973).

3. DESARROLLOS POSTERIORES Y VALIDACION DEL AUTOCONTROL

Brevemente repasaremos algunas de las principales aportaciones que se desarrollaron en la década de los 70, que se han caracterizado por perfilar los tratamientos y especialmente por investigar las posibilidades del autocontrol con respecto a otras técnicas. Esta última faceta es la que más destacaremos en este apartado.

Una de las primeras validaciones es la de Harris (1969), que comparó un grupo control con un grupo de autocontrol que incluía el control de estímulos y el autoreforzamiento, los resultados apoyaron la validez de estas técnicas.

Wollersheim (1970), aunque desde una perspectiva más general pero con una notable exposición experimental, llega también a resultados favorables.

Penick (1971) comparó un grupo al que aplicó distintas técnicas de autocontrol con otro en psicoterapia, demostró mejores resultados con las técnicas de modificación de conducta.

Romanczyk y cols., (1973) presentan dos niveles de investigación. En el primero compararon técnicas de autocontrol, gratificaciones monetarias, imágenes aversivas y aprendizaje de la relajación; en general las técnicas de autocontrol sugirieron mejores resultados. En segundo lugar estudiaron los efectos a largo plazo y una vez más las técnicas de autocontrol demostraron mayor operancia.

Mahoney y cols., (1973) después de comparar diversas técnicas de autodirección sugieren que las estrategias de autogratificación son superiores a las de autocastigo. En un estudio posterior, Mahoney (1974) demostró que la autogratificación es más efectiva cuando se aplica al perfeccionamiento de los hábitos alimenticios que cuando persigue directamente la pérdida de peso.

Jeffrey (1974) comparó tres grupos, dos de autocontrol y uno de control externo, los resultados sugieren mayores éxitos para los grupos de autocontrol.

Harris y Bruner (1975) describen dos experimentos. En el primero, con una muestra de 26 mujeres y 6 hombres de edades comprendidas entre 18 y 48 años, se comparó un grupo de autocontrol con las técnicas comunes, un grupo que seguía técnicas de contrato mediante multas y premios y, por último, un grupo control. Se dedujo que el tratamiento mediante contrato parece favorecer la motivación, pero a corto plazo. Un segundo experimento sólo pudo comparar el grupo de autocontrol con un grupo de control placebo, el grupo por contrato no se pudo formar. De esta parte de la investigación se dedujo que un programa efectivo de tratamiento de-

be incluir una fuerte atracción y retención de los participantes, asistirlos con frecuencia y facilitarles que sigan perdiendo peso al finalizar el tratamiento, o en todo caso a mantener el peso.

Reynolds y Paulsen (1976) se refieren a la importancia del control de estímulos en el tratamiento de la obesidad y a sus efectos beneficiosos al compararlo con otras técnicas. En este mismo sentido se pronuncian Vincent y cols., (1976).

En cuanto al mantenimiento del peso hay que apuntar dos artículos representativos de Hall (1973, 1974) que son poco optimistas. En el primero, después de citar otros estudios con resultados positivos concluye que su investigación da pocas esperanzas a los dos años de haber terminado el tratamiento. En el segundo indica que tanto los sujetos sometido a control externo recuperaron el peso en los meses siguientes al tratamiento.

Desde luego estos resultados no coinciden con la mayor parte de bibliografía existente. De todas maneras hay que destacar la falta de estudios verdaderamente fiables sobre el mantenimiento del peso a largo plazo.

Con respecto al autocontrol y después de la revisión de los trabajos existentes, Jeffrey (1977) sugiere las siguientes pautas de interés:

a) La información al paciente sobre los estímulos antecedentes, el control de los hábitos alimenticios y la práctica del ejercicio es esencial para un buen tratamiento.

b) Conviene preocuparse más de las conductas alimenticias y del ejercicio que de la estricta pérdida de peso, que en realidad es la consecuencia de lo primero.

c) Parece ser que la combinación de las técnicas de control de estímulos y del autocontrol de los refuerzos es más ventajosa que la aplicación individual de cada una.

d) Es necesario investigar más sobre el hecho de que los diferentes sujetos obtienen resultados muy dispares.

e) Las técnicas de grupo pueden mejorar el autocontrol, pero por sí solas son insuficientes.

f) Es absolutamente necesaria la colaboración del paciente.

Por último hay que señalar las amplias posibilidades que ofrece el autocontrol para el tratamiento de grandes poblaciones, puesto que no exige la presencia permanente del terapeuta. Así Kruskemper y cols., (1979) informan que en el primer semestre de

1977 se realizó por televisión una campaña para el tratamiento de la obesidad en Alemania. De todas maneras los resultados no fueron demasiado alentadores. El teléfono, la prensa, el correo, etc. son otros medios posibles para aplicar estas técnicas.

4. ALGUNAS APLICACIONES REPRESENTATIVAS

Hemos dejado para un apartado específico la revisión en profundidad de una serie de artículos que por su significación merecen una atención especial. Se caracterizan por el empleo muy estructurado del autocontrol y, en ocasiones, por la inclusión de otras técnicas.

4.1. El tratamiento descrito por Stunkard (1972)

El programa se basa en gran parte en las técnicas de autocontrol de Ferster y colaboradores y se fundamenta en los siguientes puntos:

- Descripción de la conducta a controlar: se pidió a los pacientes que hicieran un informe diario de la cantidad, tiempo y circunstancias de su conducta alimenticia.
- Modificación y control de los estímulos discriminativos: en un intento para reducir estos estímulos los pacientes eran alentados a comer siempre en la cocina, al mismo tiempo se les pedía que mientras comieran no debían realizar otras actividades (leer, ver la televisión, hablar con los familiares, etc.)
- Técnicas para controlar el acto de comer: debían procurar comer despacio, para ello tenían que contar los bocados, colocar los cubiertos en el plato después de cada tercer bocado y parar algunos minutos durante la comida.
- Control de los refuerzos alimenticios: mediante puntos que podían cambiarse por dinero.

4.2. El tratamiento descrito por Brengelman (1975)

Este método fue aplicado en Alemania. Se trata de un programa que puede considerarse de "amplio espectro", al mismo tiempo y bien utilizado permite una individualización del tratamiento muy aceptable. Pensamos que es una de las muestras más representativas del autocontrol aplicado al sobrepeso. Consiste en los siguientes puntos:

- 1) Información: de distintos aspectos de la nutrición, información calórica e indicación expresa de los inconvenientes del alcohol.

2) Cálculo de calorías: entrenamiento en el cálculo de calorías, información acerca de la necesidad individual de calorías.

3) Tarjeta alimenticia: que permita el registro de la frecuencia, duración y distribución temporal de las comidas y de las circunstancias inmediatas unidas al consumo de alimentos y bebidas. Registro de calorías.

4) Reglas conductuales: ejercitación de reglas comportamentales destinadas a limitar situacional, temporal y cuantitativamente el consumo alimenticio. Se trata del componente más importante y agrupa las siguientes normas:

- Informar al máximo número de personas acerca de las intenciones de perder peso.
- Elegir un lugar de la vivienda y comer siempre allí.
- Evitar cualquier actividad durante la comida excepto la conversación.
- Comer pequeñas porciones y bocados.
- Masticar lentamente y fijarse en el sabor.
- Siempre debe sobrar algo de comida en el plato.
- Esperar entre 15 y 20 minutos para comer cuando se siente hambre, rellenando este tiempo con actividades agradables.
- No beber durante las comidas.
- Inventar platos apetitosos de bajo contenido calórico.
- Reglamentar la compra y almacenamiento de alimentos.

5) Tarjetas de movimientos: registro de la actividad. Información del consumo energético conseguido mediante el ejercicio llevado a cabo.

6) Contrato de terapia: pago de una fianza, compromiso a una participación sistemática.

7) Control de peso.

8) Un programa de autoafirmación para el manejo de situaciones difíciles: invitar a comer, los fines de semana, celebración de fiestas, etc.

9) Un programa de recompensas: se induce a que el sujeto aprenda a organizar sus éxitos.

4.3. El tratamiento descrito por Mahoney y Mahoney (1976)

Que aplicaron a un grupo de 13 sujetos (9 mujeres y 4 hombres) el siguiente tratamiento:

- Autoinstrucción: los sujetos registraban sus hábitos alimenticios diarios en tres categorías (cantidad, calidad y situa

ción de control). Se daba énfasis al cambio de conducta más que a la pérdida de peso.

- Consejos nutritivos: se instrumentaba al paciente con los conocimientos básicos de nutrición, metabolismo y digestión. Una dieta integrada en un permanente estilo de vida.
- Actividad física: se animaba a los sujetos a métodos para incrementar el gasto de energía y mejorar la función cardiovascular.
- Técnicas de control de estímulos: que hacían especial hincapié en cinco aspectos domésticos, separar la comida de las demás actividades, usar alimentos hipocalóricos, alterar las porciones alimenticias y sus apariencias, comer despacio y reducir la comida para evitar desperdicios.
- Entrenamiento de relajación.
- Manejo del soporte social: se invitaba a las familias de los pacientes para que les ayudaran animando, que evitaran ofrecer alimentos, comprometer su propia comida, evitar críticas, etc.
- Técnicas de autoreforzo.

4.4. El tratamiento descrito por Ferguson (1976)

Se refiere al programa de tratamiento de la obesidad que se desarrolló durante 20 semanas en el Stanford Eating Disorders Clinic. Las lecciones eran las siguientes:

- 1) Introducción hacia el comportamiento del control de peso, principios básicos de modificación de conducta.
- 2) Determinadas reglas a seguir: comer en un mismo sitio, eliminar otras actividades durante la comida, etc.
- 3) Cambiar el acto de comer: comer más despacio, dejar los cubiertos sobre el plato, etc.
- 4) Sustitución de los comportamientos anteriores.
- 5) Análisis de conducta, feed-back y mantenimiento.
- 6) Pensar con insistencia sobre la comida que debe rechazarse.
- 7) Comprensión de los estímulos asociados al comer.
- 8) Incremento sistemático del desgaste de energía.
- 9) Temas de discusión sobre restaurantes y vacaciones.
- 10) Soporte ambiental, familia y amigos.
- 11) Progreso, mantenimiento y evolución ponderal.
- 12) La dieta conductista: una introducción a la dieta de Stuart

y Davis.

- 13) Autoinstrucción I: incrementar el diálogo interno.
- 14) Autoinstrucción II: intento de cambiar el diálogo interno.
- 15) Autoinstrucción III: ejercicios para cambiar la autoimagen.
- 16) Control del hambre y la saciedad mediante refuerzos positivos y negativos.
- 17) Programa de autocontingencia diario.
- 18) Programa de contingencia con los demás.
- 19) Cómo evitar las influencias sociales para comer.
- 20) Revisión final y discusión del mantenimiento.

Estas lecciones se impartían en grupos de 6 a 13 personas sin discriminación de edad o sexo.

4.5. El tratamiento descrito por Polly, Turner y Sherman (en Krumboltz y Thoresen, 1982)

Describen un programa de 6 semanas que en líneas generales abarca lo siguiente:

Primera semana

- Análisis de conducta.
- Autorregistro de la ingesta, peso corporal y estímulos ante cedentes.
- Planificación del programa alimenticio para reducir el consumo calórico.
- Fijación de los objetivos.

Segunda semana

- Autorregistro público para conseguir reinducción.
- Cambio de la conducta alimenticia con el objeto de retardar el ritmo.
- Ruptura de las cadenas alimenticias por cualquiera de los eslabones.
- Cambio de las señales para comer que lleven a comportamientos apropiados.
- Poniendo difíciles las cosas para dificultar la ingestión impulsiva.

Tercera semana

- Contrato de contingencias para mantener la motivación del cliente.
- Uso de actividades competidoras para concretar respuestas incompatibles.
- Alteración de las señales sociales.
- Control de las emociones que señalan la acción de comer y actividades incompatibles con las mismas.

Cuarta semana

- Sistema de recompensas explicando que la conducta alimenticia específica puede ser modificada por medio del control de sus consecuencias. El cliente se autoadjudica puntos para conseguir unos premios elegidos con anterioridad.

Quinta semana

- Un sistema de autocastigo que resta puntos de los descritos antes.
- Arreglos con respecto a las consecuencias sociales.

Sexta y última semana

- Se revisa todo lo anterior y se procura por diferentes medios la consecución del mantenimiento de peso.

5. VALORACION DE LAS TECNICAS DE AUTOCONTROL EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA PSICOLOGIA

Durante cierto tiempo el conductismo y en parte la modificación de conducta han dejado a un lado al sujeto y se han preocupado exclusivamente de los estímulos y refuerzos observables directamente. Esta tendencia ha variado de manera considerable y las técnicas de autocontrol son una buena prueba de ello.

Estas técnicas aportan también nuevas perspectivas en el campo de la terapia conductual. En este sentido Kanfer (1978) señala que la modificación de conducta se dirige a la contribución del paciente a su propio tratamiento y a precisar los efectos del contexto social y terapéutico sobre varias secciones del proceso de tratamiento. Es la antítesis del hombre mecanicista, pasivo y ambivalente de Watson. El autocontrol representa en la actualidad esta tendencia. Se basa en un modelo de hombre activo y se apoya en un punto de vista interactivo de la personalidad. Además incluye como objetivos conductas que no son directamente observables y que sólo pueden ser inferidas a partir de acciones subsecuentes o de autoinformes.

Yela (1980) señala que los conductistas deben recurrir a explicaciones psiconeurológicas y cognitivas, de tal manera que el conductismo como sistema ha dejado de existir. La teoría y la práctica de la modificación de conducta van exigiendo el estudio de variables nuevas y particulares de carácter ambientalista, auto-generadas y biológicas.

La aceptación de este enfoque es lo que nos lleva a afirmar que la aplicación de las técnicas de autocontrol en el tratamiento de la obesidad cumplen en gran medida estas exigencias. Nos

encontramos de lleno en el contexto de la medicina conductual y bordeando las perspectivas cognitivas.

En un artículo ya publicado por uno de nosotros y que hemos citado antes (Pujol, 1982), se diseñaba el análisis conductual de la sobrealimentación a partir de la ecuación de Kanfer y Phillips (1976) como soporte teórico de las diferentes técnicas de modificación de conducta, y seguimos manteniendo lo mismo, pero queremos precisar que a nuestro entender las técnicas de autocontrol son las que mejor, aunque no por completo, se solapan con dicha ecuación.

6. CONCLUSION: LA ALTERNATIVA DE LOS TRATAMIENTOS SELECTIVOS

En otro lugar (Pujol, 1983) se ha destacado la importancia de un enfoque multifactorial de la obesidad, criterio que corrobora todavía más nuestro punto de vista del apartado anterior. Pero también es cierto que este enfoque nos lleva a entender que la obesidad es un trastorno particular y singular, cada sujeto tiene su obesidad. Aunque existe un marco etiológico global, cada persona tiene su propia etiopatogenia. De esta manera es preciso que las terapias se adapten a ello y no basta el esfuerzo que los estudiosos del autocontrol han hecho hasta ahora, tenemos que seguir trabajando para desarrollar estrategias de tratamiento que supongan una sólida "elección terapéutica" y, en los casos necesarios, creemos que en la mayoría, tratamientos combinados.

No es suficiente garantía concluir que ha sido válida una técnica determinada para un porcentaje elevado de casos, mientras que otra técnica ha dado resultados inferiores. Hay que evaluar las características de personalidad, psicopatológicas o cognitivas (también habría que precisar las que deben tenerse en cuenta) que poseían los distintos sujetos tratados. Muy bien podría suceder que la técnica con resultados inferiores fuera más válida para determinadas estructuras de personalidad.

Es posible que estemos equivocándonos al investigar experimentalmente el comportamiento de grupos sin tener en cuenta nada menos que las variables de personalidad u otras similares, que es muy probable que no se distribuyan armónicamente en cada uno de los grupos. Si se nos permite exagerar podría estar sucediendo que estemos diseñando investigación psicológica con experimentos muy contaminados por variables extrañas, que precisamente son el principal objeto de nuestra ciencia.

El ejemplo anterior se refiere a la evaluación de un determinado tratamiento, pero caben infinidad de posibles errores en diferentes situaciones. Así pues, un error de este tipo en el campo específico de la obesidad es la prescripción fija de una dieta de ciertas calorías a un grupo de sujetos, cuando es bien sabido que

el consumo energético es una medida individual. Este tipo de argumentación es múltiple y variada.

La investigación que recientemente hemos publicado (Pujol, 1984) nos sugiere bastante de lo que llevamos dicho y corrobora de una manera u otra ciertos planteamientos de Eysenck (1972a, 1972b), Pelechano (1972), Brengelmann (1975), lo ya expuesto de Kanfer y otros muchos. Se demuestra la influencia de la personalidad, o mejor, de ciertos parámetros psicopatológicos en la pérdida de peso durante el tratamiento.

Como es lógico lo que venimos diciendo no es específico de la obesidad, sino de muchos campos de la psicología terapéutica. Estamos convencidos de que la aplicación indiscriminada de técnicas de modificación de conducta u otras terapias, a personas no reconocidas en su particularidad tiene poco sentido y esta perspectiva tiene reservada en un plazo corto de tiempo el mismo lugar que el conductismo de la "caja negra".

BIBLIOGRAFIA

- BRENGELMANN, J.C.: Terapia de dependencia y adicción: tabaco, comida, alcohol y drogas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1975, 0, 105-127.
- BRENGELMANN, J.C.: Técnicas de modificación de conducta: Algunas corrientes actuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1977, 4, 3-17.
- EYSENCK, H.J.: *Sense and nonsense in psychology*. Penguin Books, 1972a.
- EYSENCK, H.J.: *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Fontanella, 1972b.
- FERGUSON, J.M.: A clinical program for the behavioral control of obesity. En Williams, b.J.: *Obesity. Behavioral approaches to dietary management*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- FERSTER, C.B.: The control of eating. *J. Mathetics*, 1962, 1, 87.
- GARRIDO, I.: ¿Fracaso o éxito de las técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad?. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1983, 1, 123-139.
- HALL, S.M.: Behavioral treatment of obesity: a two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 647-648.
- HALL, S.M.: Permanence of two self-managed treatments of overweight in university and community populations. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 781-786.
- HARRIS, M.B.: Self-directed program for weight control: a pilot study. *Journal of*

- Abnormal Psychology, 1969, 74, 263-270.
- HARRIS, M.B.; BRUNNER, C.G.: A comparison of a self-control and a contract procedure for weight control. Behaviour Research and Therapy. 1972, 9, 347-354.
- HARRIS, M.B.; HALLBAUER, E.S.: Self-directed weight control through eating and exercise. Behaviour Research and Therapy, 1973, 11, 523-529.
- JEFFREY, D.B.: A comparison of the effects of external control and self-control on the modification and maintenance of weight. Journal of Abnormal Psychology 1974, 83, 404-410.
- JEFFREY, D.B.: Self-control techniques. En FOREYT, J.P.: Behavioral treatments of obesity. Oxford: Pergamon Press, 1977.
- KANFER, F.H.: Las múltiples caras del autocontrol o la modificación de conducta cambia su centro atencional. Análisis y Modificación de Conducta. 1978, 5, 11-61.
- KANFER, F.H.; PHILLIPS, J.S.: Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. México: Trillas, 1976.
- KRUMBOLTZ, J.D.; THORESEN, C.E.: Métodos de consejo psicológico. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1982.
- LEITENBERG, H.: Modificación y terapia de conducta. Tomo 1. Madrid: Morata, 1982.
- MAHONEY, M.J. y otros: Relative efficacy of self-reward, self-punishment, and self-monitoring techniques for weight loss. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 40, 404-407.
- MAHONEY, M.J.; MAHONEY, K.: Treatment of obesity: A clinical exploration. En B.J. Williams: Obesity. Behavioral approaches to dietary management. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- PELECHANO, V.: Personalidad y terapia de conducta: Un método de análisis relacional. Archivos de Neurobiología, 1972, 6, 488-516.
- PENICK, S.B. y otros: Behavior modification in the treatment of obesity. Psychosomatic Medicine, 1971, 33, 49-55.
- PUJOL, T.: La terapia de conducta en obesidad. Análisis y Modificación de Conducta, 1982, 17, 57-75.
- PUJOL, T.: Psicología de la alimentación: Su incidencia en la obesidad común. Hacia una perspectiva multifactorial. Estudios de Psicología, 1983, 14/15, 139-150.
- PUJOL, T.: Personalidad y evolución ponderal durante el tratamiento de sujetos con sobrepeso. Revisión teórica de la cuantificación de las variables de evi-

lución ponderal. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1984, 26, 463-481.

REYNOLDS, W.T.; PAULSEN, B.K.: Stimulus control as the behavioral basis of weight loss procedures. En B.J. Williams: *Obesity. Behavioral approaches to dietary management*. New York: Brunner/Mazel, 1976.

ROMANCZYK, R.G. y otros: Behavioral techniques in the treatment of obesity: A comparative analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 629-640.

STUART, R.B.: Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, 1967, 5, 357-365.

STUART, R.B.: A three-dimensional program for the treatment of obesity. *Behavior Research and Therapy*, 1971, 9, 177-186.

STUNKARD, A.J.: New therapies for the eating disorders. *Archs. Gen. Psychiat.* 1972, 26, 391-398.

VINCENT, J.P. y otros: Effect of deposit contracts and distractibility on weight loss and maintenance. En B.J. Williams: *Obesity. Behavioral approaches to dietary management*. New York: Brunner/Mazel, 1976.

WOLLERSHEIM, J.P.: Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 462-474.

YELA, M.: La evolución del conductismo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1980 11/12, 147-179.