

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
Aproximación cognitivo-conductual.**

**PSYCHOLOGIC THERAPY OF EATING DISORDERS.
A cognitive-behavioral approach.**

**Lola Lechuga Navarro
M^a Nieves Gámiz Jiménez**

**Para correspondencia:
Centro de Psicología Clínica "Nilo". Málaga.**

E-mail: lolalechuga@telefonica.net

RESUMEN

El tratamiento de los TCA debe abordar los problemas psicopatológicos y los orgánicos desde una aproximación multidisciplinar. El cuadro psicológico se caracteriza por ansiedad, obsesiones, depresión, distorsiones cognitivas, baja autoestima y falta de autocontrol. Los objetivos terapéuticos en el área psicológica son: Orientación educativa, modificación conductual, modificación cognitiva, adquisición de estrategias y de habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. La evaluación inicial de la situación del paciente determinará la modalidad del tratamiento pertinente: Ingreso hospitalario, hospital de día y tratamiento ambulatorio. Revisamos los criterios, objetivos terapéuticos y plan terapéutico de cada modalidad.

Palabras clave: Trastornos conducta alimentaria. Tratamiento psicológico.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen, en el momento actual, un auténtico problema de salud. La incidencia de los mismos se ha incrementado notablemente en la sociedad occidental. Actualmente parece que el ritmo de crecimiento es mayor para la bulimia que para la anorexia (Fairburn, 1998).

El abordaje terapéutico de los TCA ha de ser realizado por un equipo multidisciplinario que suele requerir la colaboración de distintos especialistas y niveles asistenciales (Turón, 1997). El éxito del tratamiento dependerá, en gran parte, de la presencia y coordinación de los diferentes miembros del equipo.

Este equipo terapéutico ha de estar integrado, al menos, por los profesionales que cubran los dos grandes campos de problemas de estos pacientes:

1. Problemas **psicopatológicos**: Su enfoque y manejo estará en manos del psiquiatra y psicólogo.
2. Patología **orgánica**: Deberá ser atendida, evidentemente, por los especialistas médicos correspondientes. Será preciso, para cubrir las necesidades de los pacientes, la colaboración del endocrinólogo, ginecólogo, etc.

SINTOMATOLOGÍA BÁSICA

Desde el punto de vista psicológico, el cuadro clínico de los TCA se caracteriza por:

1. **Ansiedad**: El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. En los pacientes con TCA la ansiedad está siempre presente: En bulimia precede al atracón, que la calma momentáneamente, aunque después vuelve con gran intensidad. En anorexia se manifiesta, sobre todo, en los momentos en que la paciente se enfrenta a las comidas. Y en ambas, la frustración al no conseguir un "cuerpo perfecto" potencia este síntoma que termina siendo incapacitante en muchos casos (Morandé, 1995).
2. **Obsesiones**: La obsesión por adelgazar constituye un aspecto básico en los TCA, tanto anorexia como bulimia. La diferencia está en que mientras la anoréxica logra su objetivo, para la bulímica es un objetivo casi siempre inalcanzado. En la paciente con TCA siempre están presentes dos ideas obsesivas: Peso y comida.
3. **Depresión**: La tristeza y el cambio de carácter es muy frecuente en estas pacientes y pueden ser los primeros síntomas que detectan las personas de su entorno. En muchos casos, la inanición conlleva aparejada la depresión. Es muy frecuente que al realimentar a estas pacientes el cuadro depresivo mejore significativamente (Toro y Vilardell, 1987). El cuadro depresivo culmina, desgraciadamente, en muchos casos con intentos de autolisis que son particularmente frecuentes en bulimia.

4. **Distorsiones cognitivas:** La distorsión fundamental en estas pacientes es la de la imagen corporal, y es una de las características más incomprendidas por las personas de su entorno. El nivel de distorsión no es estable. En los pacientes con anorexia este nivel aumenta conforme la paciente va reduciendo su peso. Es muy frecuente encontrarse pacientes con un índice de masa corporal muy bajo que continúan pensando que están enormemente obesas. Este tipo de distorsiones es menos frecuente en pacientes bulímicas.
5. **Baja autoestima:** Todas las personas con TCA tienen una autoestima muy pobre (McKay y Fanning, 1991). No se valoran ellas mismas y creen no ser valoradas por los demás. Todo lo que hacen está mal. No encuentran ningún aspecto positivo en su físico ni en su manera de ser. Sus pensamientos automáticos irracionales son tan abundantes que continuamente están destrozando su autoestima (*como estoy gorda, nadie me va a querer...*)
Junto a lo anterior, hay que destacar que estos pacientes son enormemente perfeccionistas, y en particular los que se encuentran en fase de anorexia. Las elevadas expectativas sólo consiguen frecuentes frustraciones que conllevan un mayor deterioro en el nivel de autoestima.
6. **Falta de autocontrol,** especialmente marcado en bulimia. Lacey, citado por Fairburn (1998), ha señalado que “estas personas tienen un problema del control de los impulsos y su problema alimentario es una expresión de aquél”.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Se pueden señalar los siguientes aspectos importantes en el área psicológica (AETCA y ADANER, 1996):

1. Orientación educativa:

La información, que se proporciona a los pacientes, irá dirigida a:

A. Ayuda diagnóstica:

En la mayoría de los pacientes existe una falta de conciencia total de la enfermedad. Es fundamental, en un primer momento, informarles de la sintomatología y características de la misma.

La información adecuada les ayudará a identificar sus conductas y a comenzar a tener conciencia de enfermedad.

B. Evolución y pronóstico de la enfermedad:

Se les informa de las consecuencias físicas y psicológicas de las dietas drásticas, de los atracones, vómitos y otros tipos de conductas purgativas. El paciente deberá tener información adecuada de los terribles riesgos que los TCA conllevan para su salud, tanto física como mental.

C. Consejos nutricionales:

Es preciso, antes de nada, corregir las creencias erróneas nutricionales (Schmidt y Treasure, 1996) tan frecuentes en este tipo de pacientes (una paciente puede creer que el uso de una crema hidratante la hace ganar peso).

Posteriormente, se debe informar de las características de una dieta adecuada, tanto en calidad de alimentos integrantes como de cantidad de los mismos.

D. Contrarrestar la presión social:

Hay que liberar, en la medida de lo posible, a los pacientes de los efectos perjudiciales de los medios de comunicación, y en particular, de la publicidad engañosa y sesgada a que se ven sometidas.

2. Modificación conductual:

Dirigida a los siguientes aspectos:

- A. Identificación de los **factores precipitantes** y de **mantenimiento** de las conductas problemáticas.
- B. Establecer **estrategias incompatibles con las conductas problema**. Ejemplo: Asignar ciertas tareas para realizar en los momentos en que la paciente suele presentar conductas purgativas.
- C. Reorganización de los **patrones alimentarios correctos**. Hay que proporcionar, tanto a los pacientes como a sus familiares, unas normas claras y precisas que incluirán aspectos como: Número de comidas al día, lugar donde se realizan, cierre de la cocina si es preciso, conveniencia de comer acompañada, etc.
- D. **Fijar metas adecuadas**. Las metas que se acuerden con los pacientes deben ser concretas y realistas, en todo caso de dificultad progresiva, lo que les proporcionará logros que aumenten su autoestima (Branden, 1995) y seguridad. Hay que evitar metas altas, inalcanzables, como las que se imponen los mismos pacientes en su afán de perfeccionismo que lo único que consiguen es incrementar su frustración.
- E. Establecimiento de un **sistema de refuerzos**. Los pacientes, en la medida en que vayan consiguiendo metas sucesivas, recibirán gratificaciones que ayudarán a extinguir las conductas relacionadas con su enfermedad.
- F. Trabajar la **intolerancia al cambio** de la paciente buscando moderar su rigidez mental.

3. Modificación cognitiva:

Se deberá centrar en los siguientes aspectos:

- A. Un primer objetivo es cambiar el **pensamiento pasivo** de estas pacientes con la intención de que se hagan sujetos activos y asuman responsabilidad en el tratamiento (Miller y Rollnick, 1999) .
- B. Modificar los **pensamientos distorsionados** relacionados con el comer, el peso y los alimentos. Al introducir pensamientos más adaptativos, se reducirá la ansiedad y el malestar de los pacientes.

- C. Identificación y modificación de los **pensamientos automáticos irracionales**. Estos pensamientos, tan frecuentes, deterioran continuamente la autoestima de las pacientes y obligatoriamente hay que sustituirlos por otros más realistas y positivos.
- D. Modificación de las **distorsiones perceptivas** que originan una imagen negativa del cuerpo. La paciente rechaza persistentemente su propio cuerpo lo que repercute en sus conductas alimentarias negativas y termina originando un auténtico círculo vicioso (Toro, 1996).
- E. Modificación de los **miedos**: Miedo a no destacar, a perder el cuerpo delgado, a no ser aceptada por los demás, a engordar, etc.

4. Adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento.

Se trata de corregir las respuestas desadaptativas tanto en relación a la comida como a sus relaciones sociales y entorno familiar, ambos muy deteriorados en estos pacientes.

- A. Para **modificar los rituales y obsesiones** respecto a la comida. Ejemplo: Ritual anoréxico (hacer múltiples pequeños trozos con los alimentos, extenderlos en el plato, jugar con ellos, etc.)
- B. Para **recuperar las relaciones sociales**. En estos pacientes las relaciones sociales se han alterado notablemente con la enfermedad, se han deteriorado. El aislamiento social es muy frecuente: los amigos han desaparecido. Trabajar este aspecto es fundamental.
- C. Enseñarles a **afrontar los problemas cotidianos**. Hay que evitar que la comida se convierta en el "refugio" de la frustración que le ocasiona la incapacidad para afrontarlos. Hay que demostrar a la paciente que los problemas se pueden resolver sin necesidad de adoptar actitudes que amenacen su salud.
- D. Mejorar el nivel de **expresión de los sentimientos** y comunicación con el entorno familiar (Calvo, 2002).
- E. **Entrenamiento en técnicas de Habilidades Sociales** y de **Autoestima** que posibilitará la recuperación de estas pacientes.

5. Prevención de recaídas

No podemos olvidar la enorme incidencia de recaídas en los TCA. Hay que desdramatizar la posibilidad de las mismas, pero es imprescindible que establezcamos estrategias adecuadas para su prevención (Cervera, 1996). Ello comporta:

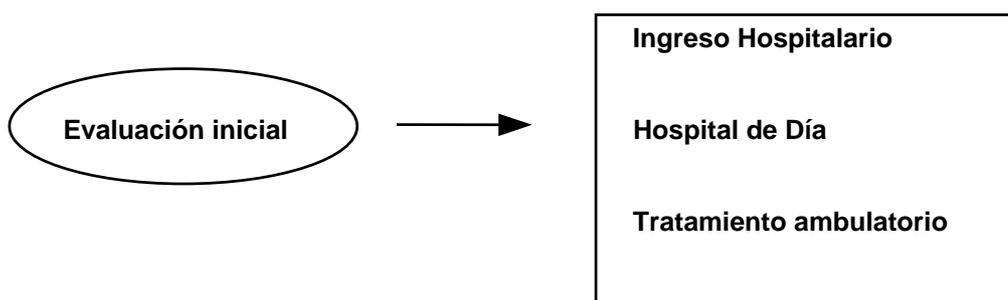
- A. **Determinar las posibles situaciones de riesgo** mediante la identificación de los factores cognitivos, ambientales, etc. que afectan a los pacientes.
- B. Dotarles de **habilidades específicas** para afrontar de manera adecuada cada una de las posibles situaciones de riesgo.
- C. Establecimiento de un **programa de Exposiciones controladas** a las situaciones de riesgo. Ej. A una paciente en fase de bulimia, que está saliendo de su enfermedad, se la debe llevar a merendar a una pastelería para que aprenda a controlar su ansiedad ante el estímulo problema.
- D. **Analizar las recaídas** para extraer posibles aspectos positivos de las mismas que ayuden a prevenir las siguientes.

En resumen, los cinco grandes grupos de objetivos terapéuticos señalados previamente, se pueden concretar en dos fundamentales (Rodríguez Cantó, 1996):

- 1. Referidos al **área somática**: Alcanzar un estado nutricional aceptable, y
- 2. Referidos al **área psíquica**: Cambiar las relaciones con la alimentación y con su propio cuerpo, así como normalizar las relaciones de la paciente con su entorno, tanto familiar como social.

TRATAMIENTO

Para una elección adecuada de las diferentes opciones terapéuticas es imprescindible una cuidadosa **Evaluación inicial** de la situación de la paciente que determinará la modalidad de tratamiento pertinente: **Ingreso hospitalario**, **Hospital de día** o **Tratamiento ambulatorio** (INSA-LUD, 1995).



1. EVALUACIÓN INICIAL

Constituye el primer contacto con la paciente, durante el que se completa el diagnóstico y fase de la enfermedad de un modo multidisciplinario. Permite programar el tipo de atención que se considere más beneficiosa para la paciente.

- 1. Realización de **Historia clínica** a la paciente.

2. **Entrevista con la familia.**

3. Exploración psicológica mediante la utilización de **cuestionarios** específicos en TCA:

- ◆ BITE: Para bulimia.
- ◆ EAT: Para anorexia.
- ◆ Test de la silueta y BSQ: Para valorar el grado de distorsión de la imagen corporal que puede presentar la paciente.
- ◆ ABOS: Dirigido a los padres y familiares.

Puede ser necesario el uso de otro tipo de cuestionarios (Beck, etc.) para valorar los posibles trastornos asociados (Depresión, etc.).

La evaluación psicológica, evidentemente, irá unida siempre al examen médico pertinente.

2. INGRESO HOSPITALARIO

La hospitalización no será precisa en la mayoría de los casos, pero es preciso contar con el respaldo de una Unidad de ingresos adecuada. En los últimos años se han incrementado los ingresos hospitalarios por anorexia nerviosa, aunque el porcentaje de paciente afectadas que ingresa es progresivamente menor, quizás porque ha mejorado el nivel de atención ambulatoria.

2.1 CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Los criterios de ingreso hospitalario para un paciente con TCA se pueden concretar en tres grandes grupos:

- Presencia de **riesgo vital para el paciente** ya sea por motivos exclusivamente de tipo médico (pérdida alarmante de peso, aparición de complicaciones secundarias a la malnutrición...) o de tipo psiquiátrico (intentos de autolisis). En esta situación el ingreso es solicitado por la familia o el propio médico de la paciente con **carácter de urgencia**.
- Por **fracaso del tratamiento ambulatorio o en Hospital de día** que se muestra incapaz de resolver el problema. En este caso, el ingreso es solicitado por los profesionales de salud mental.
- Por **disfunción en la estructura familiar** para el apoyo adecuado al tratamiento.

2.2 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El Régimen de Hospitalización está dirigido a conseguir los siguientes objetivos, que se diferencian en *a corto* y *largo plazo*.

- **Objetivos a corto plazo:**
 1. Tratamiento de las complicaciones de la enfermedad.
 2. Recuperación del peso hasta niveles adecuados.

3. Normalización de los hábitos alimentarios.

• **Objetivos a largo plazo:**

4. Adaptación psicosocial de la paciente.

5. Mantenimiento del peso corporal dentro de márgenes normales.

6. Estabilización de la conducta alimentaria de la paciente.

2.3 PLAN TERAPÉUTICO

Nos vamos a limitar a señalar las funciones del psicoterapeuta dentro del plan global de tratamiento de estas pacientes, excluyendo por tanto los aspectos exclusivamente médicos (como el tratamiento de las complicaciones de la malnutrición) y los aspectos nutricionales. En particular, nos centraremos en la psicoterapia a pie de cama que es la función más importante del psicoterapeuta con el paciente ingresado.

2.3.1 Psicoterapia a pie de cama

Desde el primer día el psicoterapeuta se encargará de escuchar y ayudar a entender y afrontar el tratamiento del paciente. Los **objetivos** fundamentales que es necesario conseguir son dos:

1. Apoyar el proceso de realimentación y renutrición y,

2. Apoyar el doloroso proceso mental de salir de la enfermedad.

Las **técnicas**, que suelen utilizarse en la terapia, son:

- Elaboración por la paciente de una **autobiografía** (en pasado, presente y futuro).
- Realización de **árbol genealógico** con la ayuda de los padres, y
- Elaboración de un **Diario** que será trabajado conjuntamente por el paciente y el psicoterapeuta.
- El psicoterapeuta se debe transformar en una **caja de resonancia** en la que quepan las quejas del paciente respecto a su tratamiento, médicos, enfermeras, familia, comida, su cuerpo, etc.
- Utilización de un **sistema progresivo de refuerzos o privilegios** que se adquieren en la medida en que se consigan las metas propuestas en el tratamiento.
- La **relajación** suele ser la técnica más usada para controlar la ansiedad de los pacientes, y generalmente, es dirigida por enfermería.
- **Exposición** controlada y **prevención de respuestas**.

2.3.2 Trabajo en grupos con los familiares

Los padres son elementos de absoluta transcendencia para la eficacia del tratamiento; por ello, han de participar activamente en el proceso terapéutico (Vandereycken et al., 1991).

Las reuniones de grupo se suelen realizar con periodicidad semanal. Son grupos de estructura abierta.

Los objetivos fundamentales son:

- **De tipo informativo:** Se deben abordar los aspectos diagnósticos de la enfermedad, sus causas, así como las posibles graves complicaciones, su curso evolutivo y, por supuesto, las posibilidades de curación definitiva en la que ellos deben participar. Así mismo, se le deberán proporcionar pautas encaminadas a la adquisición de hábitos saludables con respecto a los TCA, entrenamiento para actuar durante las horas de comida..., en definitiva, un intercambio de información entre terapeuta y familia.
- **De tipo terapéutico:** Será preciso, entre otros, calmar la ansiedad de los padres y procurar quitar los tan frecuentes sentimientos de culpa.

3. HOSPITAL DE DIA

Constituye una situación intermedia entre la hospitalización y el mero tratamiento ambulatorio. Sustituye a la hospitalización, cuando ésta ha cumplido ya su función, evitando estancias demasiado prolongadas, o permiten al paciente la relación con su entorno cuando no es indispensable aquélla.

3.1 CRITERIOS DE ATENCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA

En general, se considera preciso recurrir al Hospital de día cuando, sin existir un claro criterio de ingreso hospitalario, encontremos que:

- La paciente no consigue la normalización alimentaria adecuada manteniéndose fuera de control la frecuencia de vómitos, atracones o conductas restrictivas.
- Falta el apoyo familiar adecuado para establecer las pautas del tratamiento ambulatorio.
- La enfermedad interfiere con las tareas cotidianas de la paciente (estudios, trabajo, etc.)

3.2 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Cuando se indica a una paciente el régimen de Hospital de Día, porque se considera suficientemente "inestable" como para no poder seguir la atención ambulatoria, se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- A. Evitar el ingreso hospitalario.
- B. Evitar la progresión de la enfermedad hacia la cronicidad.
- C. Dar tiempo a la reorganización familiar.
- D. Apoyar a la paciente en los momentos de crisis y recaídas.
- E. Proporcionar a la paciente un entorno apropiado para favorecer su reinserción personal, familiar y social.

3.3 PLAN TERAPÉUTICO

Se deberá establecer un horario de permanencia en el hospital, que habitualmente será de lunes a viernes. Se podrá utilizar tanto estancia parcial (sólo tardes) como completa (jornada de mañana y tarde).

Habitualmente, durante las fases de Hospitalización se hace hincapié en la psicoterapia individual mientras que en las fases de Hospital de día se recurre más a la **psicoterapia de grupo** (Kaplan y Sadock, 1996), sin excluir, si es preciso, la utilización de la primera. No podemos olvidar la principal ventaja que el terapeuta encuentra al trabajar con los grupos: los pacientes se tranquilizan al comprobar que su problema no es único. No ser tan “raras” como pensaban, les ha permitido el reconocimiento de sus trastornos y la aceptación de la enfermedad.

Los diferentes grupos que se utilizan son:

- **Grupos terapéuticos** de estructura cerrada, homogéneos (los pacientes en fase de anorexia estarán en grupos distintos a los de bulimia), con un número determinado de personas (no deberá superar las 8 o 10 personas). Estos grupos servirán para ofrecer al paciente la oportunidad de cambios permanentes en las relaciones sociales, e incrementarán la autoconciencia y habilidad para afrontar emociones de manera que refuercen las probabilidades de éxito de la terapia individual.
- **Terapia ocupacional** en particular manualidades (barro, pintura,..) que proporcionan a la paciente seguridad y distracción.
- Talleres monográficos, o **módulos**, en los que se trabaja durante períodos prolongados temas concretos como autoestima, habilidades sociales, imagen corporal, control de la ansiedad, etc.
- **Grupos de padres.** El trabajo con ellos es especialmente laborioso puesto que no podemos olvidar que la sensación de fracaso es mayor al no poder hacerse cargo del tratamiento de sus hijas. Habitualmente se organizan con periodicidad semanal.

4. TRATAMIENTO AMBULATORIO

4.1 CRITERIOS DE ATENCIÓN EN TRATAMIENTO AMBULATORIO

Tras el diagnóstico de un TCA se aceptará en tratamiento ambulatorio a todas los pacientes si se reúnen los siguientes criterios:

- Cuando no existe un criterio claro de ingreso hospitalario ni de Hospital de día.
- Cuando exista apoyo familiar con capacidad de contención .
- Compromiso por parte del paciente para llevar a cabo la normalización alimentaria e implicación activa en la terapéutica necesaria.

4.2 OBJETIVOS TERAPEÚTICOS

Cuando la/el paciente no necesita hospitalización y es aconsejable un tratamiento ambulatorio, habrá que fijarse los siguientes objetivos:

- Renutrición y realimentación.

- Alcanzar y mantener un peso adecuado.
- Tratar las complicaciones médicas que aparezcan
- Abordaje psicoterapéutico.

4.3 PLAN TERAPÉUTICO

El tratamiento de los pacientes que sean atendidos en consultas ambulatorias se hará desde dos vertientes: punto de vista médico (psiquiatra y endocrinólogo, como mínimo, y otros especialistas si fueran necesarios) y, punto de vista psicoterapéutico (psicólogo).

- Desde el **punto de vista médico** se asumirán las siguientes funciones:
 - Responsabilidad de **reorganizar la alimentación**, a través de una dieta individualizada para cada paciente y en cada momento concreto de la evolución del T.C.A.
 - Deberá hacerse un **seguimiento** de las siguientes fases de la recuperación: hidratación, depósito glucógeno, tejido graso y proteínas.
 - Se encargará de una **educación nutricional**, donde se informa a la paciente de aspectos como: asegurar que no se les va a engordar, explicar requerimientos nutricionales (obtención de un equilibrio de energía y los componentes del gasto energético, etc.)
 - Administración de **fármacos** para subsanar problemas asociados con los T.C.A.
- Desde el **punto de vista psicológico** se deben asumir las siguientes funciones:
 - Dirigir **terapia individual** a aquellos pacientes que requieran este tipo de terapia o, en su caso, a aquellos pacientes que se acaban de incorporar a su tratamiento en el centro y deben ser preparadas para su posterior incorporación a un grupo.
 - Dirigir **terapia familiar**, especialmente en pacientes menores y con cuadros de evolución poco prolongados. El foco de actuación terapéutica es la familia como unidad y no en exclusiva la paciente afectada. Fundamentalmente se trabaja en la recuperación de pautas de comunicación más saludables y en entender y modificar los síntomas como producto del malestar del sistema familiar.
 - Dirigir **terapias de grupo**, para las que son válidas las mismas consideraciones que se hicieron previamente en el epígrafe Hospital de día.
 - Dirigir **módulos**, en los que de forma monográfica se trabajen temas como autoestima, habilidades sociales, ansiedad, etc.
 - Dirigir grupos de padres, donde se les educa y se dota de estrategias de afrontamiento familiar del T.C.A.

BIBLIOGRAFÍA

- AETCA/ADANER (1997). *Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes*. Madrid: Jornadas AETCA.
- Branden, N. (1995). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y de la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- INSALUD (1995). *Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evolución y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado anorexia: La tentación de adelgazar*. Madrid: Temas de Hoy. Madrid.
- Rodríguez Cantó F. (1997). *Psicoterapia de grupo en trastorno de alimentación*. Madrid: Jornadas de AETCA.
- Schmidt, U. y Treasure, J. (1996). *Aprender a comer*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Turón, V.J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Vandereycken, W., Castro, J., y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.