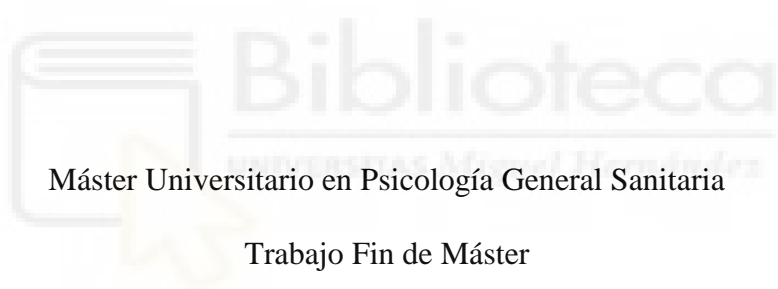




MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE



Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

ESTUDIO DE DOS CASOS DE ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ANOREXIA NERVIOSA EN RÉGIMEN HOSPITALARIO

Autora: Elsa Correas Juan

Tutoras: Yolanda Quiles Marcos

M^a José Quiles Sebastián

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	5
Participantes	8
Instrumentos	13
Justificación de la elección y tipo de intervención	14
Objetivos y contenido de la intervención	15
Tipo de diseño	22
Resultados	22
Discusión	28
Referencias	35



RESUMEN. El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados de una intervención en dos adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva que estaban ingresadas en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital de San Juan tras la aplicación de un programa basado en el tratamiento cognitivo conductual y la rehabilitación nutricional. Los objetivos de dicha intervención fueron: adquirir conciencia de la enfermedad y aumentar la motivación para el cambio, conseguir un patrón de comidas regular, obtener y mantener un peso mínimo saludable, eliminar las conductas compensatorias, las distorsiones cognitivas y las respuestas de escape y evitación. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), el cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ), así como el cuestionario de Actitudes frente el Cambio en Trastornos de la Conducta Alimentaria, ACTA. El diseño utilizado fue A-B puesto que se realizó una evaluación inicial y posteriormente se realizó otra al final de la aplicación del mismo. Los resultados indican que la evolución de ambas pacientes fue adecuada en cuanto a la ganancia de peso y la mejora de la satisfacción corporal. Sin embargo, hubieron diferencias en la motivación al cambio y la conciencia de enfermedad tanto al inicio como al finalizar el tratamiento, puesto que en la paciente B fue mayor que en la paciente A. En cuanto a las conductas compensatorias, las distorsiones cognitivas y las respuestas de escape y evitación fueron eliminadas en la paciente B mientras que continuaron presentes en la paciente A.

PALABRAS CLAVE. Estudio de caso, anorexia nerviosa, tratamiento hospitalario

SUMMARY: The objective of this research was to analyse the results of an intervention in two teenagers diagnosed with restrictive Anorexia Nervosa who were admitted to the Eating Disorder Unit in the San Juan Hospital, after the application of a program based in the Behavioural-Cognitive treatment and nutritional rehabilitation. The objectives of such intervention was to acquire awareness of disease and to increase motivation to change, to get regular meal pattern and get and keep healthy minimum weight, remove compensatory behaviours, cognitive distortions and responses escape and avoidance. The tools used on this case were the Eating Disorder Inventory (EDI-2), the Body Shape Questionnaire (BSQ), as well as the Attitude Questionnaire for Changes in Eating Disorders (A.C.T.A). The model used for the treatment was A-B, since an initial evaluation was carried out, and subsequently, it was done a new evaluation at the end of the application itself. The results indicate that the evolution of both patients was adequate in terms of weight gain and improved body satisfaction. However, there were differences in motivation to change and awareness of disease so much the initial evaluation as the end of the treatment, since in the patient B it was greater than in the patient A. As for compensatory behaviour, cognitive distortions and responses escape and avoidance were removed in the patient B, while the patient A continued present.

KEY WORDS: case study, Anorexia Nervosa, Hospital treatment.

Introducción

Los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) “son síndromes caracterizados por una alteración grave de la conducta alimentaria, fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo” (Cooper y Shafran, 2008; Marco, 2004). A su vez, “son trastornos muy complejos porque, a los múltiples factores biológicos y psicosociales que intervienen en toda psicopatología se añaden las alteraciones somáticas y fisiológicas, fruto de la malnutrición y desnutrición (Santiago, Bolaños y Jáuregui, 2010; Toro, 2009). Por ello, los TCA constituyen un grave problema de salud pública debido a su curso clínico prolongado y su tendencia a la cronificación, así como por el deterioro físico y psicosocial que conllevan junto con otras consecuencias tales como el riesgo de suicidio, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y elevada comorbilidad (Anuel, Bracho, Brito, Rondón y Sulbarán, 2012; Bégin, Gagnon-Girouard, Aimé y Ratté, 2013; Crown et al 2009; Stice, Becker y Yokum, 2013;).

La incidencia de estos trastornos se ha incrementado notablemente en la sociedad occidental, debido fundamentalmente a factores socioculturales, actualmente se estima un riesgo de TCA entre el 4-12% (algunas cifras barajan hasta un 25%) con una prevalencia diagnóstica de entre el 1 y el 5% (Álvarez, Bautista y Serra, 2015). El rango de edad más frecuente en el que se produce la mayoría de los casos de estos trastornos es de los 15 a los 24 años (Birmingham y Beumont, 2004) coincidiendo con la etapa de la adolescencia en la cual tienen lugar los cambios corporales.

Entre los TCA conocidos, en este trabajo nos vamos a centrar en la anorexia nerviosa, que se caracteriza por un rechazo a mantener un peso corporal igual o por

encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, manifestado a través de una exigente restricción en la ingesta alimentaria, un miedo irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo y la silueta, (Baile y González, 2014). Las distorsiones cognitivas presentes en este trastorno, las creencias irracionales, los pensamientos obsesivos, perfeccionistas y dicotómicos, son los responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva y poco después sean también responsables del mantenimiento del mismo (Mateos y Solano, 1997; Raich, 2011).

Respecto a las manifestaciones fisiológicas, se encuentra un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. Otras manifestaciones son las cardiovasculares, entre las cuales destacan la disminución del volumen cardíaco, el pulso anormalmente lento y/o arritmias. En cuanto a los síntomas gastrointestinales son frecuentes la sensación de hinchazón, el estreñimiento y los dolores abdominales. Finalmente, como alteraciones endocrinas son muy características las irregularidades menstruales y la presencia de amenorrea (Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, 2013; García-Camba, 2001; Mateos y Solano, 1997).

En lo que se refiere a su abordaje terapéutico, éste es multidisciplinar, por lo que requiere la colaboración y coordinación de los distintos especialistas y niveles asistenciales (Saldaña 2010; Turón, 1997). Es así que en el tratamiento participan diferentes profesionales de la salud (endocrinos, psiquiatra, psicólogo, enfermeros, nutricionista, etc.), ya que cuando abordamos este tipo de patologías, no podemos reducir toda la intervención al componente psicológico, puesto que la relación de estas pacientes con la alimentación está alterada y aparecen multitud de hábitos inadecuados así como mitos y creencias erróneas relativas a los alimentos (Álvarez, Palomino,

González y Quiroga, 2014). El tratamiento puede realizarse en régimen ambulatorio, en hospitales de día o en régimen de hospitalización (Borrego, 2000). El tratamiento en régimen hospitalario en unidades especializadas tiene como objetivos a corto plazo el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad, conseguir una recuperación del peso hasta niveles adecuados y la normalización de los hábitos alimentarios, por lo que el tratamiento nutricional resulta esencial en las primeras fases para conseguir una intervención óptima (Scribner y Graves, 2010). A largo plazo se persigue conseguir la adaptación psicosocial de la paciente, el mantenimiento del peso corporal dentro de los márgenes normales, así como la estabilización de la conducta alimentaria (Lechuga y Gámiz, 2005).

Los criterios de inclusión para recibir tratamiento en régimen hospitalario se pueden concretar en presentar un *estado físico grave*, en el cual existe un riesgo vital para la paciente debido a la desnutrición severa (pérdida del 25-30% del peso previo, índice de masa corporal (IMC) < 17,5) y a las complicaciones orgánicas asociadas tales como bradicardia, hipotermia o hipotensión, rechazo manifiesto a alimentarse. Otro de los criterios es haber *fracasado en el tratamiento ambulatorio* (en este caso el ingreso es solicitado por los profesionales de salud mental) y, por último, la *disfunción en la estructura familiar* que puede complicar el cuadro (Arrufat et al, 2009; Lechuga y Gámiz, 2005; Madruga, Leis y Lambruschini, 2010)

Este estudio tiene como objetivo analizar los resultados de una intervención en dos adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva atendidas en la unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital de San Juan tras la aplicación de un programa basado en el tratamiento cognitivo conductual y la rehabilitación nutricional.

Participantes

A continuación se exponen los datos sociodemográficos, el motivo de ingreso, así como la historia del problema y el proceso actual de enfermedad correspondiente a las dos pacientes que se han seleccionado para la descripción de la intervención terapéutica durante su estancia en la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) del Hospital de San Juan.

Paciente A

Datos sociodemográficos

La paciente A, de 18 años de edad, fue diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva hace un año y medio aproximadamente y ya había realizado dos ingresos previos en esta unidad. En el momento de evaluación, estudiaba 2º de Bachillerato con un rendimiento académico correcto hasta el inicio del trastorno. Actualmente, convive en el domicilio familiar con sus padres y sus dos hermanos menores.

Historia del problema y proceso actual

Inicia el trastorno hace un año y medio debido a un discreto aumento de peso ocasionado por un cambio de hábitos alimentarios (picoteaba entre horas), percibiéndose más gorda y utilizando el vómito como conducta compensatoria. Así mismo, la paciente comenzó a jugar al fútbol por lo que sus piernas se fortalecieron y mostró un gran rechazo hacia las mismas. Ante el miedo de perder lo único que le gustaba de ella, su delgadez, inició una dieta restrictiva ocasionando la pérdida de peso. En Septiembre de 2014 acudió a su Unidad de Salud Mental (USM) y posteriormente fue ingresada en la unidad de Pediatría del Hospital de San Juan. Tras su alta hospitalaria comenzó de nuevo a perder peso llevando a cabo una alimentación muy

selectiva, así como episodios de vómitos autoinducidos. En el momento de la primera valoración en UTA, no presentaba conductas purgativas y existía una indicación por parte de su terapeuta de su USM de control y supresión de cualquier actividad física, puesto que una de las características clínicas más acusadas en dicha paciente era el exceso de actividad. Durante los ingresos previos se trabajó conciencia de enfermedad y motivación al cambio, presentando escasa movilización en este aspecto.

Desde el alta hospitalaria en su último ingreso la paciente mostró resistencia activa a mantener las indicaciones nutricionales para mantenimiento de peso, se observó también conflictividad familiar debido a las quejas y demandas de la paciente en torno a la alimentación, así como un importante aislamiento social. Así mismo, se observaron creencias erróneas que no consiguió refutar o cuestionar, mostrando una importante distorsión de su imagen corporal, centrada principalmente en sus piernas.

Por otro lado, es importante destacar que en ingresos previos se realizó una evaluación de personalidad a través del Inventario de Millon en el cual obtuvo puntuaciones elevadas en el prototipo de personalidad fóbica y evitativa con dificultades en el manejo de sintomatología ansiosa y con clara tendencia a realizar conductas de evitación ante la anticipación de situaciones “incómodas”.

Motivo de ingreso

Se produjo una pérdida significativa de peso desde el alta hospitalaria de su ingreso previo (peso al alta en el anterior ingreso = 43,800 IMC= 18,2 peso actual en el momento del ingreso = 36,950 IMC = 15,07) por lo que dada la situación de desnutrición en la que se encontraba, así como la imposibilidad de realizar cambios, se

procedió al reingreso por mala evolución a nivel ambulatorio. Así mismo, la madre refirió un mantenimiento de conductas alteradas tales como esconder comida o quitar el aceite, así como dificultad para controlar la actividad, manifestada en comportamientos como permanecer de pie durante mucho tiempo y no cumplimiento de los reposos.

Análisis de necesidades

Tras varias entrevistas psicológicas, se evidenció que la paciente A presentaba una importante distorsión de su imagen corporal manifestada en su discurso verbal con frases tales como “*no me veo bien*”, así como en los resultados de las pruebas psicométricas administradas. Así mismo, se observaron creencias irracionales que no conseguía refutar o cuestionar “*si estoy delgada estaré más a gusto*”, “*creo que el ingreso es un castigo*” o “*me siento mejor estando por debajo de mi peso*”. La paciente A presentaba la siguiente sintomatología física, psíquica y emocional asociada a la desnutrición: amenorrea, hipotensión, debilidad, obsesión por la comida, elevado grado de ansiedad ante la comida, aislamiento social, miedo a la comida, irritabilidad, apatía y anhedonia. No obstante, el principal aspecto a trabajar fue la conciencia de enfermedad y la motivación al cambio ya que carecía de la misma y ello dificultaba la participación activa de la paciente en el tratamiento. A su vez, teniendo en cuenta las complicaciones que tuvieron lugar en el anterior ingreso, así como las conductas observadas durante este, se consideró importante trabajar sobre el control de actividad puesto que en el caso de dicha paciente era un importante factor mantenedor de su enfermedad.

Paciente B

Datos sociodemográficos

La paciente B, de 15 años de edad, fue diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva en el mes de Marzo. En el momento, estudiaba 4° de ESO con un buen rendimiento académico. Convivía en el domicilio familiar con sus padres y su hermano mayor de 18 años.

Historia del problema y proceso actual

La paciente inicia el trastorno en el mes de Marzo con la idea de querer perder peso a raíz de comentarios por parte de su hermano “*gordita, gorda*”. En ese momento comienza su obsesión por adelgazar y hacer dieta, puesto que no le gustaba su cuerpo y quiso ponerse en forma (peso= 66 kg IMC= 24,9). Es así que, aumentó paralelamente la frecuencia de ejercicio físico y progresivamente fue reduciendo calidad y cantidad de alimentos llegando a consumir 500 calorías al día debido al valor reforzante que iba teniendo para ella la pérdida de peso. En dicho momento, asoció una dieta de mantenimiento a lo que llamamos dieta restrictiva, por tanto, no se preocupó por su estado de salud. Tras perder la menstruación, se observó la preocupación e implicación por parte de los padres por lo que la paciente, en Junio, acudió a su pediatra donde posteriormente fue derivada a su Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) por sospecha de un TCA (peso 47 kg). En ese momento, la paciente reconoció dicho problema y decidieron acudir a un nutricionista con el fin de pautarle una dieta para subir de peso, ya que no presentaba en esos momentos un deseo explícito de proseguir con la pérdida de peso ni tampoco se observó una distorsión de su imagen corporal que le incitara a negar su problema. No obstante, no siguió indicaciones nutricionales y continuó con la

restricción alimentaria (cantidades pequeñas, productos 0% grasa) condicionada por el miedo a engordar y la creencia irracional correspondiente.

A partir de aquí, la paciente refiere mayor aislamiento social llegando a perder el contacto con sus amigas, así como conflictividad en casa debido al problema alimentario.

Motivo de ingreso

Tras la imposibilidad de poder llevar a cabo por sí misma las indicaciones proporcionadas por la nutricionista, y la significativa pérdida de peso situándose en 43kg (IMC= 16,2), la paciente empezó a tomar conciencia de su problema percibiendo su extrema delgadez pero con incapacidad para frenar la pérdida de peso y hacer cambios al respecto. Así mismo, empezó a ser consciente también de las consecuencias físicas tales como dolores musculares, debilidad, amenorrea, baja tensión, etc. Es entonces cuando decidió acudir a la psiquiatra de su USMI, que la derivó a la UTA de San Juan, solicitando voluntariamente el ingreso hospitalario en dicha unidad.

Análisis de dificultades

A partir de las entrevistas realizadas se observó que desde el inicio del tratamiento la paciente B mostraba un elevado nivel de implicación en el mismo, así como conciencia sobre la situación de enfermedad en la que se encontraba y por consiguiente, motivación a realizar cambios al respecto. No obstante, el hecho de trabajar la motivación, pese a no ser una dificultad en esta paciente, también fue fundamental con el fin de seguir potenciando la toma de conciencia sobre las consecuencias de la anorexia.

Así mismo, se observó que la paciente B cuando relataba su historia del problema verbalizaba la existencia de una pérdida de control que posteriormente, tras pedirle que definiera bien qué significó para ella dicha pérdida de control, se pudo comprobar que tendía a asociarla con niveles elevados de ansiedad que daban lugar a conductas de evitación. Por tanto, uno de los aspectos cruciales a trabajar era la exposición a las situaciones temidas con el fin de afrontar sus miedos y comprobar que los niveles de ansiedad disminuían a medida que permanecía en la situación hasta que el malestar cesara.

La *paciente B* presentaba la siguiente sintomatología física, psíquica y emocional asociado a su estado de desnutrición: dolores musculares, fatiga, amenorrea, debilidad, mareos, hipotensión, hipotermia, bradicardia, ansiedad, aislamiento social, obsesión por la comida, irritabilidad, apatía, desesperación y miedo a la comida.

Instrumentos

- Entrevista estructurada para el diagnóstico de trastornos alimentarios, IDED (Williamson et al, 1990). El objetivo de dicha entrevista consiste en detectar y diagnosticar trastornos de la alimentación, así como valorar anorexia, bulimia, sobreingesta compulsiva y obesidad.

- Cuestionario de actitudes frente el cambio en trastornos de la conducta alimentaria, ACTA (Beato y Rodríguez, 2003a). Evalúa el estadio de cambio en el cual se encuentra la paciente. Consta de 59 ítems distribuidos en 6 subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída. El ACTA es un instrumento fácil de administrar que ha mostrado una alta fiabilidad, con un coeficiente para cada una de las subescalas que oscila entre 0,74 a 0,90, así como una

buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,84 (Rodríguez, Beato y Segura, 2006).

- Inventario de Trastornos de la Conducta alimentaria, EDI-2 (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998). Consta de 11 escalas diferentes relacionadas con los TCA, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Es un cuestionario compuesto por 91 ítems en una escala tipo Likert con 6 alternativas de respuesta. En lo que se refiere a la fiabilidad test-retest existen diferentes estudios que han obtenido valores que oscilan desde 0.79 a 0.85, excepto en la escala de conciencia interoceptiva que es inferior (.67).

- Cuestionario de Insatisfacción Corporal, BSQ (Raich, et al 1996). Evalúa la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros. Es un cuestionario compuesto por 34 ítems en una escala tipo likert con 5 alternativas de respuesta. La fiabilidad de este cuestionario ha quedado asegurada con los altos índices de consistencia interna que se obtuvieron en el estudio de adaptación, con un valor de alfa de Cronbach entre 0,95 y 0,97.

Justificación de la elección y tipo de intervención más apropiado al caso y contexto.

El tratamiento en régimen hospitalario constituye el tratamiento de elección en los TCA cuando existe: riesgo vital para la paciente debido a su estado físico de

desnutrición encontrándose por debajo de 17,5 de IMC, así como a la desnutrición severa y las complicaciones orgánicas asociadas. También cuando ha habido un fracaso a nivel ambulatorio, y/o elevada conflictividad familiar. Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, ambas pacientes cumplían estos criterios puesto que se encontraban con un IMC por debajo del indicado. Además la pérdida progresiva de peso evidenció que ambas no estaban funcionando de forma adecuada en régimen ambulatorio y que existía conflictividad familiar debida al trastorno alimentario. Así mismo, ambas pacientes presentaban alteraciones biológicas tales como hipotermia, hipotensión y bradicardia, entre otras.

Objetivos y contenido de la intervención.

El tratamiento hospitalario está basado en la normalización de la conducta alimentaria en el que intervienen diferentes profesionales como enfermeros, auxiliares, nutricionista, psiquiatra y psicólogos con el fin de supervisar la correcta adhesión al mismo. Dicho programa está basado en el condicionamiento operante de refuerzos positivos o negativos contingentes a la ganancia de peso en régimen hospitalario. En cuanto a los refuerzos *primarios o inmediatos*, se entregaban tras cada comida realizada (según la fase) y se retiraban antes de la siguiente toma. En cada fase se entregaban las plantillas de refuerzos adecuadas donde las pacientes debían señalar en la hoja, la fecha y hacer una cruz en los refuerzos que eligieran tras cada toma. Dichos refuerzos no podían acumularse, es decir, cada refuerzo obtenido tras cada toma completa debía ser entregado de nuevo al comienzo de la siguiente. En caso de que no realizaran una comida de forma adecuada no podían obtener refuerzos y debían permanecer en la habitación. Los refuerzos que marcaban las pacientes debían valorarse primero si eran adecuados o no.

Respecto a los refuerzos *secundarios o demorados* aparecían en etapas más avanzadas de tratamiento, teniendo en cuenta que si una paciente dejaba de cumplir los requisitos de fase no sólo no avanzaría a la siguiente, sino que podían retroceder a la etapa anterior en caso de estar manteniendo una conducta inadecuada. Así mismo, si no se realizaba el resopón (opcional según criterio de Nutrición) los refuerzos primarios no se veían afectados, sin embargo, no podían acceder a los refuerzos demorados o a la siguiente fase. De modo que los refuerzos se ganaban únicamente tras cada toma realizada de forma adecuada. Realizar una comida de forma adecuada consistía en: comer toda la comida que se les pasaba por parte del personal de enfermería, en el espacio de tiempo previsto (35 minutos en comida y cena y 20 en desayuno y merienda), con un estilo alimentario adecuado (evitando conductas anómalas) y realizando el reposo de forma adecuada (30 minutos tras el desayuno y la merienda y una hora tras comida y cena) en la cama o en el sillón.

Respecto a la alimentación que corresponde al servicio de Nutrición cabe decir que disponían de cuatro dietas: UTA 0, UTA 1, UTA 2 y UTA 3, con un aumento progresivo a nivel calórico, así como de la mejora de las calidades y de los grupos de alimentos. Así mismo, era necesario pasar por los cuatro tipos de dietas dependiendo siempre de las necesidades de la paciente.

En dicho programa se establecen cinco fases de tratamiento que veremos a continuación:

FASE 0

La duración de esta fase es de 3 días, durante este periodo de tiempo la paciente debía permanecer en la habitación las 24 horas, así como realizar las comidas dentro de la misma. En esta fase no existía ningún tipo de refuerzo, ni primario ni secundario y en lo que se refiere a la alimentación, dicha fase se iniciaba con UTA 0 o UTA 1 (dependiendo del estado de salud de la paciente, así como el patrón alimentario previo al ingreso), Además, es necesario destacar que al final de esta fase podían excluir a la paciente de este programa e incluirlo en un programa de tratamiento especial. Este hecho se debía a que en algunos casos el objetivo no era tanto la recuperación ponderal de peso sino más bien conseguir normalizar un patrón de comidas regular, así como aprender a comer de forma mecánica alimentos variados y equilibrados, por lo que no era necesario ceñirse al programa de fases. Finalmente, la fase 0 era superada si no había sido necesario ningún programa de tratamiento especial.

FASE 1

La duración mínima de esta fase era de una semana, aquí la paciente ya podía tener acceso al comedor con el resto de compañeras. Además, se introducían los refuerzos primarios que eran aquellos que la paciente previamente había escrito en la plantilla y que traían los padres para que pudiera hacer uso de los mismos. Dos de estos refuerzos se entregaban tras cada comida realizada correctamente (según la fase) y se retiraban antes de la siguiente toma, de modo que la paciente debía señalar en la hoja, la fecha y hacer una cruz en aquellos refuerzos que eligiera después de cada toma. En la plantilla de pedido había un espacio en blanco para que la paciente señalara otros refuerzos que deseara siendo estos valorados previamente. Los refuerzos primarios o inmediatos solían ser cosas materiales como libros, mp3, pasatiempos, etc, en ningún

caso podían disponer de nuevas tecnologías tales como teléfonos móviles, ordenadores, tablets, etc. En cualquiera de las fases, si las pacientes no realizan la toma deberán permanecer en su habitación.

FASE 2

Esta fase era de duración indefinida y los refuerzos primarios funcionaban igual que en la fase 1 con la diferencia de que en esta tenían acceso a un 3º refuerzo por cada toma completa realizada. En la fase 2 se introducían también los refuerzos secundarios (refuerzos sociales: escribir y recibir cartas, llamadas a los familiares, estudiar...) los cuales eran demorados, es decir, los recibían al día siguiente si habían realizado correctamente un día completo de tomas. En dicha fase, existía también una plantilla de refuerzos secundarios de la fase 2 que sólo podían obtener 2 de ellos por cada día completo. Como en la anterior fase, la paciente debía permanecer en la habitación en el caso de no realizar correctamente la toma y la fase se consideraba superada cuando realizaban 5 días completos ininterrumpidamente y con una evolución de peso adecuada.

FASE 3

Esta fase era también de duración indefinida, los refuerzos primarios eran de libre acceso tras cada toma completa y en cuanto a los refuerzos secundarios de fase 3, la paciente recibía dos de ellos por cada 3 días completos, por lo que se incrementaba el coste para la consecución de cada uno de los mismos. A su vez, en esta fase tenían como privilegio el poder recibir visitas todos los días, teniendo en cuenta las mismas condiciones que en las fases anteriores, si las tomas no eran realizadas correctamente no

podían salir de la habitación ni acceder a los privilegios de esta fase. Finalmente, esta fase era superada tras 7 días completos con una evolución de peso adecuada.

FASE 4

La última fase tiene una duración mínima de dos semanas y el acceso a los refuerzos en este caso es completamente libre. Respecto a los refuerzos demorados, la paciente tendrá acceso un fin de semana fuera de la unidad (de viernes a domingo) por cada 4 días completos. Para mantenerse en esta fase, es necesario realizar todas las tomas y reposos diarios correctamente, y como privilegio obtienen visitas y salidas a merendar fuera de la unidad diariamente. Finalmente, se procede al alta tras dos semanas completas incluidos los fines de semana.

Objetivo general

El principal objetivo de este programa era reforzar de forma inmediata, durante las primeras fases, la normalización de la conducta alimentaria. En la medida en que se instauraba dicha conducta, el objetivo era demorar el refuerzo y aumentar el coste para obtenerlo con el fin de lograr una generalización de lo aprendido mediante una sustitución de los refuerzos materiales por refuerzos sociales.

Los principales objetivos específicos de tratamiento que se aplicaron en ambas pacientes fueron los siguientes:

-Adquirir conciencia de la enfermedad y aumentar la motivación para el cambio y fomentarlo.

Pese al hecho de que la *paciente B* sí que tenía conciencia de enfermedad, en el inicio del tratamiento se consideró necesario intervenir mediante la *psicoeducación* con

ambas pacientes, donde se proporcionó información acerca del modelo explicativo de la anorexia nerviosa con el fin de favorecer la comprensión de dicho trastorno. Así pues, se hizo especial hincapié en las consecuencias negativas del mismo a nivel físico, cognitivo y emocional, así como de las ventajas de introducir un patrón de comida regular para cubrir las necesidades homeostáticas básicas. Para favorecer la motivación al cambio se les dictaba como tarea que anotasen las consecuencias que habían tenido a raíz de padecer la enfermedad para que tomaran conciencia con tal sólo un golpe de vista de la gravedad de los inconvenientes de dicha situación, tanto a nivel físico como psicológico. Además, en la paciente A se exploraron sus intereses vitales donde manifestaba que su meta era estudiar educación física, por lo que se le confrontó haciéndole ver que su afán por la delgadez era incompatible con la consecución de dicha meta.

-Adquirir un patrón de comidas regular;

-Obtener y mantener un peso mínimo saludable;

-Corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición.

En estos objetivos intervino el equipo de nutrición con el fin de establecer una alimentación variada y equilibrada basada en los criterios de la pirámide nutricional, así como de las características específicas de cada paciente. Se estableció un patrón de comidas regular compuesto por cinco tomas al día. Además, se procedió a la utilización del sistema progresivo de refuerzos que se adquieren en la medida en que se consiguen los objetivos propuestos en el tratamiento, aumentando paralelamente el nivel calórico, los grupos de alimentos y la mejora de las calidades. Adicionalmente, las pacientes también se beneficiaron de suplementos vitamínicos y minerales con el fin de contribuir a la recuperación física de las mismas.

-Eliminar las conductas compensatorias

Este objetivo es fundamental teniendo en cuenta que la realización de conductas compensatorias tales como el ejercicio físico intenso, la restricción alimentaria, comer de pie, en el suelo, etc. son importantes en el mantenimiento del problema. Por tanto, para la modificación de aquellos hábitos anómalos instaurados en las pacientes se empleó el *control estimular* favoreciendo la eliminación de la práctica de rituales, la desviación de la atención a otras áreas, así como impedir la prácticas de conductas restrictivas. Otra de las formas que se utilizaban en la UTA para poder identificar las conductas compensatorias de las pacientes, era a través del control de videovigilancia mientras permanecían en sus habitaciones, así como estableciendo normas de reposo después de las tomas. En este objetivo se tuvo que incidir más en la *paciente A* teniendo en cuenta su dificultad con el control de la hiperactividad aumentando el tiempo de los reposos que todas deben cumplir tras cada comida. Así pues, dicha técnica también se empleó en los permisos a sus casas mediante una serie de normas proporcionadas en las cuales se les prohibía a las pacientes entrar a la cocina durante la preparación de la comida con el fin de no intervenir en la elaboración, así como no decidir ni la cantidad ni la calidad de los alimentos.

- Identificar y eliminar distorsiones cognitivas.

Tras la revisión de tareas tales como autobiografía, historia del problema, identificación de mantenedores, entre otras, se indagaron aquellas creencias que se escondían como base del trastorno y se procedió a la modificación de las mismas tanto a nivel individual como en grupos de “creencias irracionales” o “imagen corporal”

orientados a todas las pacientes ingresadas y aquellas que acudían a consultas externas, utilizando para ello la *reestructuración cognitiva* de Beck.

- *Prevenir y eliminar respuestas de escape o evitación.*

Para llevar a cabo este objetivo se utilizó la *exposición con prevención de respuesta*; durante el tiempo de estancia de hospitalización se están exponiendo constantemente a las situaciones ansiógenas, que en este caso son: la ingesta de las cinco comidas diarias, encontrándose dentro de éstas alimentos “prohibidos”, y el cumplimiento de reposos puesto que, pese a ser también una conducta compensatoria que debía ser eliminada, se considera necesario que aprendan a tolerar la sensación de plenitud gástrica. Al mismo tiempo, dicha técnica adquiriría mayor importancia en los permisos a sus casas en los cuales tenían que hacer frente a situaciones temidas tales como comer en familia, con amigos, ir a un restaurante, etc. ya que en estas circunstancias las pacientes debían adquirir un mayor grado de responsabilidad sobre su tratamiento sin la supervisión constante por parte del equipo de enfermería.

Tipo de diseño

El diseño utilizado en esta intervención fue un diseño de caso único A-B. Se realizó una evaluación inicial del estado físico y psicológico de las pacientes y posteriormente se introdujo el tratamiento psicológico y nutricional que se aplica en la UTA. Al finalizar el programa de fases, se llevó a cabo una nueva evaluación del mismo con el fin de cuantificar los cambios producidos en el estado de las pacientes.

Resultados

A continuación se exponen los resultados de los diferentes análisis realizados. En primer lugar, como se observa en la *Tabla 1*, se exponen los resultados

correspondientes al peso y al IMC tanto al inicio como al finalizar la intervención donde la *paciente A* ingresó en la unidad con un peso de 36, 950 kg (IMC = 15,07) y se le dio el alta hospitalaria con 42,525 kg (IMC 17, 5), mientras que la *paciente B* ingresó con un peso de 41,700 kg, (IMC= 15, 1) y alcanzó los 45, 900 kg tras finalizar la intervención (IMC= 16, 65).

Tabla 1.

Datos del peso e IMC en el ingreso y alta hospitalaria.

	PESO		IMC	
	Inicio	Post intervención	Inicio	Post intervención
Paciente A	36, 950	42,525	15,07	17,5
Paciente B	41,700	45,900	15,1	16,65

En segundo lugar, como se observa en la *Tabla 2*, respecto a la etapa de cambio, la *paciente A* se situaba en la etapa de Decisión del ACTA (cuestionario de actitudes frente el cambio en trastornos de la conducta alimentaria) al inicio del tratamiento con una puntuación de 24,54 y, posteriormente, tras finalizar la intervención se situaba en la etapa de Acción con una puntuación de 26. También, cabe destacar la puntuación obtenida en la etapa de Precontemplación en el momento del pre-tratamiento (21) que también era elevada.

Por otro lado, la *paciente B* se situaba en la etapa de Acción con una puntuación de 37 desde el inicio del tratamiento hasta finalizar el mismo.

Tabla 2

Resultados del cuestionario de Actitudes frente el Cambio en Trastornos de la Conducta Alimentaria, ACTA.

Estadío	Paciente A		Paciente B	
	Pre	Post	Pre	Post
Precontemplación	21	10	0	0
Contemplación	18,18	9,09	15,45	11,8
Decisión	24,54	15,45	17,27	20
Acción	8	26	37	37
Mantenimiento	8	19	16	22
Recaída	17,14	10	0	1,42

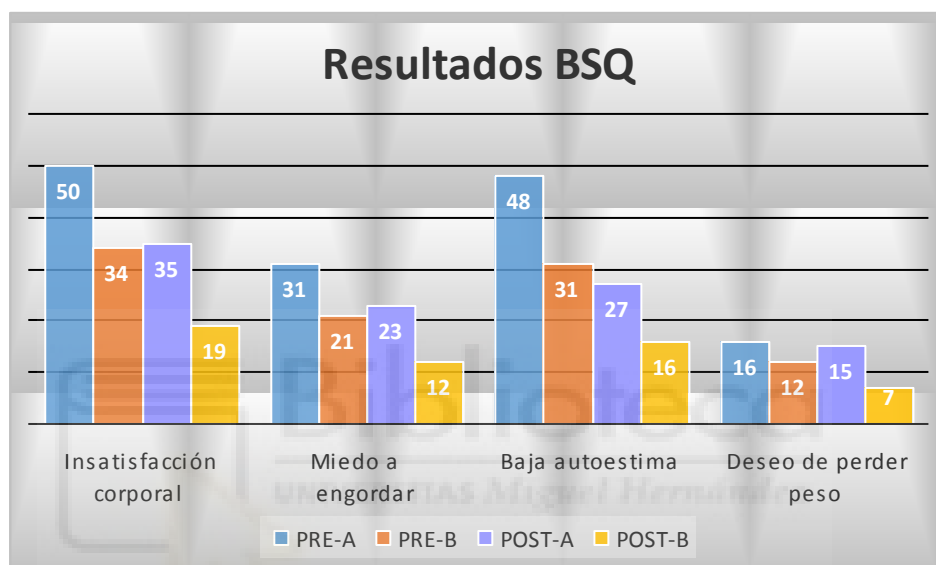
En lo que se refiere a la *Figura 1* donde se muestran los resultados del cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ), en el caso de la *paciente A* se observan puntuaciones elevadas superando el punto de corte (p.c.) en todas las escalas al inicio del tratamiento: *Insatisfacción corporal*, 50 (p.c.= 36), *Miedo a engordar*, 34 (p.c.=21), *Baja autoestima*, 35 (p.c.=30), *Deseo de perder peso*, 19 (p.c.=18). Así pues, al finalizar la intervención se produjo un ligero descenso en *Insatisfacción corporal* (48), *Miedo a engordar* (31) y *Deseo de perder peso* (16), encontrándose todavía, las dos primeras, por encima del punto de corte. En cuanto a la escala de *Baja autoestima*, el descenso fue mayor, puesto que la puntuación obtenida en el post-tratamiento era 27, no obstante dicha puntuación continuaba estando muy cerca del punto de corte.

En cuanto a los resultados obtenidos por la *paciente B* en el BSQ se observa en la *Figura 1* un descenso en tres de las escalas sin contemplarse puntuaciones que estuvieran por encima del punto de corte en ninguna de ellas al inicio del tratamiento: *Insatisfacción corporal* (pre = 31, post=16, p.c=36), *Baja autoestima* (pre= 23, post=15, p.c.= 30) y *Deseo de perder peso* (pre= 12, post= 7, p.c.= 18). Respecto a la escala

Miedo a engordar en la que en un primer momento la puntuación se encontraba justo en el punto de corte (21) se produjo un descenso posteriormente a 12 tras finalizar la intervención.

Figura 1

Resultados del cuestionario de Insatisfacción corporal pre y postratamiento de las pacientes A y B



En lo que respecta a las *Figuras 3 y 4* donde se observan los resultados del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), la *paciente A* obtuvo centiles elevados en dos de las escalas que se mantuvieron estables al finalizar la intervención *Desconfianza interpersonal e Ineficacia*. En las otras escalas, en las cuales también obtuvo centiles elevados, se produjo una notable disminución al finalizar la intervención *Conciencia interoceptiva, Inseguridad social, Tendencia a la delgadez e Insatisfacción corporal*.

Figura 3

Resultados paciente A Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria pre-tratamiento

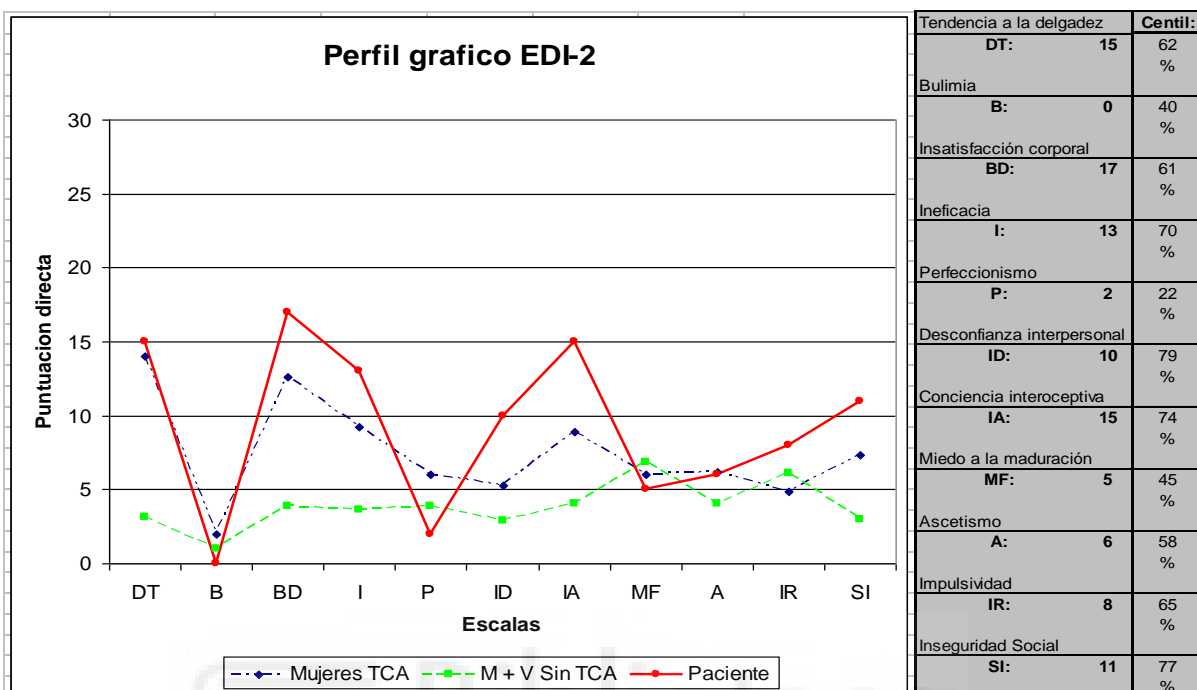
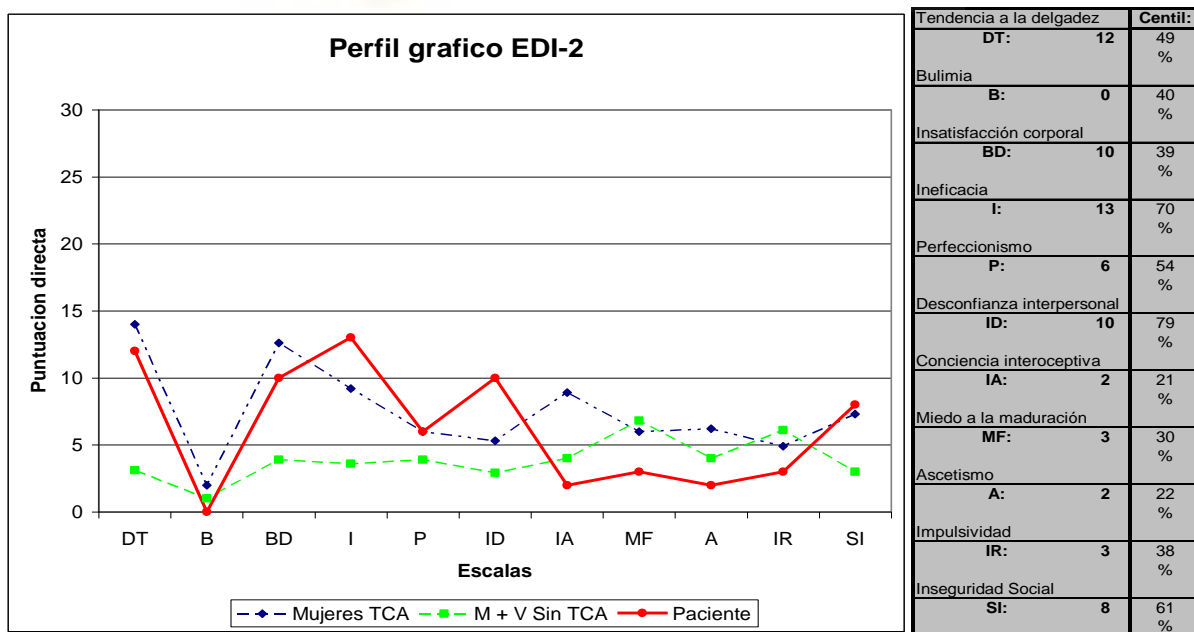


Figura 4

Resultados paciente A Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria post-tratamiento



En cuanto a las *Figuras 5 y 6* donde se observan las puntuaciones del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) la *paciente B* obtuvo centiles elevados al inicio del tratamiento en las escalas *Miedo a la madurez, Desconfianza Interpersonal e Inseguridad Social*), produciéndose un descenso de las dos primeras al finalizar la intervención y manteniéndose el mismo centil en lo que se refiere a la última escala, *Inseguridad Social*. En lo que respecta al resto de escalas, cabe decir que no fueron centiles elevados, sin embargo, se produjo un descenso en todas ellas.

Figura 5

Resultados paciente B Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria pre-tratamiento.

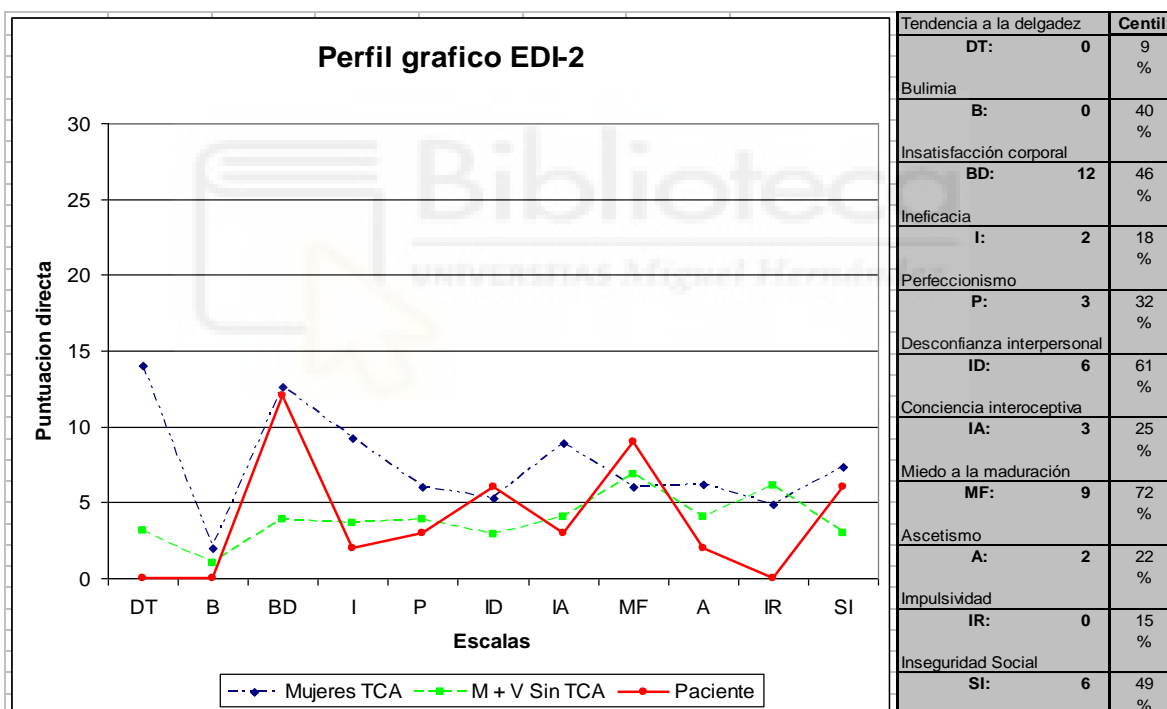
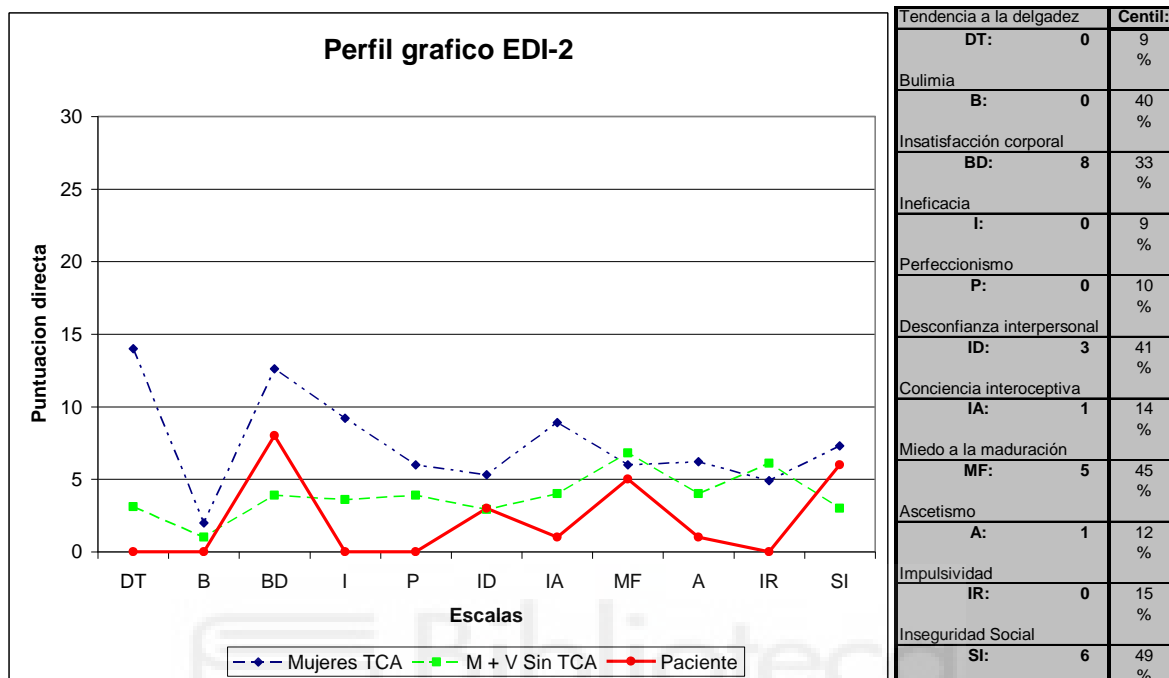


Figura 6.
Resultados paciente B Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria por tratamiento.



Discusión

En este trabajo se han analizado los resultados de dos pacientes con anorexia nerviosa tras pasar por un programa de fases con un enfoque cognitivo conductual basado en rehabilitación nutricional de la UTA del Hospital de San Juan. En el caso de la *paciente A* y con respecto a su IMC se observa que mejoró teniendo en cuenta que ingresó con un 15,07 y se le dio el alta con un 17,5. En cuanto a su motivación para el cambio, al inicio del programa dicha paciente se encontraba en la etapa de *decisión* y tras finalizar el programa estaba en la etapa de *acción*. Pese al hecho de que la *paciente A* se situara en la etapa de *acción* tras finalizar la intervención que implica tener conciencia de su enfermedad, expresaba no estar totalmente convencida de abandonarla, y en su discurso verbal se observaba que todavía tenía una actitud precontemplativa respecto a la gravedad de la misma. Este aspecto podría deberse, según el estudio de

Beato y Rodríguez (2003) al hecho de que un sujeto puede estar en la fase de acción para unos síntomas y en precontemplación para otros, por lo que tener características de estas etapas puede influir en la intención del cambio de conducta.

Así mismo, esta discrepancia en las etapas de cambio podría deberse a los ingresos hospitalarios previos que ha tenido dicha paciente, así como a las malas relaciones entre ésta y su familia, ya que no se ha observado mejoría en el clima familiar y se evidenciaron conductas en los padres que contribuían al mantenimiento de la enfermedad. Por ello, según apuntaron Zipzel et al (2000) y Keel (2003) son factores de mal pronóstico el mayor tiempo de enfermedad con intervenciones previas no exitosas, las relaciones familiares problemáticas, así como la sintomatología afectiva, la cual ha caracterizado a la *paciente A* a lo largo de toda la intervención por lo que dichos factores pueden haber influido en la evolución de esta paciente.

En cuanto a la evolución y respecto a la *insatisfacción corporal* que fue evaluada tanto con el BSQ como con el EDI-2 se encontraron resultados contradictorios. Por un lado, en el cuestionario EDI-2 se produjo una disminución más acusada mientras que en los resultados del BSQ se mantuvo prácticamente como al principio de la intervención, encontrándose por encima del punto de corte. Este hecho podría deberse a que los ítems del EDI-2 están más centrados en evaluar creencias sobre la imagen corporal, mientras que los ítems del BSQ evalúan tanto creencias, emociones, preocupaciones, así como conductas de evitación o comparación. Así mismo, y en cuanto a los ítems del EDI-2, la *insatisfacción corporal* de dicha paciente estaba más centrada únicamente sobre algunas partes de su cuerpo como los muslos, ya que tendía a sobreestimarlos, mientras que por sus caderas o estómago no mostraba dicha *insatisfacción* tras finalizar el tratamiento.

Respecto a las escalas *Deseo de perder peso* y *Miedo a engordar* se produjo un ligero descenso, con el fin de mejorar estos resultados se podrían haber realizado un mayor número de sesiones para tratar estos aspectos, sin embargo, la disminución más acusada fue en la escala de *Baja autoestima*, por lo que se puede decir que este aspecto mejoró bastante en dicha paciente. Las escalas *Ineficacia* y *Desconfianza interpersonal* se mantuvieron sin cambios tanto al inicio como al finalizar el programa de tratamiento, por lo que se debería de haber hecho más hincapié en estos aspectos durante su estancia hospitalaria, ya que las puntuaciones obtenidas fueron elevadas y ambas pueden estar influyendo de forma negativa en el pronóstico de dicha paciente. Así mismo, la escala *perfeccionismo* aumentó tras finalizar la intervención, por lo que sería conveniente trabajar en esta línea en las revisiones post alta con el fin de evitar futuras recaídas.

Respecto a la *paciente B*, la cual se situó también en la etapa de *acción* tras finalizar el tratamiento, cabe decir que ésta, al contrario que la *paciente A*, se mostró colaboradora e implicada en su tratamiento realizando cambios sobre su conducta y manifestando una gran motivación para la realización de los mismos en todas las exposiciones que se llevaron a cabo fuera de la unidad de forma exitosa. A su vez, era consciente de su estado físico actual, ya que no presentaba distorsión de su imagen y reconocía que todavía se encontraba por debajo de su peso, por lo que le motivaba a seguir en la misma línea del cumplimiento de pautas nutricionales. En lo que se refiere al análisis de dificultades de la paciente B, cabe decir que gracias a la exposición de las situaciones temidas logró hacer frente a las conductas de evitación, así como a los miedos que presentaba permitiendo que volviera de nuevo a relacionarse sin el aislamiento social que tuvo lugar antes del ingreso.

En cuanto a las escalas del cuestionario BSQ, *Insatisfacción corporal*, *Baja autoestima*, *Deseo de perder peso* y *Miedo a engordar* se produjo un descenso en todas ellas, de igual modo que ocurrió en todas las escalas del EDI-2 en las cuales también se produjo una disminución, excepto la escala *Inseguridad Social*, la cual se mantuvo sin cambios desde el inicio hasta el fin del programa de tratamiento. Así pues, siguiendo en la línea de lo que apuntaban Rodríguez, Beato y Segura (2006), en la *paciente B* ha podido influir el alto grado de motivación, así como la implicación en su tratamiento contribuyendo de forma favorable en la evolución del proceso terapéutico.

A su vez, otra posible explicación a los resultados de la *paciente B*, la cual ha tenido una notable mejoría en comparación con la *paciente A*, pudo ser la menor edad con la que inició el trastorno, así como el menor tiempo de enfermedad antes de su ingreso ya que se consideran factores de buen pronóstico en la anorexia nerviosa (Herpertz-Dahlmann, 2001; Steinhausen, 2002).

Por tanto, si comparamos a estas pacientes nos encontramos con que la *paciente A* con respecto a la *B*, en un principio carecía de conciencia de enfermedad en todos los ingresos hospitalarios, así como de motivación al cambio, aspecto que en la *paciente B* sí que se encontraba presente desde el inicio del tratamiento puesto que además dicha *paciente* tomó la decisión de forma activa de ser ingresada en la UTA. En cuanto a las situaciones temidas asociadas a la enfermedad se realizaron exposiciones tanto dentro como fuera de la unidad con el fin de afrontar sus miedos. En la *paciente B* dichas exposiciones fueron exitosas, puesto que a raíz de las mismas adquiría un elevado sentimiento de autoeficacia, se sentía capaz de seguir realizando cambios al respecto y por consiguiente, la preocupación hacia la comida se fue extinguiendo. Sin embargo, la

paciente A no conseguía romper la creencia irracional “comer engorda”, dado que continuaba realizando conductas de enfermedad para evitar la ganancia de peso además de seguir manteniendo una acusada distorsión sobre su imagen corporal, ya que dicha paciente encontraba beneficios dentro de la enfermedad, como por ejemplo, delgadez como sinónimo de autovaloración. Estos hechos podrían ser explicados por la falta de implicación que mostró ante el tratamiento, aun reconociendo el trastorno en algunos momentos de su estancia hospitalaria, ya que dicha implicación conlleva grandes dificultades durante el mismo, esta ambivalencia podría explicar la resistencia ante las indicaciones terapéuticas (Rodríguez, Beato y Segura, 2006).

Por todo lo mencionado anteriormente, cabe decir que resulta todo un reto implicar a las pacientes con un TCA en el proceso de cambio, ya que como señala la literatura, dicha implicación contribuye de forma positiva en la evolución de las pacientes (Rodríguez, Beato y Segura, 2006) De modo que se considera de vital importancia establecer un enfoque terapéutico que consista en estimular al paciente para adquirir una actitud de participación activa y contribuir de forma favorable a la resolución final del cuadro.

Finalmente, en lo que respecta a las limitaciones de este estudio, destacaría sobre todo la actitud de resistencia que mostró la *paciente A* en la cual considero que quizás las intervenciones deberían de haber sido más adaptadas a ella manejando en todo momento su ambivalencia. Del mismo modo, considero que se deberían haber trabajado en terapia aspectos importantes relacionados con la motivación al cambio, el proceso de toma de decisiones valorando los pros y los contras del cambio, así como la percepción de autoeficacia de dicha paciente. Así pues, es necesario tener en cuenta estas variables

de cara a investigaciones futuras con el fin de facilitar el cambio de la conducta problema. Además, otra de las dificultades es que al tratarse de un tratamiento protocolizado no permitió adaptarse a las características de cada paciente teniendo en cuenta, a su vez, que la disponibilidad de tiempo para intervenir con las que se encontraban en régimen hospitalario era limitado debido a la intervención que se debía realizar con las pacientes externas a nivel ambulatorio.



Referencias

Álvarez, M., Bautista, I. y Serra, L.I. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.

Álvarez, M., Palomino, A., González, V. y Quiroga, M. (2014). Evaluación de la eficacia de la terapia psicológica y nutricional a través de la composición corporal y somatotipo en pacientes afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14 (2), 13-20.

Arrufat, F., Badia, G., Benítez, D., Cuesta, L., Duño, L. et al (2009). *Guía práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J. y Sulbarán, D. (2012). Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24(3), 390-395.

Baile, J., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 439-450.

Baile, J. y González M. (2014). *Tratando anorexia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid: Pirámide.

Beato, L. y Rodríguez, T. (2003a). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria, ACTA. Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 111-119.

Beato, L. y Rodríguez, T. (2003b). Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. *Adicciones*, 15, 51-56.

Bégin, C., Gagnon-Girouard, M., Aimé, A. y Ratté, C. (2013). Trajectories of Eating and Clinical Symptoms over the course of a Day Hospital Program for Eating Disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21, 249-264.

Birmingham C. y Beumont P. (2004). *Medical management of eating disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.

Borrego, H. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24, 44-50.

Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A. y Murguía, E. (2013). Prevalencia de los trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18, 51-55.

Cooper, Z. y Shafran, R. (2008). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 713-722.

Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. EDI. En B D. (Ed.), EDI-2: *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Manual. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Crow, S., Peterson, C., Swanson, S., Raymond, N., Specker S., Eckert E. y et al. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1342–1346.

García-Camba, E. (2001). Complicaciones médicas en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (coord.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (pp- 125-139). Barcelona: Masson.

Herpertz, D. Muller, B., Herpertz, S. Heussen, N., Hebebrand, J. et al (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 603-612.

Lechuga, L. y Gámiz, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria: aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 142-157.

Madruga, D., Leis, T. y Lambruschini, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*. España: Ergón.

Marco, J. (2004). *Tratamiento de los Trastornos Alimentarios: eficacia diferencial de la Terapia Cognitivo Comportamental con un componente de Imagen Corporal apoyado con Técnicas de Realidad Virtual*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I: Castellón.

Mateos, A. y Solano, M. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia y Bulimia nerviosa. *Psicología.com*, 1, 1-25.

Raich, R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Raich, R., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.

Rodríguez, T., Beato, L. y Segura, E. (2006). Influencia de la motivación en la evolución clínica de los trastornos del comportamiento alimentario. *Actas Española de Psiquiatría*, 34(4), 245-250.

Saldaña, C. (2010). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I Amigo (coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, I, Adultos* (pp. 141- 160). Madrid: Pirámide.

Santiago, M., Bolaños, P. y Jáuregui I. (2010). Anemias nutricionales en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Española Nutrición Comunitaria*, 16(4), 187–193.

Scribner, C. y Graves, L. (2010). Nutrition Therapy for Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 122-136.

Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (8), 1284-1293.

Stice, E., Becker, C. y Yokum S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorder*, 46, 478–485.

Toro, J. (2009). Trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 38, 1-15.

Turón, V. (1997). Trastornos de la alimentación. *Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

Williamson, D., Davis, C., Duchmann, E., McKenzie, S. y Watkins, P. (1990). *Assesment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D., Deter, H. y Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 355 (9205), 721-722.

