

FORMULACION Y TRATAMIENTO DE UN CASO CON ANOREXIA NERVIOSA

José Luis Graña Gómez (1)

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (Madrid)

RESUMEN

Se trata de un hombre de 22 años con un trastorno de anorexia nerviosa grave. En el momento de ser admitido al hospital pesaba 37,19 Kgrs., correspondiéndole un peso ideal de 61,00 - 67,00 Kgrs. Aparte de los problemas físicos presentaba un miedo a comer y a ganar peso, ansiedad social y dificultades interpersonales y ciertos síntomas de depresión clínica.

El análisis histórico reveló que creció como una persona tímida, retraída y tenía miedo a ser criticado, en un principio por su exceso de peso y posteriormente por carecer de habilidades sociales, por una pobre autoestima y confianza en sí mismo.

El tratamiento tenía por objetivo incrementar el peso corporal, descondicionar el miedo a comer y a ganar peso, superar su ansiedad social y mejorar las relaciones interpersonales, adquirir conocimientos sobre nutrición y mejorar su imagen corporal. Para ello se aplicó un programa operante dirigido a mejorar su peso y su estado físico. También se aplicó un procedimiento de desensibilización sistemática, un entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva para tratar sus síntomas fóbicos y la ansiedad social. El tratamiento tuvo una duración de 7 meses.

Los resultados mostraron que el paciente alcanzó el peso objetivo de forma gradual, superó su miedo a comer y a ganar peso y se produjo un cambio positivo en sus relaciones interpersonales, autoimagen, etc. Los resultados se mantuvieron al año y a los tres años de seguimiento.

(1) Este caso fue tratado en el Middlesex Hospital Medical School. Universidad de Londres.

SUMMARY

This is a case study of a 22-year-old male with severe anorexia nervosa. Upon admission to the hospital, he weighed 37.19 Kgrs., with an ideal weight ranging from 61 to 67 Kgrs. Along with the physical symptoms, the patient presented a fear of eating and of weight gain, as well as several symptoms of social anxiety, interpersonal difficulties, and of a clinical depression.

The patient's history reveals a timid and withdrawn individual with a fear of being criticized initially for being overweight, and later for his lack of social skills, for his poor self-esteem, and his lack of self confidence.

The treatment goals included increasing body weight, deconditioning the fear of eating and of weight gain, overcoming his social anxiety, and improving his interpersonal relations, as well as acquiring information about nutrition and improving his self image. An operant program of weight gain was applied to treat his physical state. Systematic desensitization was applied along with a social skills program coupled with cognitive restructuring to treat the phobic symptoms and social anxiety. The treatment lasted seven months.

Results show a gradual increase in body weight, a reduction of the fear of eating and weight gain, and a positive change in his interpersonal relations and self image. Results were maintained at both the one-year and three-year follow-ups after the end of treatment.

1. DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: Kevin

Estado civil: soltero

Fecha de nacimiento: 11-09-1959

Profesión: Auxiliar de biblioteca

2. PROBLEMAS QUE PRESENTA

Kevin fue tratado por un trastorno de anorexia nerviosa, que le ocasionaba malestar general, debilidad e hipoglucemia, alteración de las funciones del hígado, presumiblemente debido a una malnutrición proteínica. En el momento de ser admitido al hospital pesaba 37, 19 Kgrs., correspondiéndole un peso ideal de 61,00- 67,00 Kgrs.

Aparte de los problemas físicos presentaba el siguiente cuadro:

2.1. Miedo a comer y a ganar peso

El lo describe como “un estado en el que se preocupaba por la comida, las calorías y su propio peso”. Tenía hambre muchas veces, pero le resultaba muy difícil elegir algo para comer ya que estaba ansioso al pensar en la posibilidad de engordar, de forma que a menudo escupía la comida después de masticarla.

2.2 Ansiedad social y dificultades interpersonales

Se refiere a este problema como “un sentimiento de incomodidad en relación a otras personas, pensando constantemente sobre lo que decía, hacía o acerca de su apariencia; un extremo de la autoconsciencia e ineptitud en comparación con los demás”.

2.3. Depresión

Ha tenido períodos de depresión reactiva en relación con la ganancia en peso u otras circunstancias adversas.

3. ANALISIS FUNCIONAL

La información se obtuvo a través de entrevistas con el paciente y con su padre.

3.1. Miedo a comer y a aumentar de peso

3.1.1. Estímulos.

Ver u oler comida; gente hablando de comida; ver artículos, anuncios en revistas o televisión sobre comida; ver gente obesa; si la gente le dice que tiene buen aspecto; mirarse en un espejo (cara y parte superior de su cuerpo); comer una comida o cualquier tipo de alimentos, etc.

3.1.2. Respuestas

3.1.2.1. Cognitivas.

“Estoy enfadado e insatisfecho conmigo mismo”; “tengo que comer menos”; “debo hacer más ejercicio para conseguir o mantener la imagen de persona

escuálida”; “cuando noto que mi estómago está lleno me siento pegajoso y mareado”; “la gente será crítica conmigo si me convierto en una persona gorda”.

3.1.2.2. *Fisiológica.*

Se siente tenso en general, aunque puede identificar la tensión básicamente en los músculos del estómago (plexo solar).

3.1.2.3. *Motoras.*

Hacer ejercicio, principalmente flexiones para adelgazar; mastica la comida y la escupe sin tragársela; vomita a veces; toma purgantes, etc.

3.1.3. *Consecuencias*

- A corto plazo: se siente mejor y más relajado cuando tiene el estómago vacío, por lo tanto vomitando o escupiendo la comida reduce la ansiedad que le produce pensar que va a engordar, que la gente va a criticarle, etc.

- A largo plazo: desarrolla problemas de salud al no alimentarse y también se observa una alteración considerable de su nivel de funcionamiento psicológico viviendo cada vez más aislado, ya que el motivo central de su vida gira en torno a la obsesión que tiene sobre la comida y aumentar de peso.

3.2. *Ansiedad social y dificultades interpersonales*

3.2.1. *Estímulos*

Conocer gente por primera vez; estar en situaciones donde la gente está en grupos y él está sólo; competir con otras personas en juegos, discusiones, etc.; enfrentarse a otros; hacer una entrevista; situaciones en que hay mucha gente en un espacio reducido; normalmente cualquier situación en la que tiene que relacionarse con otra gente, siendo más difícil con chicas.

3.2.2. *Respuestas*

3.2.2.1. *Cognitivas.*

“Me siento inferior porque soy un extraño o un intruso”; “No sé como comportarme”; “estoy preocupado porque no sé lo que la gente piensa de mí”; “sé que hay

otros mejores que yo y no estoy interesado en competir con los demás”; “la gente puede criticarme si doy mi opinión”.

3.2.2.2. Fisiológicas.

Nota tensión en todo su cuerpo

3.2.2.3. Motoras.

Salir de la situación; evita situaciones de este tipo; desconectarse de lo que la gente está diciendo; moverse de un sitio para otro mostrando su nerviosismo.

3.2.3. Consecuencias

- A corto plazo: se siente mejor si puede salir de la situación o evitarla.
- A largo plazo: carencia de habilidades necesarias para desarrollar amistades e interaccionar con otras personas; en la actualidad vive completamente aislado.

3.3. Variables de mantenimiento

Comprobar que no está gordo varias veces al día, mirándose al espejo y pesándose; hacer ejercicio físico para reducir el peso, sobre todo después de las comidas; evitar la comida y si se le presiona ocultarla; evitación de interacciones sociales, estando sólo la mayor parte del tiempo.

4. DESCRIPCION DE UN DIA NORMAL EN SU CASA

Al levantarse no comía nada y se arreglaba para ir al trabajo; a media mañana tomaba una taza de café con un poco de leche pero sin azúcar; a mediodía generalmente no comía, ocasionalmente tomaba un sandwich y la mayoría de las veces mascaba un chicle y salía a pasear por las calles a mirar escaparates y tiendas de discos, libros, etc.; a media tarde tomaba otra taza de café con leche sin azúcar.

Después del trabajo, alrededor de las 6,30 p.m., tomaba algo picando distintos tipos de comida (queso, yogurt, galletas, etc.); después pasaba el resto de la tarde en casa sólo, viendo la televisión, escuchando música, leyendo, etc. La mayor parte del tiempo estaría de mal humor, deprimido, hartado de sí mismo, ya que era incapaz de encontrar algo agradable para hacer o una salida a su situación actual. A veces pensaba que le sería más fácil suicidarse; sin embargo nunca lo intentó.

5. ANALISIS HISTORICO

5.1. Adquisición del problema

Nació en Inglaterra y es hijo único. Tuvo un problema de enuresis en la infancia que le duró 2 años. A los 8 años su peso era de 54 Kgrs., y su madre murió de leucemia cuando él tenía esta edad. En torno a esa edad su familia le dijo que tenía que reducir la ingesta de comida, aunque no lo hizo y a los 11/12 años su peso era de 73 Kgrs., por lo que sus compañeros se burlaban de él por estar gordo. No le gustaba que se burlasen de él y reaccionaba con insultos a sus compañeros. En casa se mostraba reservado y generalmente malhumorado.

Con 12/13 años hizo 2 ó 3 dietas distintas planteándose el objetivo de perder 3 Kilos en 4 semanas; como resultado no se burlaban de él por lo que se sentía mejor y algo más seguro. Le hubiera gustado ir a fiestas, si le hubieran invitado, pero nadie se lo pidió ya que era bastante tímido y retraído y él no iniciaba las interacciones con sus compañeros.

A los 15/16 años empezó una dieta esperando que así atraería a las chicas, pero no hubo ningún cambio, aunque en esa época no estaba tan preocupado por el peso como por su imagen en el espejo. Generalmente le era muy difícil hacer dieta ya que tenía una necesidad compulsiva por comer y a menudo solía decirse que si mantenía la dieta durante 2 semanas, luego podría de nuevo comer dulces, pasteles, etc.

Desde los 11 a los 15 años, si no hacía régimen tomaba en casa la merienda al volver del colegio, cenaba en casa de su tía y luego cenaba de nuevo en casa la comida hecha que traía su padre cuando volvía a las 12 de la noche; en esta etapa tenía períodos de comer compulsivamente, seguido de períodos de dieta que iniciaba al sentirse culpable por la situación en que se encontraba.

Después de los 15 años dejó de cenar en casa de su tía, pero continuó con el mismo patrón alimenticio, comer compulsivo seguido de dietas.

A los 18 años finalizó COU, aunque suspendió dos asignaturas, siendo su peso en aquella época de 63 Kgrs., aproximadamente. Finalizado el Instituto estuvo en paro durante 10 meses, pasando la mayor parte del tiempo en casa viendo la televisión, escuchando música, leyendo, buscando trabajo, etc. Estaba deprimido y generalmente el tiempo lo tenía desocupado, no tenía ningún amigo o gente con la que salir, nada sucedía, sólo aburrimiento según él. En estas condiciones empezó a perder peso y bajó a 51 Kgrs., controlando cada vez más su alimentación y volviéndose más y más preocupado con la ingesta de calorías, cada vez era más estricto con los horarios de comer y sólo hacía una comida completa los domingos.

A los 19 años empezó a trabajar como auxiliar de una biblioteca municipal, catalogando libros, aunque este trabajo no le gusta y afirma que le sirve para ocupar su tiempo.

5.2. Historia sexual

Se masturbó por primera vez a los 13 años cuando empezó a interesarse por las chicas; se sentía poco atractivo y nunca salió con una chica, aunque le hubiese gustado.

Desde los 14 años hasta los 17 se masturbó con regularidad, dice que sus fantasías eran mínimas y que generalmente pensaba en una chica que hubiera visto ese día.

A partir de los 18 años dejó de masturbarse y tampoco intentó tener una relación íntima.

5.3. Historia interpersonal

Kevin siempre tuvo dificultades al interaccionar con la gente. En el colegio le era más fácil relacionarse, ya que tenía amigos con los que compartía algunos intereses. Sin embargo, encontraba muy difícil iniciar interacciones con otros chicos, siendo excesivamente introvertido. No le gustaba participar con sus compañeros de colegio en juegos competitivos o tomar la responsabilidad de organizar juegos o actividades ya que tenía miedo a ser criticado.

5.4. Historia familiar

-Madre: murió cuando tenía 8 años y apenas recuerda algo de ella.

-Padre: era distante, crítico y poco cariñoso con él, aunque con sus amigos era abierto y amigable. Kevin está resentido hacia su padre por la forma en que le trató. Trabaja de electricista en una fábrica.

6. OTRAS AREAS

6.1. Autoimagen

Se describe como una persona de humor cambiante con tendencias perfeccionistas en cualquier cosa que hace, encuentra que su estado de ánimo varía de día a día y cree que es una persona con la que es difícil congeniar. A menudo se siente inferior a los demás y suele ser indeciso y vago en sus opiniones.

Le gustaría ser un individuo maduro, de peso normal, que tiene intereses y se satisface con ellos; también le gustaría aprender lo más posible y viajar a otros países.

6.2. Objetivos del paciente para el tratamiento

- Recuperarse de su enfermedad física, superar su miedo a comer y recuperar su peso normal.
- Mejorar la opinión de sí mismo y lograr conocerse mejor.
- Hacer amigos y relacionarse con la gente normalmente, sin estar ansioso y sobre todo establecer relaciones íntimas.

7. VARIABLES DEPENDIENTES

7.1. Peso corporal.

Se pesaba dos veces por semana y a intervalos variables durante el seguimiento.

7.2. Habilidades sociales.

6 observadores independientes calificaron 24 habilidades sociales en una escala de 1 a 5, el 1 significa ausencia y el 5 máxima presencia.

7.3. Inventarios y cuestionarios

7.3.1. Cuestionarios de autoimagen.

Es un diferencial semántico que consta de 15 adjetivos que el paciente tiene que calificar en una escala de 1 a 9 y mide la discrepancia entre el yo ideal y real.

7.3.2. Cuestionarios de Evitación social.

Proporciona un índice de la conducta de aproximación social, diseñado por Watson y Friend (1969).

7.3.3. Miedo a la evaluación negativa.

Mide la ansiedad subjetiva en situaciones interpersonales (Watson y Friend, 1969).

7.3.4. Cuestionario de pensamientos irracionales.

Proporciona una medida factorial de las ideas irracionales de Ellis (Jones, 1968).

7.3.5. Inventario de depresión de Beck.

Mide la depresión clínica (Burns y Beck, 1978).

7.3.6. Cuestionario de Rotter.

Mide expectativas de reforzamiento de control interno versus externo (Rotter, 1966).

7.3.7. Inventario de asertividad de Rathus.

Proporciona un índice de asertividad (Rathus, 1973).

7.3.8. Inventario de asertividad de Gambrill y Richey.

(Gambrill y Richey, 1975)

8. FORMULACION

Kevin presenta un problema de anorexia nerviosa severa que ha alcanzado un estado de peligro físico.

En la adquisición se observa que creció como una persona tímida y retraída, siendo difícil para él interaccionar con otros chicos de su edad, participar en juegos o actividades competitivas o tomar iniciativas, debido al miedo a ser criticado, en un principio por su exceso de peso y posteriormente por carecer de habilidades sociales apropiadas en situaciones interpersonales, también por una pobre autoestima y confianza en sí mismo, así como por la tendencia perfeccionista, siendo extremadamente organizado y limpio.

Las variables de predisposición citadas junto con otros factores psicológicos (ej. estar obeso en su adolescencia, burlarse de él, carencia de hábitos alimenticios adecuados, ausencia de la figura materna y la paterna inadecuada, etc.) desencadenaron una pauta de comer compulsivamente y hacer dieta que con el tiempo le llevó a desarrollar un miedo a la comida, a poner peso y a una imagen corporal distorsionada y a desarrollar una enfermedad física.

Estas conductas eran reforzadas positiva y negativamente. Positivamente por sus sentimientos de éxito, de estar en control y de autosatisfacción sobre sus funciones corporales, acentuado por la atención que le prestó su padre y familiares al encontrarse en ese estado. Era reforzado negativamente a través de la evitación de dos tipos de estímulos aversivos: el miedo a poner peso, reduciendo la ansiedad manteniendo una dieta, haciendo ejercicio, vomitando y tomando purgantes y la

alteración de su imagen corporal, y otros problemas tales como las interacciones sociales con gente de su edad, especialmente chicas, u obtener una cualificación laboral mejor y cambiar de trabajo.

9. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y PLAN DE INTERVENCION

El énfasis del tratamiento consistió en incrementar el peso corporal, pero como su peso corporal cuando fue admitido al hospital era tan bajo que su estado físico estaba muy deteriorado, tuvo que permanecer en cama en reposo hasta que su salud permitió diseñar programas específicos para ayudarle a conseguir el peso establecido como meta. Generalmente, los programas de tratamiento conductuales para la anorexia nerviosa han consistido en la aplicación de programas de reforzamiento contingente con la conducta de comer y de incremento de peso. El primer trabajo publicado con esta orientación fue presentado por Bachrach et al. (1965), quien modificó el hábito de comer de un anoréxico severo primero con un acercamiento por moldeamiento a comer, después a la cantidad de comida que ingería y finalmente en relación con el aumento de peso. Este trabajo fue replicado posteriormente en varios estudios de grupo (Blinder et al., 1970; Brady & Rieger, 1972; Bhanji & Thompson, 1974; Halmi et al., 1975; Kehrer, 1975; Pertschuk, 1977; Garfinkel et al., 1977; Agras & Werne, 1977). Las principales contingencias usadas fueron la atención social, el acceso a actividades placenteras como la televisión y la actividad física.

También existe evidencia empírica sobre la eficacia de la desensibilización sistemática en la extinción de la ansiedad condicionada asociada al comer y ganar peso (Hallsten, 1965; Schnurer et al., 1973).

Las técnicas de condicionamiento operante normalmente muestran, a corto plazo, una mejoría bastante rápida en el aumento de peso, pero a menudo son inadecuadas para el mantenimiento a largo plazo de hábitos de alimentación y de mantenimiento del peso (Bhanji y Thompson, 1974), a no ser que se aborden otras áreas relacionadas con la conducta problema (Calvo et al., 1987; Calvo, 1983), por ejemplo, la ansiedad social (Morgan y Russel, 1975; Pillay y Crisp, 1980), conflictos de la adolescencia (Bruch, 1974; Crisp, 1980), alteración del funcionamiento familiar (Minuchin et al., 1975, 1978), distorsión de la imagen corporal (Slade, 1982; Slade y Russell, 1973; Crisp y Kalhey, 1974).

En este caso, como se puso de manifiesto en la formulación, no sólo se intentó restaurar el peso corporal, sino también proporcionar al paciente más habilidades en otras áreas más adaptativas que permitiesen el mantenimiento de los resultados terapéuticos y la prevención de una recaída. Por ello, se trabajó sobre los siguientes déficits de conducta:

- Entrenamiento en habilidades sociales para que pueda enfrentarse con éxito

a un rango más amplio de situaciones interpersonales (ver apartados 10.3.2 y 10.3.4).

- Reestructuración cognitiva para modificar sus esquemas cognitivos distorsionados en relación con el peso, comida, autoimagen, relaciones interpersonales, etc.

- Establecimiento de un patrón alimenticio mediante un programa educativo sobre nutrición y aprendiendo a cocinar.

- Establecimiento de relaciones sociales fuera del hospital.

- Entrenamiento discriminativo para mejorar su imagen corporal comparando su cuerpo con el de otras personas delante de un espejo y en video.

- Orientación profesional.

10. PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO

10.1. Puntos constantes a lo largo del tratamiento

a. La dieta proporcionada era de 2700 cal. de comida del hospital, realizando las siguientes tomas: desayuno, tentempié de media mañana, comida, merienda, cena y a la hora de acostarse.

b. El peso meta era 61,68 Kgrs., de acuerdo a las tablas establecidas para su altura y edad.

c. El objetivo de la dieta era producir un aumento de peso de 1 a 2 Kgrs., aproximadamente a la semana.

d. Los cambios en el programa se decidían en las reuniones semanales que mantenía el staff, determinándose los diferentes umbrales de peso (el criterio para seleccionar los umbrales era arbitrario y normalmente dependía de su mejoría o de otros problemas encontrados en fases previas), contingencias de reforzamiento y otros componentes nuevos del programa.

e. Las visitas de miembros del staff y del exterior fueron constantes a lo largo del tratamiento.

f. Se le pesaba dos veces por semana.

g. Todos los cambios en el programa se hicieron a través de un contrato conductual entre el paciente y el staff.

h. Los privilegios y los componentes del programa de tratamiento, por ejemplo, desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales, a no ser que se especificase eran acumulativos de una fase a otra.

10.2. Fases del programa de tratamiento (ver figura 1.)

- **Línea base:** pesaba 37,19 Kgrs., 24.10.

- **Fase I:** 37, 19- 43,99 Kgrs., duró 25 días, desde el 27.10 - 21.11.

a. Reposo en cama, sólo se le permitía ir al servicio bajo supervisión.

b. Supervisión no estricta. El staff pasaba mucho tiempo hablando y animando a Kevin. Se le permitió su radio, radiocasette, libros, material de dibujo, etc.

- Fase II: 44,00 -47,99 Kgrs., duró 51 días, desde 21.11 - 10.1.

Se aplicaron las siguientes contingencias:

a. Se le permitió pasar una hora al día fuera de su habitación, contingente con el aumento de peso; las actividades tenían que ser de naturaleza sedentaria, por ejemplo, ver la televisión, hablar con otros pacientes o staff, juegos de mesa, etc.

b. Si el peso en vez de aumentar cada semana disminuía por debajo del umbral especificado, entonces perdía los privilegios.

Debido a la ausencia de cambios positivos se hicieron los siguientes ajustes:

c. Los privilegios se le retiraban si perdía peso dos veces consecutivas.

d. Si no finalizaba sus comidas, un miembro del staff pasaba 1/4 de hora con él persuadiéndole de que comiera.

e. Las sesiones de terapia se empleaban principalmente en organizar actividades en su habitación.

- Fase III: 48, 00 - 49, 99 Kgrs., duró 35 días, desde 10.1 - 14.2.

Las contingencias aplicadas fueron:

a. Se le permitió salir de su habitación vestido entre las 9,30 y 10,30 a.m. para participar en un grupo de discusión entre todos los pacientes; el resto del tiempo podía hacer actividades de carácter sedentario en su habitación.

Como se descubrió que hacía ejercicio físico y escondía la comida, se introdujeron los siguientes cambios:

b. En esta fase se le permitió desayunar, comer y cenar en el comedor con otros pacientes; un miembro del staff le servía la comida y lo supervisaba; durante ese período podía estar vestido.

c. La hora siguiente a cada comida la pasaba en su habitación descansando, acompañado por un miembro del staff, con las siguientes excepciones:

d. La hora entre las 9,30 y 10,30 a.m. la pasaba en el grupo los lunes, miércoles y viernes, el resto de los días haciendo una actividad sedentaria con supervisión.

e. El tentempié de media mañana y la merienda los tomaba en su habitación sólo.

f. El programa era revisado cada dos semanas o si:

- aumentaba mas de 2, 300 Kgrs. por semana.

- si su peso no aumentaba 900 Kgrs. por semana.

g. La hora que podía pasar al día fuera de su habitación si la elegía después de cenar (entre 7,00 ó 8,00 p.m.) tenía que ser de carácter sedentario.

h. En esta etapa se hicieron sesiones de entrenamiento en relajación muscular.

- Fase IV: 50,00 - 51,99 Kgrs., duró 18 días, desde 14.2 - 4.3.

a. Hacer una salida fuera del hospital acompañado por un miembro del staff, por ej.: al cine, a un bar o cualquier otra actividad de su elección.

FIGURA 1. Ganancia en peso según, fases del tratamiento.

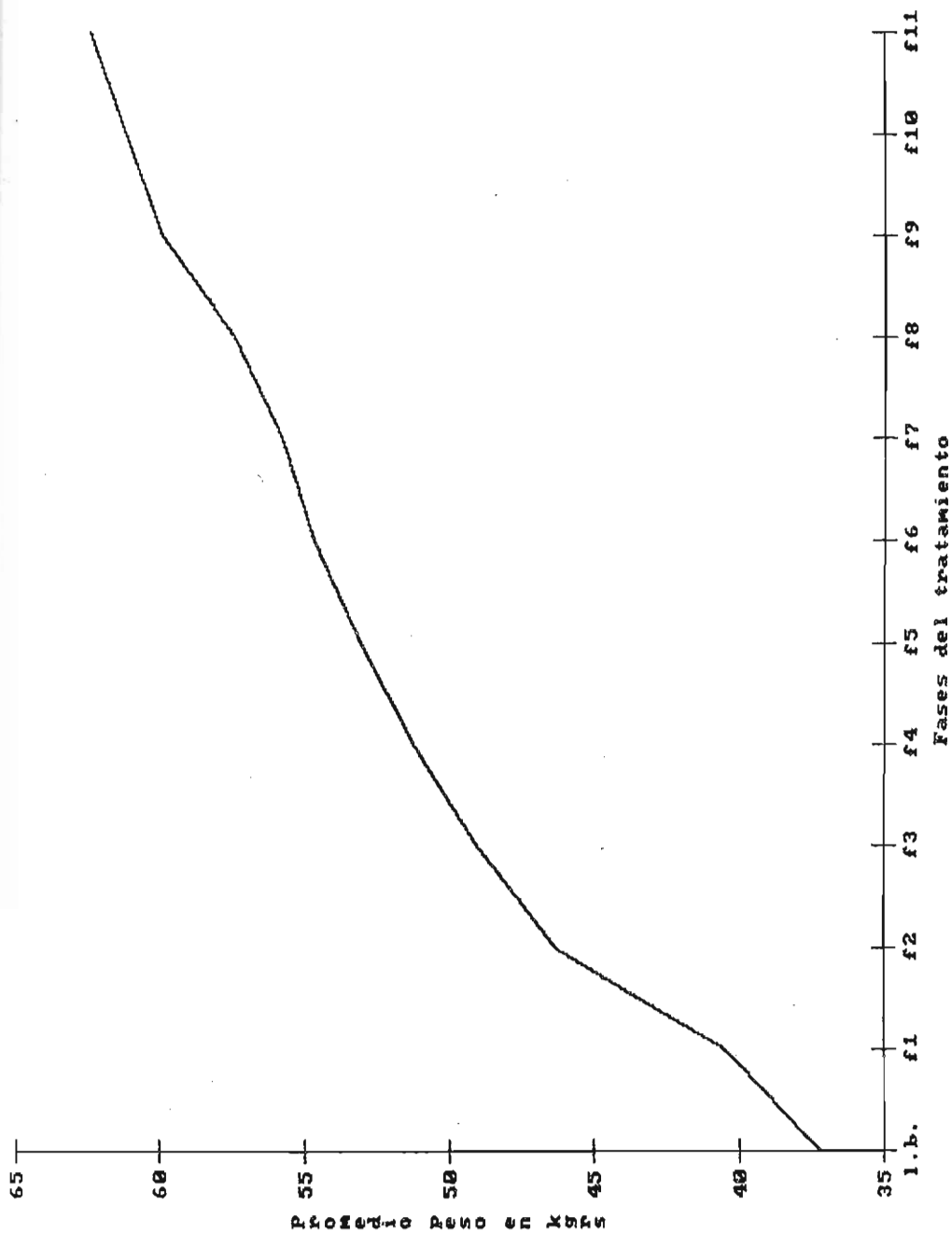


Figura 1: Ganancia en peso según fases del tratamiento.

b. Si aumentaba cada semana 900 grs. o entre tomas de peso se le permitía pasar una hora fuera del hospital el día que se le pesaba, acompañado por un miembro del staff; la actividad quedaba a su elección.

c. Se inició la aplicación de la desensibilización sistemática para extinguir el miedo que tenía a incrementar peso y a comer (ver apartado 10.3.1).

- Fase V: 52,00 -53,99 Kgrs. duró 11 días, desde 4.3 - 15.3.

a. Se le permitió pasar otra hora fuera de su habitación en el hospital realizando cualquier actividad de su elección.

b. Se continuó con el procedimiento de desensibilización sistemática.

c. Se inició el entrenamiento en habilidades sociales (ver apartado 10.3.2)

- Fase VI: 53,00 -54,99 Kgrs., duró 7 días, desde 15.3 - 22.3.

a. Empezó a participar en actividades de terapia ocupacional en el hospital, desde 10,30 a 12,00 a.m., de lunes a viernes; los fines de semana podía hacer algo a su elección dentro del hospital.

b. Aplicación del procedimiento de desensibilización sistemática.

c. Entrenamiento en habilidades sociales.

- Fase VII: 55,00 -55,99 Kgrs. , duró 3 días, desde 22.3 -25.3.

a. Empezó un programa educativo para aprender a cocinar dos tardes por semana.

b. Desensibilización sistemática para superar el miedo a poner peso y a comer.

c. Programa de entrenamiento en habilidades sociales.

- Fase VIII: 56,00 -58,99 Kgrs., duró 27 días, desde 25.3 - 22.4.

a. Al iniciar esta etapa se hizo una salida especial fuera del hospital.

b. Salir una tarde a la semana fuera del hospital.

c. Retirada de la supervisión después del desayuno, comida y cena.

d. Durante esta etapa se dejó de aplicar temporalmente la desensibilización sistemática al final de la misma.

e. Continuación del entrenamiento en habilidades sociales.

- Fase IX: 59,99 Kgrs., duró 7 días, desde 22.4 - 29.4.

a. Podía pasar todas las tardes fuera de su habitación, pero dentro o en las inmediaciones del hospital.

b. Continuación con la desensibilización sistemática.

c. Continuación con el entrenamiento en habilidades sociales.

- Fase X: 60,00 - 61,99 Kgrs., duró 7 días, desde 29.4 - 6.5.

a. Una vez superado este peso tenía que mantener durante una semana el peso criterio 61,68Kgrs.

b. Pasar dos tardes fuera del hospital, una de ellas acompañado por un miembro del staff.

c. Finalizó la aplicación de la desensibilización sistemática.

d. Finalizó la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.

FIGURA 2. Habilidades sociales básicas antes y después del tratamiento.

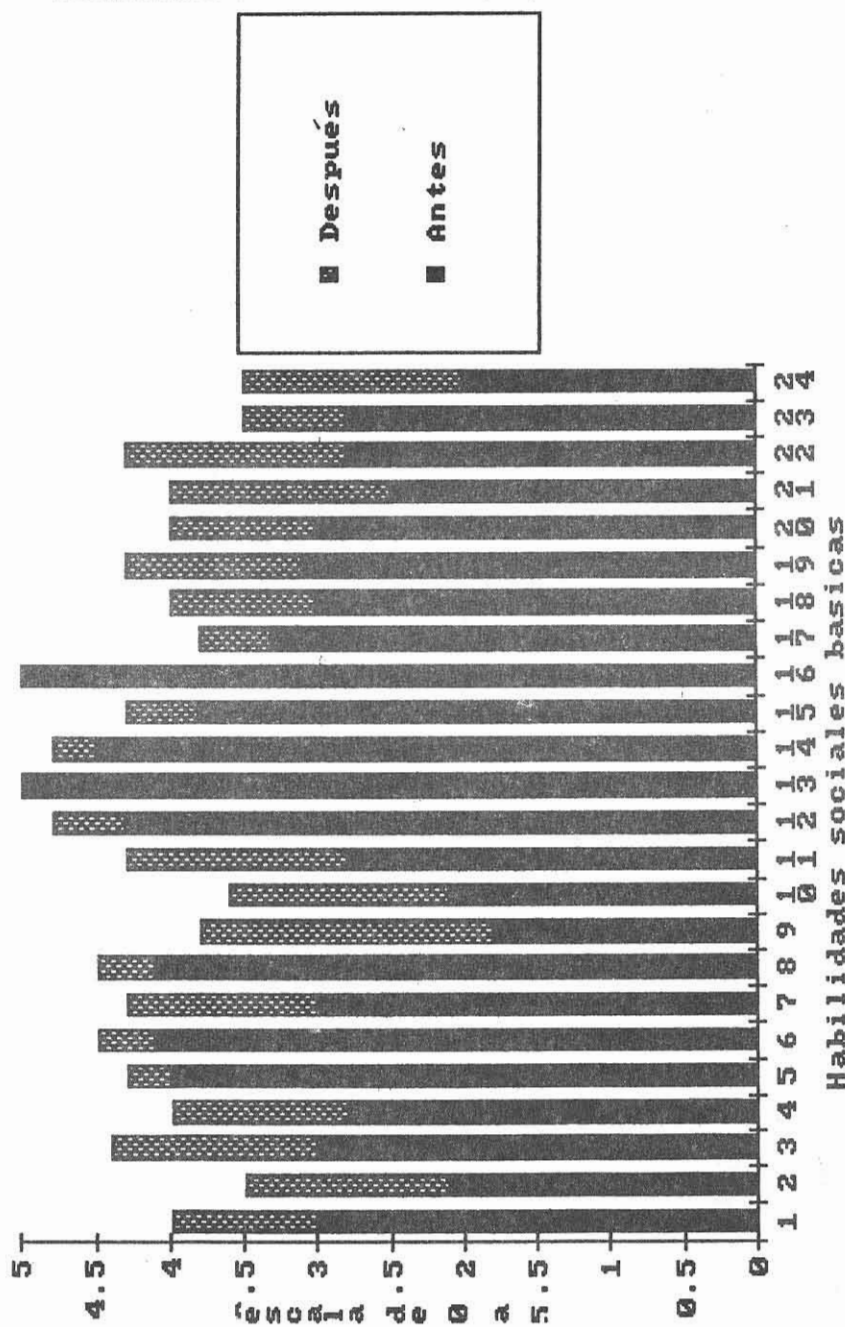


Figura 2: Habilidades sociales básicas antes y después del tratamiento.

- **Fase XI:** más de 62 Kgrs., duró 91 días, desde 6.5 - 5.8.

Una vez mantenido el peso criterio durante una semana, se inició el entrenamiento en otras áreas problemáticas tal como se planteó en la formulación.

a. Retirada gradual de la supervisión de la dieta animándole a mejorar el autocontrol, seleccionando sus propias comidas; poco tiempo después dejó de comer carne y se hizo vegetariano.

b. Empezó clases nocturnas de arte y de conducir.

c. Se le reforzó la iniciativa para emprender y mejorar sus relaciones interpersonales dentro y fuera del hospital, iniciando una relación íntima con una chica; también se le proporcionó información sobre relaciones sexuales.

d. Se realizaron sesiones para mejorar la comunicación entre él y su padre.

e. También se realizaron sesiones para mejorar la toma de decisiones y solución de problemas, ya que generalmente tenía miedo a cometer errores (ver apartado 10.3.3).

f. Se realizaron sesiones de entrenamiento en discriminación frente a un espejo y en video con otros pacientes y miembros del staff para modificar las percepciones erróneas, pensamientos irracionales, sobre su imagen corporal; de forma complementaria se aplicaron procedimientos de reestructuración cognitiva, diseñando experimentos en los que se trataba de obtener evidencia que refutase sus creencias irracionales sobre el peso e imagen de su cuerpo, etc.

g. Se realizó un programa de entrenamiento en habilidades sociales complejas, participando con un grupo de pacientes en distintas problemáticas (ver apartado 10.3.4.)

h. Empezó a trabajar media jornada, aunque continuaba viviendo en el hospital.

i. Encontró lugar para vivir ya que no quiso volver a hacerlo con su padre, y se le dio de alta en el hospital de forma gradual.

10.3. Descripción de otros procedimientos de intervención.

10.3.1. *Desensibilización sistemática (DS):*

Con ello se intentó extinguir el miedo a incrementar de peso y a comer.

La jerarquía utilizada para llevar a cabo la desensibilización fue la siguiente: 50 Kgrs.; 51 Kgrs.; 52Kgrs.; 53 Kgrs.; 54 Kgrs.; 55 Kgrs.; 56Kgrs.; 57 Kgrs.; 58 Kgrs.; 59 Kgrs.; 60 Kgrs.; 61 Kgrs.; 62 Kgrs.; 63 Kgrs.

Con la finalidad de incrementar el nivel de ansiedad se introdujeron las siguientes instrucciones en la presentación de escenas: "imagina claramente como será tu cuerpo una vez que hayas alcanzado 51 Kgrs., etc. Serás consciente de cómo los músculos del cuerpo aumentan de tamaño, el estómago, los muslos, etc. Imagínate

comiendo todas las comidas normalmente y si no lo haces la gente te criticará por no hacerlo, etc. La ropa te quedará estrecha y te sentirás sudoroso, etc.

Este procedimiento se aplicó en las fases 4, 5, 6, 7, 9, 10.

10.3.2. Entrenamiento en habilidades sociales básicas

10.3.2.1. Evaluación

a. Seis miembros del staff calificaron 24 habilidades sociales básicas antes y después del entrenamiento con una escala de 1 a 5.

b. Cuestionarios. Inventario de asertividad de Rathus e inventario de asertividad de Gambrill y Richey.

10.3.2.2. Habilidades sociales básicas

a. Habilidades no verbales: 1. Expresión facial; 2. Postura; 3. Gestos y, 4. Contacto ocular.

b. Respuestas no verbales: 5. Distancia social; 6. Movimientos de nerviosismo; 7. Sonrisa; 8. Movimientos de cabeza.

c. Respuestas verbales básicas:

i. Calidad del discurso: 9. Cantidad de habla; 10. Latencia de respuesta; 11. Dudas y pausas; 12. Tartamudeos.

- Contenido del discurso: 13. Repeticiones; 14. Interrupciones; 15. Interés del contenido; 16. Relevancia de la conversación.

- Habilidad del que escucha: 17. Proporcionar información personal; 18. Feedback con preguntas tipo; 19. Reflexiones; 20. Agradecimiento.

d. Habilidades básicas en conversación: 21. Longitud de las respuestas; 22. Contenido de la información; 23. Frecuencia de las preguntas; 24. Frecuencia con que se irrita.

La figura 2 muestra el número correspondiente a las habilidades enumeradas aquí.

10.3.2.3. Selección de déficits para el entrenamiento:

Las decisiones para entrenar al paciente en una determinada habilidad de las expuestas se tomaron de acuerdo a los registros mencionados previamente, hechos por seis miembros del staff de forma independiente. Aquellas habilidades puntuadas por debajo del criterio 3,5 se consideraron aptas para el entrenamiento; de ellas 16 puntuaron por debajo del criterio y 8 se consideraron suficientemente apropiadas (ver Fig. 2).

10.3.2.4. Técnicas de entrenamiento:

a. Información y discusión de cada habilidad antes de comenzar el entrenamiento.
b. Cuando era necesario se aplicó algún modelo, utilizando a distintos miembros del staff.

c. En las sesiones se practicaba cada una de las habilidades mediante roleplaying con miembros del staff u otros pacientes, en base a situaciones concretas en las que era necesario mostrar esa habilidad.

d. Feedback y reforzamiento: el terapeuta y el miembro del staff proporcionaban una descripción explícita de la actuación del paciente. También se reforzaba verbalmente y mediante reconocimiento la actuación adecuada en cada una de las situaciones representadas.

e. Generalización de respuesta: el paciente tenía que realizar tareas con otros pacientes o miembros del staff, referentes a cada habilidad ensayada. Se le pidió también que registrara aquellas conductas que había realizado adecuadamente (por ejemplo, utilizar pensamientos adaptativos a cada situación, cómo puso en práctica la habilidad, etc) y las que necesitaban más entrenamiento.

f. El entrenamiento en habilidades sociales básicas se realizó en las fases 5,6,7,8,9,10.

10.3.3. Entrenamiento en toma de decisiones, solución de problemas y reestructuración cognitiva

Se le instruyó en los componentes fundamentales de la solución de problemas y toma de decisiones.

a. Definición de la situación problemática.

b. Generación de alternativas y evaluación de las consecuencias para cada alternativa.

c. Toma de decisiones, etc.

d. Este entrenamiento se realizó a lo largo de todo el tratamiento, aunque con más frecuencia en la fase 11.

10.3.3.2. Reestructuración cognitiva

Con su aplicación se intentó modificar los esquemas cognitivos distorsionados del paciente en relación con el peso, comida, autoimagen, relaciones interpersonales, etc. Desde un punto de vista clínico la reestructuración cognitiva se abordó siguiendo el modelo de Beck (1976), y adaptado al tratamiento de la anorexia nerviosa por Garner y Bemis, 1985).

a. Identificar los pensamientos disfuncionales, por ejemplo, "si engordo seré una persona desgraciada, poco atractivo e infeliz".

b. Reconocer la conexión existente entre estos pensamientos y ciertas conductas desadaptativas y emociones; en este caso escondía la comida, vomitaba, hacía ejercicio físico excesivo, y se sentía deprimido.

c. Examinar qué evidencia existía para apoyar este tipo de pensamientos, mediante el cuestionamiento o realizando algún experimento.

d. Sustitución de los pensamientos desadaptativos por otras interpretaciones más adecuadas.

e. Modificar de forma gradual los esquemas o asunciones subyacentes.

10.3.4. Entrenamiento en habilidades sociales complejas

a. El objetivo consistía en mejorar las habilidades primero en una situación análoga y luego generalizarlas a situaciones heterosociales.

b. Evaluación: La evaluación se hizo principalmente a través del Inventario de Asertividad de Rathus y del Inventario de Asertividad de Gambill y Richey, coincidiendo el pretratamiento con la evaluación que se hizo al alcanzar el paciente el peso objetivo y el final del programa con la fecha de alta como paciente interno (ver cuadro 1).

c. Objetivos del tratamiento. Siguiendo el Inventario de Asertividad de Gambill y Richey y el análisis factorial sobre el mismo, consideramos las puntuaciones obtenidas por cada uno de los pacientes que formaban el grupo, 5 mujeres y 3 hombres y seleccionamos las siguientes habilidades para el entrenamiento:

1. Cómo iniciar interacciones.

2. Confrontamiento.

3. Dar feedback negativo.

4. Cómo responder a las críticas.

5. Rechazar una petición.

6. Manejo de situaciones sociales diversas (en una cola, en un restaurante, etc.).

7. Otras áreas que suponían dificultad, mencionadas por cada paciente.

d. Procedimientos.

- Información y discusión sobre cada habilidad.

- Ensayo de habilidades complejas mediante roleplaying. El grupo lo formaban 8 pacientes; se dividía el grupo en dos mitades y ensayaban cada una de las habilidades a través de situaciones diferentes que requerían esa habilidad.

- Autoevaluación: antes de iniciar cualquier ensayo, los pacientes establecieron un criterio sobre el que querían trabajar, y al final del ensayo hacían una autoevaluación de su propia actuación.

- Feedback: los otros miembros del grupo proporcionaban feedback una vez finalizado el roleplaying para cada una de las situaciones representadas. El

terapéuta también reforzaba aquellos componentes de la conducta criterio que había logrado e informaba sobre los aspectos menos adecuados. También se filmó cada una de las situaciones para que cada paciente tuviese una información más precisa sobre su actuación.

- Asignación de tareas: cada miembro del grupo tenía que poner en práctica cada uno de los puntos principales ensayados en la sesión. En cada sesión discutían con los demás miembros del grupo los problemas encontrados, áreas que necesitaban más trabajo, etc.

e. Este programa se realizó durante la segunda parte de la fase 11; el programa se realizó en 10 sesiones.

11. RESULTADOS

La figura 1, permite analizar el éxito del paciente en la consecución del peso criterio a través de las diferentes fases del programa de tratamiento. Queda claro que la rápida mejoría en las primeras fases se debió al reposo absoluto que mantuvo, al bajo peso en el momento de iniciar el tratamiento, a los efectos novedosos del programa y a la atención en forma de reforzamiento social que le proporcionó el staff y los demás pacientes.

En la fase 2, su estado de salud mejoró, las funciones del hígado se normalizaron, pero se iniciaron una serie de fluctuaciones en el peso, al necesitar 25 días para alcanzar el peso criterio; esto puede explicarse en base a una combinación de variables: se produjo una habituación al programa desapareciendo los efectos novedosos, las contingencias de reforzamiento aplicadas en esta fase no tuvieron el efecto deseado para mantener una tasa estable de mejoría, el reforzamiento social disminuyó en comparación con la fase previa. También se dieron varias fluctuaciones en su estado de ánimo, manteniéndose son frecuencia bajo, ya que el miedo a incrementar su peso era manifiesto después de la mejoría rápida que experimentó en la fase anterior, lo que incidió en que se produjeran esos altibajos en la puesta de peso (ver figura 1). Había también alguna evidencia de que a veces no comía como una forma de llamar la atención (por ej.: el staff le persuadía comer cuando dejaba la comida).

Al principio de la fase 3 comenzó un patrón similar de aumento de peso, aunque no tan pronunciado como en la fase 2, probablemente debido a la calidad del reforzamiento. Dos horas fuera de su habitación no probaron el efecto deseado para mejorar su peso. Además utilizaba el aumento de peso como una forma de controlar el programa (por ej.: escondía comida, hacía ejercicio, etc). Esta situación nos llevó a introducir algunos cambios (ver fase 3 del tratamiento) que inicialmente tuvieron un efecto inmediato, pero después el patrón de aumento de peso era muy similar al del final de la fase 2. Esto

muestra de nuevo que la calidad y el modo de administrar el reforzamiento positivo puede ser un factor crítico en el aumento de peso. Otros aspectos de su conducta como estado de ánimo, cooperación, etc., eran muy similares a los de la fase previa.

En la fase 4 (ver fig. 1), puede observarse una ganancia en peso constante y estable, que posiblemente se deba a las siguientes variables: el reforzamiento positivo se aplicó de dos formas, como en las dos fases previas, contingente con el aumento de peso, una vez superado el umbral especificado, y también con el aumento de peso de casi un kilo entre tomas de peso o después de una semana; otro aspecto importante fue que los umbrales de peso eran más cortos y la demora del reforzamiento era menor. También parece haber jugado un papel importante el descondicionamiento de la ansiedad asociada a poner peso y a comer, realizado con la aplicación de la desensibilización sistemática, pues con su aplicación empezó a estar más relajado y menos preocupado por la comida y el peso. Asimismo, esta mejoría fue paralela a la que se observó en su estado de ánimo, cooperación en las sesiones, etc.

Durante las fases 5, 6, y 7, las variables mencionadas previamente seguían actuando, por lo que es de esperar que la interacción de estos factores ayudó a acelerar el proceso de aumento de peso. La vida social del paciente mejoró dentro del hospital, relacionándose con más frecuencia con los otros pacientes, mostrándose más cooperador en el desarrollo de actividades con un mejor estado de ánimo.

En la fase 8 comenzó a mostrar el mismo patrón de aumento de peso que en las fases 2 y 3, debiéndose en gran medida a la calidad del reforzamiento positivo, ya que él esperaba pasar todo el día fuera de su habitación y salir más a menudo fuera del hospital. También puede explicarse este cambio por un aumento en el miedo a ganar peso, pues en esta etapa dejó de aplicarse la desensibilización sistemática hasta el final de la fase. Tal como se observa en la figura 1, la pérdida de 1,36 Kgrs., se debió a que fue a su casa y no calculó con precisión la cantidad de calorías de la dieta. Cuando regresó al hospital, inicialmente se negó a perder sus privilegios (ver fase 8), pero finalmente llegó a aceptar de nuevo el programa propuesto. En esta fase se mostró irascible y cualquier detalle le cambiaba su estado de ánimo, por ej.: empezar la sesión unos minutos más tarde. Su obsesión de volverse obeso era intensa, sin embargo en el momento que se reiniciaron las sesiones de desensibilización sistemática sus preocupaciones disminuyeron, lo que indica el posible efecto de la extinción de la ansiedad condicionada, asociada a ganar peso y tener unos hábitos alimenticios normalizados.

Durante las fases 9 y 10 las contingencias proporcionadas junto con la aplicación de otras variables (ej.: desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, etc.), la proximidad de alcanzar el peso objetivo, la mejora que se observó en sus relaciones interpersonales, etc., probablemente hayan tenido un gran efecto terapéutico para lograr el objetivo propuesto.

En la fase 11, después de haber finalizado el programa para lograr la

meta terapéutica, el paciente pasó un período en el que se incrementaron sus preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal, sin embargo pronto fueron reemplazadas por otras áreas de interés: clases de arte, inicio de una relación íntima con una chica, volver al trabajo media jornada, encontrar un nuevo alojamiento, entrenamiento en habilidades sociales complejas, etc. El éxito que tenía en otras áreas de su vida hicieron que se mantuvieran los resultados obtenidos, se extinguieron el miedo a ser obeso y las ideas irracionales acerca de su imagen corporal, etc.

11.1. Resultado de los cuestionarios

El cuadro 1, muestra que en la línea base las puntuaciones eran más altas en comparación con la media de pacientes internos y externos. También eran más altas que las puntuaciones medias en un grupo de anoréxicos (Pillay et al., 1980) en las escalas de evitación social y miedo a la evaluación negativa.

	L.Base	Peso Objetivo	Seguimiento
AI (Autoimagen)	78	74	34
IDB (I.Depresión Beck)	24	5	0
ES (Evitación Social)	25	11	7
MEN (Miedo Evalua.Nega.)	27	21	22
Rotter Locus de Control	21	17	4
CPI (C.Pensamientos Irra.)	355	297	276
IAR (I.Asertividad Rathus)	-49	-57	0
IAGR (I.Asertividad de Gambrill y Richey)	152	152	92

Cuadro 1. Resultados de los cuestionarios aplicados en línea base, al alcanzar el peso objetivo y en el seguimiento a 3 meses.

Una vez conseguido el peso objetivo, se observa un claro cambio de las puntuaciones en los siguientes cuestionarios: inventario de depresión de Beck, Rotter, pensamientos irracionales. El paciente igualó a los pacientes del otro estudio en las escalas de evitación social y miedo a la evaluación negativa. La puntuación de discrepancia en autoimagen cambió ligeramente y en los inventarios de asertividad de Rathus y Gambrill y Richey no hubo cambios notables.

En el seguimiento a tres meses todas las puntuaciones descendieron considerablemente, en particular el cambio en autoimagen, depresión, evitación social, Rotter y asertividad.

El inventario de pensamientos irracionales también descendió, sin embargo la puntuación en miedo a la evaluación negativa se mantiene 1 punto más alto que en la etapa previa.

12. DISCUSION

Como muestran los resultados el programa de reforzamiento indicado para alcanzar el peso adecuado en las fases 2 y 3 no se aplicó adecuadamente, ya que había una demora grande en la aplicación de las contingencias en relación con las conductas criterio. Por el contrario, como pone de manifiesto la figura 1, la mayor mejoría en el peso se observó con la interacción de las siguientes variables:

a. Reforzamiento positivo contingente con el aumento de peso semanal al alcanzar el peso criterio de cada fase y estableciendo umbrales de peso más cortos, es decir, reduciendo la demora del reforzamiento. La administración de contingencias según estas variables probó ser de gran eficacia terapéutica en la recuperación de este caso, y posiblemente pueda aplicarse a otros casos con anorexia nerviosa ingresados en un hospital.

b. Descondicionamiento de la ansiedad asociada al aumento de peso y a la conducta de comer; este fue un factor relevante en la aceleración para alcanzar el peso normal, aspecto que se ha puesto de manifiesto en otros estudios (Schnurer, 1973).

c. Entrenamiento en habilidades sociales ya que según se planteó en la formulación una de las variables de predisposición a la anorexia nerviosa fue el aislamiento social y la carencia de habilidades de relación interpersonal.

En el momento que alcanzó el peso criterio su autoimagen no cambió mucho de acuerdo con la puntuación de discrepancia de dicho cuestionario, aunque mostró un mejor ajuste en algunos aspectos de su conducta, como relacionarse de forma más adecuada con otros pacientes y miembros del staff, sobre todo en un ambiente controlado que no suponía una activación del miedo que tenía a ser criticado; probablemente este cambio pueda deberse al impacto del entrenamiento en habilidades sociales, como mostraron otros autores (Pillay et al., 1980). Sin embargo, una vez hecho el entrenamiento en habilidades sociales complejas que requerían la puesta en práctica de las habilidades en situaciones naturales, se observó un cambio notable en las puntuaciones de todos los cuestionarios, su autoimagen mejoró, consiguió una mayor capacidad de control interno, dejó de evitar situaciones sociales y era más asertivo, lo que indica que la restauración del peso no va seguida de ajuste en otras áreas de la vida del paciente, a no ser que se traten adecuadamente. Es de resaltar la sensibilidad que sigue mostrando ante la

crítica, aspecto que puede explicarse por la relevancia de esta variable en la adquisición y mantenimiento de la conducta problema, o por la sensibilidad que muestra en situaciones interpersonales debido a que frecuenta más situaciones y todavía es muy consciente de su estado actual; probablemente esta variable se pueda extinguir una vez que establezca un círculo de relaciones sociales y una relación de pareja estable. Este aspecto se logró al cabo de un año de seguimiento en que mantenía su peso de forma estable, estaba a punto de casarse y pensaba estudiar en la universidad.

Se ha hecho un seguimiento a los 3 años y los resultados obtenidos se mantuvieron a largo plazo. En el momento de hacer este seguimiento el paciente se había casado, tenía un hijo, se mantenía en el mismo trabajo y estaba haciendo una carrera universitaria en historia del arte.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S. ; WERNE, J. (1977): Behavior modification in anorexia nervosa. En R.A. Vigersky (Ed). *Anorexia nervosa*. New York: Raven Press.
- BACHRACH, A.J. ; ERWIN, W.J. y PLOHR, J.F. (1965): The control of eating behaviour in an anorexic by operant conditioning techniques. En L.P. Ullman y L. Krasner (Eds). *Case studies in behaviour modification*. New York: Holt, Reinhart and Winston.
- BHANJI, S. y THOMPSON, J. (1974): Operant conditioning in treatment of anorexia nervosa: A review and retrospective study of 11 cases. *British Journal of Psychiatry*, 124, 166-172.
- BECK, D.T. (1978): *Depression inventory*. Philadelphia: Centre for Cognitive Therapy.
- BLINDER, B.J.; FREEMAN, D.M.A. y STUNKARD, A.J. (1970): Behavior therapy of anorexia nervosa: Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 126, 77-82.
- BRADY, J.B.P. , y RIEGER, W. (1972): Behavior treatment of anorexia nervosa. *En: Proceedings of the international symposium on behavior modification*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- BRUCH, H. (1974): **Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within.** London: Routledge and Kegan Paul.
- CALVO, R. (1983): La terapia de conducta en el tratamiento de la anorexia nerviosa ¿eficaz o peligrosa?. *Estudios de Psicología*, 13, 30-42.
- CALVO, R.; DELGADO, C.; RODRIGUEZ, B., y SANTODOMINGO, J. (1987): Anorexia nerviosa. Tratamiento y evolución a uno, tres y cinco años. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16, 255-262.
- CRISP, A.H. (1980): **Anorexia nervosa: Let me be.** London: Academic Press.
- CRISP, A.H. y Kallucy, R.S. (1974): Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychological*, 47, 349-361.
- GAMBRILL, E.D., y RICHEY, C.A. (1975): An assertion Inventory for use in assessment and research. *Behaviour Research and Therapy*, 550-551.
- GARFINKEL, P.E.; MOLDOFSKY, H., y GARNER, D.M. (1977): The outcome of anorexia nervosa: Significance of clinical features, body image and behavior modification. En R.A. Vigersky (Ed.). *Anorexia nervosa.* New York: Raven Press.
- GARNER, D.M., y BEMIS, K.M. (1985): Cognitive therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.). **Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia.** New York: The Guilford Press.
- HALMI, K.A.; POWERS, P., y CUNNINGHAM, S. (1975): Treatment of anorexia nervosa with behavior modification. *Archives of General Psychiatry*, 32, 92-96.
- HALLSTEN, E.A. (1965): Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behavior Research and Therapy*, 3, 87-91.
- JONES, R.G. (1968): **A factorial measure of Elli's irrational belief system with personality and maladjustment correlates.** Unpublished doctoral dissertation. Texas Technological College.
- LANG, P.J. (1965): Behavior therapy with a case of anorexia nervosa. En L.P. Ullman y L. Krasner (Eds.). *Case studies in behavior modification.* New York: Holt, Reinhart & Winston.
- LEITENBERG, H.; AGRAS, W.S., y THOMPSON, E. (1968): A sequential analysis of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 211-218.
- MAVISSAKALIAN, M. (1982): Anorexia nervosa treated with response prevention and prolonged exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 21-31.
- MINUCHIN, S.; BAKER, L.; ROSMAN, S.; LIBERMAN, R.; HILMAN, L., y TODD, T.D. (1975): A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychology*, 32, 1031-1038.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B.; y BAKER, L. (1978): **Psychomatic families: Anorexia nervosa in context.** Cambridge: Harvard University Press.
- MORGAN, H.G., y RUSSEL, G.F.A. (1975): Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: 4 year

- follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-372.
- PILLAY, M. y CRISP, A.H. (1977): Some psychological characteristics of patients with anorexia nervosa whose weight has been newly restored. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 375-380.
- PILLAY, M., y CRISP, A.H. (1980): The impact of social skills trainings within an established in-patient treatment programme for anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 139, 533-539.
- RATHUS, S.A. (1973): A 30-item schedule for assessing asserive Behaviour. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- ROTTER, J.B. (1966): Generalized expectations for internal versus esternal control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- SCHNURER, A.J.; RUBIN, R.R., y ROY, A. (1973): Desensitization of anorexia nervosa seen as weight phobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 149-153.
- SLADE, P.D. (1982): Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 161-179.
- SLADE, P.D., y RUSSEL, G.F.M. (1973): Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional an longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- WATSON, D.; FRIEND, R. (1969): Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.