

TRATAMIENTO DE UN CASO DE SOBREPESO

A. Gavino Lázaro
I. Hombrados Mendieta(*)

RESUMEN

Este estudio presenta la elaboración y aplicación de un programa terapéutico, basado en técnicas de Modificación de Conducta, a un caso de obesidad leve. Los resultados indican que, tras el tratamiento, la pérdida de peso de la sujeto era de 8 kilos. Después de un seguimiento de 7 meses estos resultados se mantienen.

La eficacia del programa apunta en la dirección defendida por las autoras de que es necesario elaborar un tratamiento para cada caso individual de acuerdo con los datos obtenidos en la evaluación previa y no "paquetes terapéuticos estandares" a alteraciones conductuales.

PALABRAS CLAVES: Tratamiento de sobrepeso con seguimiento.

SUMMARY

This paper present the design and implementation of a behavioral program apply to a female patient with mild obesity. The results slowed a 8 kilogrames reduction in the weight of the subject.

(*) Departamento de Psicología de la Universidad de Málaga.

ceptores del SNC encargados de tal misión. Otros autores la consideran producto de un estado de ansiedad (JEFFREY, 1981, WOLPE, 1958, 1969). Sin embargo, ninguna teoría presenta investigaciones con resultados concluyentes. Ante este panorama, algunos autores han propuesto una serie de causas explicativas recogidas de distintas teorías que llevan a un tratamiento compuesto de un conjunto de técnicas encargadas de trabajar sobre cada una de dichas causas (SANTACREU, 1985).

Por otra parte, hay autores que diferencian dentro de los obesos entre aquéllos que comen grandes cantidades de comida en períodos de tiempo cortos, de aquéllos otros que no presentan tal conducta, y mantienen que los resultados en el tratamiento son muy diferentes en un caso y otro, siendo negativos en el primero (KEEFE y cols., 1984). También se ha relacionado este trastorno con variables de personalidad. YATES y SAMBRAILO (1984) sugieren que la ingestión excesiva de alimentos en poco tiempo junto con actos de eliminación (mediante vómitos, laxantes, etc.) está directamente relacionada con un alto neuroticismo, y le dan el nombre de bulimia nerviosa, diferenciándola de la bulimia, que comprendería solo la conducta de comer mucho en poco tiempo.

Las técnicas terapéuticas utilizadas para el tratamiento de la obesidad son varias y dependen tanto de los motivos que instigan al sujeto a comer en demasía (problemas en habilidades sociales, problemas familiares, profesionales o incluso de inactividad) como de la forma en que se lleva a cabo la ingestión de alimentos (hábitos alimenticios, estímulos externos relacionados con la comida). Entre estas técnicas más utilizadas podemos citar las de control de estímulos (STUART, 1967, 1971; PENICK y cols., 1971); las aversivas (FOREYT y KENNEDY, 1971; MEYER y CRISP, 1964; MORGENSTER, 1974); de reforzamiento (FOXX, 1972; MOOREE y CRUM, 1971 UPPER y NEWTON, 1971); encubiertas: condicionamiento operante encubierto (HOMME, 1965) y sensibilización encubierta (CAUTELA, 1966; FOREYT y HAGEN, 1973); y técnicas cognitivas (MAHONEY y MAHONEY, 1976; MARLATT y GORDON, 1979; WILSON, 1980).

Se han aplicado otras muchas con éxito notable (para mayor información GARRIDO, 1983; PUJOL, 1982; SANTACREU, 1985). Sin embargo, la falta de datos concluyentes, así como la falta de seguimientos largos en gran parte de los trabajos publicados sobre tratamientos, ha llevado a autores como YATES (1975) a cuestionar la eficacia de la modificación de conducta en esta clase de problemas. Si bien es cierta la falta de seguimientos en muchos de los trabajos publicados, cosa también muy frecuente en el tratamiento de otras conductas problemáticas, hay datos que abogan por una mayor efectividad de las técnicas conductuales en comparación con otras clases de tratamiento (STUNKARD, 1976). GARRIDO (1983) añade que junto con la pérdida de peso y su mantenimiento, es necesario tener en cuenta en los resultados otros aspectos tales como

el cambio positivo de la imagen corporal por parte del sujeto, y los beneficios que el tratamiento ofrece en las relaciones familiares, profesionales, sexuales y sociales.

De acuerdo con lo que acabamos de decir, creemos necesario hacer hincapié en que el programa ha sido elaborado para este caso en concreto ya que, al igual que otros autores (SANTACREU, 1985), consideramos que la efectividad de todo tratamiento depende del diseño previo que se establezca de acuerdo con los datos obtenidos en una evaluación exhaustiva y estructurada acorde con el problema que plantea un sujeto concreto. La aplicación de "paquetes terapéuticos estándares", tan en boga hoy en día, presenta, a nuestro juicio, múltiples problemas ya que se parte del supuesto de que el trastorno es la única variable a considerar y además que dicha variable tiene unas causas y efectos similares en unas y otras personas. Por otra parte, estos paquetes terapéuticos recogen tal cantidad de técnicas que es difícil, cuando no imposible, llegar a conocer la aportación de cada una en la solución del problema a tratar.

Así pues, la elección de las técnicas ha estado en función de la información obtenida a través de un análisis funcional. Es cierto, sin embargo, que se ha aplicado aquí un "paquete terapéutico", pero éste se ha elaborado adecuándolo al caso presentado. Hemos procurado delimitar la función de cada técnica respecto a la conducta a la que iba dirigida y los resultados conseguidos en ésta así como especificar el momento de su aplicación según tuviera como objetivo el propio tratamiento o el mantenimiento de los resultados obtenidos una vez finalizada la intervención terapéutica.

2. METODO

La cliente es una mujer de 23 años, estudiantes de Filosofía y Letras que acude a nosotros por un problema de obesidad.

Sitúa el origen del mismo en la adolescencia ya que hasta entonces estaba muy delgada según informa ella misma y sus propios familiares.

A lo largo de estos años ha hecho varias tentativas de adelgazamiento pero nunca ha conseguido seguir un régimen a pesar de que lograba perder peso con ellos, tras un período más o menos corto, lo abandonaba sin dar razones claros del por qué. En consecuencia, volvía a recobrar el peso perdido.

al llegar a nosotros su peso es de 63 kilos y su estatura de 1.59.

Evaluación

Se llevó a cabo una entrevista con la cliente en la que se recogió una información lo más exhaustiva posible sobre su problema. Los datos obtenidos indicaron que los hábitos alimenticios eran un problema, por lo que decidimos elaborar unas hojas de registro en las que las categorías a establecer se elaboraron entre terapeuta y cliente (ver CUADRO Nº 1).

CUADRO Nº 1: Elaboración de las hojas de auto-registro.

CONDUCTA MANIFIESTA

Antecedentes: Oler a comida.

Ver a otra persona comer.

Ver comida

Por ofrecimiento (le llaman a comer, le invitan etc.).

"Por gusto"

Conducta de comer:

Tiempo que tarda en comer (10, 15, 20, 35, minutos).

Postura (sentado, acostado, de pie).

Cantidad que come (adecuada, poca, mucha)

Tipos de alimentos (hidratos, vitamina, proteínas, etc.).

Consumición de la comida (entera, dejarla empezada, comer la mitad, dejar algo en el plato).

Compañía (comer sola o acompañada).

Consecuencias: Dejar de comer.

Tomar más comida.

CONDUCTA ENCUBIERTA

Antecedentes: Estado del sujeto (sentirse fatigada, aburrida optimista, agobiada, ansiosa, en una situación de problema familiar, de trabajo, etc., ninguno en especial, otros).

Conducta de comer: señalar el grado de satisfacción de 1 a 5.

Consecuencias: Haber saboreado la comida.

Sentirse mal por haber comido cosas que engordan (pasteles, etc.).

Pensar que no debería haber comido tanto.

Pensar que necesita comer más.

Ningún pensamiento ni sentimiento sobre lo que ha comido.

CONDUCTA FISIOLÓGICA

Antecedentes: Tener hambre.

Consecuencias: Estar llena.

Pesada.

Ardor de estómago.

Náuseas.

Somnolencia.

Otros.

SITUACIONES

En casa, en un bar, en la calle, en una fiesta, en la facultad en el hospital (donde hacía prácticas) y otros.

La labor de la cliente consistía en rellenar las casillas correspondientes a cada categoría con la hora en la que se producía la conducta. De esta forma, se controlaba el número de veces que emitía la conducta y la distancia en intervalos de tiempo.

Los resultados de la línea-base resumidos son los siguientes:

1. Las comidas son copiosas.
2. Come en un tiempo de 10 a 15 minutos.
3. Los intervalos de tiempo entre una comida y otra son excesivamente largos (entre 7 y 8 horas).
4. Come sola la mayor parte de las veces.
5. Come dulces de manera descontrolada (sin darse cuenta de la cantidad que ingería).
6. Come de pié en casi todas las ocasiones.
7. No tiene un horario fijo de comidas.
8. Suele comer fuera de casa.
9. Come más despacio cuando no centra su atención exclusivamente en la comida (estar hablando, oyendo música, etc.).
10. Busca justificaciones antes de ejecutar la conducta problema, y se dice sobre generalizaciones del tipo: "Si ya he tomado un dulce, hoy el día está perdido".
11. Aparecen auto-críticas y pensamientos negativos acerca de si mismo tras ejecutar la conducta-problema.

Diseño del tratamiento

Se utilizó un diseño de no reversión de cambio de criterio, según el cual el sujeto realiza una conducta determinada hasta alcanzar el criterio fijado. En nuestro caso el criterio especificado fue el tiempo que tardaba el sujeto en ingerir los alimentos de acuerdo a la pauta de conducta establecida.

Quando se alcance el criterio y se mantenga con cierta estabilidad se introducirá una nueva fase con un criterio más restrictivo.

Fases del diseño: Se acordó con el sujeto tres fases de tratamiento de diez días. Para la primera fase el tiempo que debía tardar en consumir los alimentos era de 15 minutos, en la segunda de 25 y en la tercera de 35 minutos.

Estos criterios se ajustaron principalmente para la comida de mediodía y cena, pues el tiempo también iba en relación con la cantidad de alimentos ingeridos, así el desayuno, por ser la comida más ligera, se ajustaba a criterios más flexibles.

Cada fase constaba de una serie de técnicas que explicamos en el apartado de "tratamiento" y que se repetía en las tres. Para su aplicación se utilizó una lista de reforzadores elaborados entre el terapeuta y la cliente (ver CUADRO 2) y que se distribuían, si cumplía lo estipulado, de la siguiente manera:

En el desayuno, se ponía colonia para salir a la calle. Después de la comida de media mañana (la efectuaba de acuerdo al tratamiento) llamaba por teléfono a su novio. El almuerzo se acompañaba de un café. La merienda en casa se acompañaba de actividades como leer el periódico o escuchar música. Si la hacía fuera de casa, se podía fumar un cigarrillo. Después de la cena daba un paseo. Naturalmente cualquier infracción en alguna de las comidas tenía como consecuencia la eliminación del reforzador correspondiente.

Aplicación del tratamiento

De acuerdo a los datos obtenidos en la línea-base, los objetivos planteados entre el terapeuta y la cliente fueron los siguientes:

1. Disminuir el intervalo de tiempo entre comidas.
2. Eliminar las comidas copiosas.
3. Limitar espacio-temporalmente los indicios asociados con la comida.

CUADRO Nº 2: Lista de reforzadores.

1. Colonia.
 2. Café.
 3. Tabaco.
 4. Escuchar música.
 5. Leer el periódico.
 6. Telefonar al novio.
 7. Pintarse y ponerse lentillas en lugar de las gafas.
 8. Comprarse bolígrafos.
 9. Comprarse caramelos sin azucar.
-

4. Aumentar las sensaciones de saciedad.
5. Comer únicamente sentado.
6. Evitar los alimentos con alto poder calórico.
7. Eliminar los pensamientos negativos.

Antes de poner en marcha la aplicación de las distintas técnicas, se efectuó con el sujeto un contrato de contingencias especificando lo que se pretendía conseguir con nuestra intervención terapéutica: cambio de los hábitos alimenticios. Para ello los pasos fueron los siguientes:

Se acordó que el sujeto siguiera un régimen de 1500 calorías para que los efectos de la terapia fuesen más rápidos y se determinó que cuando llevase a cabo correctamente los pasos especificados de la terapia se aplicara auto-refuerzo y, en caso contrario, auto-castigo (ver CUADRO 2).

Para cumplir con los objetivos 1, 2 y 3, se planificó con la cliente el día, de forma que fueron estudiadas las distintas posibilidades de organización de las actividades hasta lograr ajustar el horario de comidas. Se establecieron, de acuerdo con el régimen, cuatro comidas básicas: desayuno, almuerzo, merienda y cena: Si tenía hambre a media mañana podía tomar un alimento que no engordase y que fuera de su agrado (por ejemplo, un yogurt desnatado, una manzana, etc.), acompañado de un café (uno de los componentes de la lista de refuerzos). La cantidad de comida y el tipo de alimento venían especificados por el régimen.

Una vez ajustado el horario y distribuido el tiempo disponible, no había impedimento para comer en casa, aunque no siempre podría hacerlo acompañada de la familia.

Para realizar los objetivos 4 y 5, se plantearon tres técni-

cas:

a) Entrenamiento en relajación, dado que siempre llegaba a casa con prisas, lo que le inducía a comer igualmente deprisa para terminar cuanto antes.

b) Autoinstrucciones que consistían en las siguientes:

Antes de comer: "Vamos a ver ¿qué es lo que debo hacer?: Primero voy a prepararme los alimentos que voy a tomar, después me sentaré en la mesa y comeré con tranquilidad".

Durante la comida: "Saboreo los alimentos, tomo trocitos pequeños, no me precipito, así, muy bien, procuro no centrar mi atención exclusivamente en lo que como, no tan deprisa, tengo que tardar "X" minutos, con calma, hay tiempo, lo hago muy bien".

Después de comer: "he cumplido mis objetivos y me voy a aplicar un refuerzo".

Las instrucciones se dieron escritas y se grabaron para que las pudiera escuchar en casa.

c) Control estimular: que consistió en: planificar de antemano lo que se iba a comer, tanto la cantidad como el tipo de alimento para evitar "pícar" entre comidas o como mera forma de comer, poner la mesa con todos los utensilios para no levantarse mientras comía. Sentarse, cortar la comida en pequeños trozos y llevarse poca cantidad a la boca cada vez, masticar bien los alimentos, dejar el cubierto en la mesa entre bocado y bocado, no comer nunca dos cosas a la vez. En el momento de tener el plato delante contar hasta 15 antes de empezar a comer, terminar dejando algo de comida en el plato.

Para el sexto objetivo se utilizó la lista de alimentos agradables para la cliente y bajos en calorías. De esta forma se aseguraba que cuando tuviera hambre recurriera a uno de estos en lugar de otros altos en calorías. Además se aplicó un control de estímulos externo que consistía en: quitar de la vista cualquier tipo de alimentos de alto poder calórico cuando estuviera en casa (bombones, galletas, etc.). En caso de que los familiares, los padres, tomaran alguno de estos alimentos, debía de evitar estar presente realizando alguna actividad reforzante (llamar por teléfono, arreglarse, estudiar, etc.). Tener pensado qué iba a tomar antes de entrar en un bar o en un restaurante con el fin de evitar pedir algo que engordara.

Por último, el objetivo séptimo se conseguía mediante el tipo de registro propuesto por BECK (1979) que consiste en especificar: situación-emociones-pensamientos automáticos-respuestas ra-

cionales.

3. RESULTADOS

En los 30 días que duró el tratamiento, la cliente logró rebajar 8 kilos de peso, quedándose en 55 kilos.

El registro llevado a cabo durante los 30 días de tratamiento, reveló que la cliente fue aumentando gradualmente el tiempo dedicado a cada comida y que las sensaciones de saciedad llegaban antes, no realizaba comidas muy copiosas ni comía excesivamente de un determinado tipo de alimentos (dulces). Esto se mantuvo cuando el control de estímulos externos se fue eliminando a lo largo del tratamiento.

Durante el tratamiento solo se informaron pensamientos negativos en una ocasión, al comienzo de la terapia, de acuerdo al tipo de registro propuesto por BECK.

Las respuestas racionales alternativas fueron siempre comentadas con el terapeuta.

Se comprobó que los pensamientos negativos seguían siempre a la ejecución de la conducta no deseada. Conforme progresaba, decía sentirse más motivada y desaparecieron completamente aquellos pensamientos acerca de sí misma.

Respecto al tiempo utilizado para comer, las figuras I y II muestran que el sujeto desde la primera fase tardaba en comer más de 15 minutos, llegando a sobrepasar los 35 minutos al concluir la terapia.

Al finalizar el tratamiento, comía siempre sentada, siguiendo un horario de comidas y utilizando este tiempo para descansar.

Para el mantenimiento de los resultados obtenidos se le pidió que siguiera la mismas pautas de conductas adquiridas durante el tratamiento:

1. Disponer los alimentos que se van a comer, tanto el tipo, la cantidad como el lugar.
2. Relajación antes de comer.
3. Autoinstrucciones: antes-durante-después de las comidas.
4. Contar hasta 15 antes de empezar a comer.
5. Comer sentado y despacio.
6. Seguir un horario y no picar entre comidas.

Cada uno de estos puntos iba seguido del correspondiente refuerzo.

FIGURA I: Tiempo total en minutos que tarda la cliente en consumir los alimentos del almuerzo por días durante la línea base y el tratamiento.

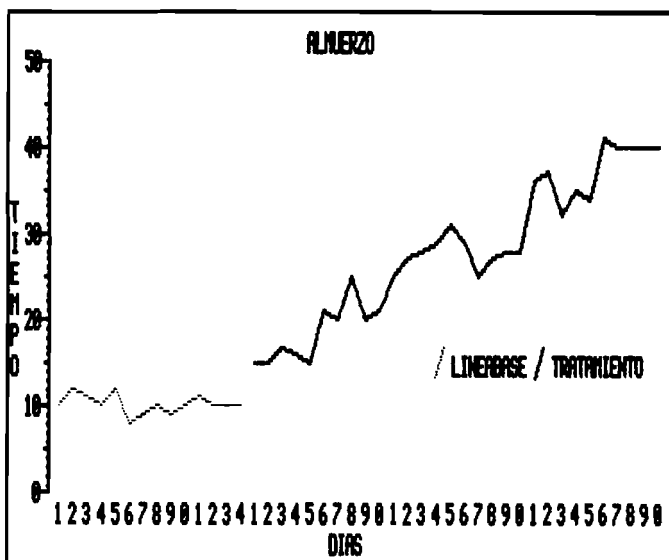
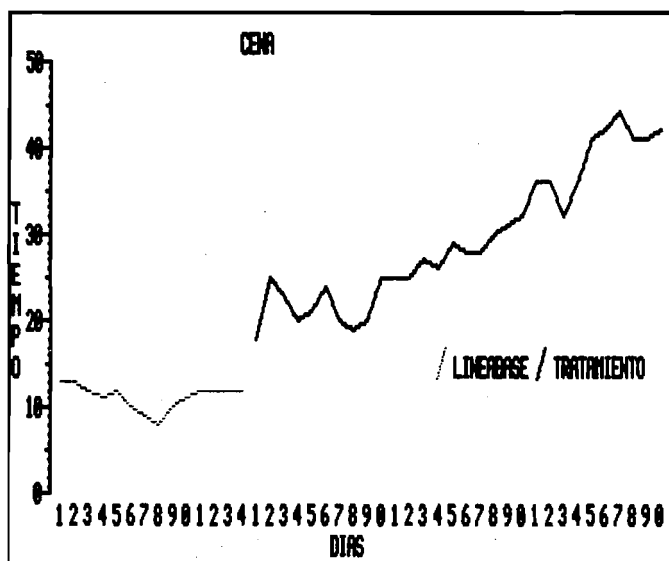


FIGURA II: Tiempo total en minutos que tarda la cliente en consumir los alimentos de la cena por días durante la línea base y el tratamiento.



Dos meses después, los resultados obtenidos no solo se habían mantenido sino que habían aumentado, ya que la cliente había rebajado cinco kilos más, pesando 50 kilos.

En la actualidad, siete meses después, continúa pesando lo mismo, 50 kilos.

4. DISCUSION

En primer lugar, diremos que la alta motivación que la cliente presentó en todo momento, pensamos, ha jugado un papel importante en el éxito de este tratamiento.

Los resultados han puesto de manifiesto, en este caso, la conveniencia de controlar el ambiente del sujeto así como darle las estrategias oportunas para que se comporte como sujeto activo durante el proceso de modificación de su propio comportamiento.

El control de estímulos ha resultado adecuado para este fin, coincidieron con lo establecido por otros autores como FERSTEN y cols., (1962) y LEITENBERG (1982), quien expresa: "las estrategias de control de estímulos permiten restringir de forma progresiva tanto el rango como la frecuencia de los estímulos asociados a la alimentación".

En nuestro caso, esta técnica que acabamos de citar ha ido acompañada de otras de autorregulación como las autoinstrucciones y la relajación que intentaban jugar un papel importante en la fase preliminar del control de estímulos, contribuyendo eficazmente a que la ejecución de la conducta deseada fuera realizada debidamente.

La planificación del tiempo del sujeto y el ajuste de un horario de comidas, hizo posible distribuir los intervalos de tiempo entre esas comidas, regular la cantidad y los lugares donde comía.

La utilización del contrato de contingencias empleando objetos calificados por la cliente como valiosos, de los especificados en la lista de reforzadores, parecen haber tenido éxito cuando han sido aplicados como refuerzo positivo contingente a la realización correcta de los pasos indicados en el proceso terapéutico y de autocastigo en el caso contrario, tal como lo han apuntado MANN (1972) y GARRIDO (1983).

La elaboración del tratamiento se ha efectuado de acuerdo a un análisis lo más exhaustivo posible del comportamiento del sujeto. Consideramos que esta es la única manera de conseguir resultados que puedan dilucidar el campo terapéutico y poder, en un futuro,

conseguir estrategias terapéuticas que tengan en cuenta cada una de las variables relevantes.

En consecuencia, abogamos por la utilización de técnicas de modificación de conducta, en este caso en el tratamiento de la obesidad, que se revelan eficaces para el caso concreto con el que se trabaja. Aquí las técnicas de autocontrol se han mostrado muy eficaces pero somos conscientes que en otro caso con similar problemática estas técnicas pudieran fracasar o no ser adecuadas debido a variables personales o ambientales concretas.

Así pues son múltiples los factores que intervienen para cualquier tratamiento. En este caso, el tratamiento de la obesidad, intervienen factores, a parte de los puramente metabólicos, de percepción, motivación, relaciones y sobre todo de hábitos alimentarios pero ello no significa que se dé en todos los casos de obesidad. Es por eso que no consideramos adecuado la utilización de paquetes terapéuticos estandares.

Por supuesto, quedan muchos interrogantes por contestar dentro de este tema. Futuras investigaciones deben dirigirse al estudio de la eficacia diferencial de las técnicas empleadas según los problemas tratados, así como al diseño de estrategias de intervención que aseguren el mantenimiento o progreso de los resultados conseguidos.

BIBLIOGRAFIA

- BECK, A.T.; RUSH, A.J., SHAW, B.F. y EMERY, G.: *cognitive therapy of depression*. New York. The Guilford Press, 1979, (Traducido al castellano: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, DDB, 1983).
- CAUTELA, J.R.: Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *The Psychology Record*, 1966, 16, 33-41.
- FERSTER, C.B.; NURUBERGER, J.I. y LEVITT, E.E.: The control of eating. *Journal of Mathematics*, 1962, 1, 87-109.
- FOREY, J.P. y HAGEN, R.L.: Vovert sensitization: conditioning or suggestion?. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 82, 17-23.
- FOREY, J.P. y KENNEDY, W.A.: Treatment of overweight by Aversion therapy. *Behavior Research and Therapy*, 1971, 9, 29-34.

- GARRIDO, I.: Técnicas conductuales aplicadas al tratamiento de la obesidad: valoración de resultados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1983, 9, 455-479.
- HOMME, L.E.: Perspectives in psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychol. Rec.* 1965, 15, 501-511.
- JEFREY, D.B.: Manejo conductual de la obesidad. En W.E. Craighead, A.E. Kazdin y M.J. Mahoney: *Modificación de conducta: principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona: Omega, 1981.
- KEEFE, P.H.; WYSHOGROD, D.; WEINBERGER, E. y AGRAS, W.S.: Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: preliminary report. *Behavior Research and Therapy*, 1984, 22, 319-321.
- MAHONEY, M.J. y MAHONEY, K.: *Permanent weight control*, New York, Norton and Col., 1976.
- MARLATT, G.A. y GORDON, J.R.: Determinants of relapse: a cognitive-behavioral analysis. En P. Davison: *Behavioral Medicine: Changing health lifestyles*. Brunner-Mazel, New York. 1979.
- MEYER, V. y CRIP, A.H.: Aversion therapy in two cases of obesity. *Behavior Research and Therapy*, 1964, 2, 143-147.
- MOORE, C.H. y CRUM, B.C.: Weight reduction in a chronic schizophrenic by means of operant conditioning procedures: a case study. *Behavior Research and Therapy*, 1969, 7, 129-131.
- MORGENTERN, K.P.: Cigarette smoke as a noxious stimulus in self-managed aversion therapy for compulsive eating. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 255-260.
- NISBETT, R.E.: Hunger, obesity and the ventromedial hypothesis. *Psychological Review*, 1972, 79, 433-453.
- PUJOL, T.: La terapia de conducta en obesidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1982, 8, 57-75.
- SANTACREU, J.: La obesidad: naturaleza y teorías. En J.A. Carrobbles: *Análisis y Modificación de la Conducta II.*, Tomo 2, Madrid, UNED, 33-50, 1985.
- SANTACREU, J.: Evaluación y tratamiento de la obesidad. En J.A. Carrobbles: *Análisis y Modificación de la Conducta II.* Tomo 2, Madrid: UNED, 53-67, 1985.
- SCHACHTER, S.: Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychology*, 1971, 26, 129-144.
- SCHACHTER, S.; GOLDMAN, K. y GORDON, A.: Effects of fear, food deprivation and obesity eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1968, 10, 91-97.
- SCHACHTER, S. , y GROSS, J.: Manipulated time and eating behavior. *Journal of Per*

- sonality and Social Psychology, 1968, 10, 98-106.
- 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.: Nutrition aging and obesity. En Rocstein y M.L. Sussman: *Longevity and aging*. New York, Academic Press, 1976.
- STUNKARD, A.J. y MAHONEY, M.J.: Behavioral treatment of the eating disorder. En H. Leitenberg: *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. New Jersey, Prentice Hall, 1976 (Trad. Tratamiento conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En *Modificación y Terapia de Conducta*, Tomo I. Morata, 1982.
- UPPER, D. y NEWTON, J.G.: A weight-reduction program for schizophrenic patients on a token economy. Unit. two case studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 113-115.
- WILSON, G.T.: Behavior Modification and the treatment of obesity. En A.J. Stunkard: *Obesity*, Philadelphia: W.B. Saunder, Co., 1980.
- WOLPE, J.: *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Standord Univ. Press 1958 (Trad. en castellano, 1978, Ed. DDB.).
- WOPLE, J.: *The Practice of Behavior Therapy*. Oxford, Pergamon Press Inc, 1969. (Traducido al castellano: *Práctica de la terapia de la conducta*, 1977, México Trillas.
- YATES, A.J. y SAMBRAILO, F.: Bulimia nervosa: A descriptive and therapeutic study *Behavior Research and Therapy*, 1984, 22, 503-517.