

UNDERSTANDING AND OVERCOMING CHRONIC EATING BEHAVIOR DISORDERS

COMPRENDIENDO Y SUPERANDO LA CRONICIDAD EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

D^a: ROSA CALVO SAGARDOY

Dra en Psicología Clínica

Responsable Unidad Trastornos del Comportamiento Alimentario
Hospital universitario "Santa Cristina". Madrid

1. Introducción

Aunque la mayoría de las personas no logran llevar a cabo todos sus propósitos ni consiguen cambiar sus actitudes y conductas en la manera que les gustaría, y nunca existe una correspondencia totalmente fiable entre lo que se quiere hacer y lo que se hace, uno de los grupos que ilustra de forma más extensa y profunda las dificultades para el cambio es el formado por los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria de larga evolución (más de 7 años con el trastorno). A pesar de todos los esfuerzos y cuidados realizados por sus terapeutas permanecen incambiables, atrapadas en sus obsesiones, rituales alimentarios y purgativos e hiperactividad; su funcionamiento cognitivo es muy limitado, manteniendo un sesgo atencional hacia el cuerpo y la comida.

Los clínicos que trabajan con ellas tienen que soportar la incompreensión de los compañeros, sospechas sobre su ineficacia profesional, amén del propio estrés que supone el manejo terapéutico de alguien del que no puedes predecir en qué condiciones estará la próxima sesión. La sensación de indefensión ante tanta dificultad insta a cualquier terapeuta a buscar explicaciones de cuales son las causas que hacen que unos pacientes se recuperen y otros no si, aparentemente, han recibido el mismo

tratamiento por el mismo equipo o equipos similares. APA (2000) Sin embargo, en mi experiencia, cuando se afronta su tratamiento de forma diferente (ver más adelante), muchos de ellos que durante tantos años se han mantenido en la cronicidad con un pronóstico totalmente desfavorable, inician un proceso de cambio lento pero inexorable hacia la recuperación, acercándose progresivamente a una normalización de su existencia. Estos cambios sostienen nuestro trabajo cuando surge la inevitable desesperación al cuidar a pacientes gravemente enfermos y cuyo tratamiento puede durar varios años o para siempre.

2. Características de los pacientes resistentes

El impacto físico-cognitivo-emocional y familiar que ha tenido y sigue teniendo la enfermedad, sitúa a estos pacientes en una posición de exclusión en todos los ámbitos de su vida. (Jenkins PE, et al., 2010) El grupo de anoréxicas crónicas se caracteriza por mostrar un aspecto emaciado debido a su incapacidad de mantener un peso mínimo, que puede haberse mantenido durante años en un IMC no superior al intervalo entre 13-15 puntos. Esta desnutrición severa ha deteriorado su salud física y psíquica.

Su funcionamiento cognitivo es muy limitado, presentando un pensamiento concreto, literal, ausente de abstracción, con problemas en la simbolización, el uso del doble sentido, el humor o la comprensión de metáforas. La atención-concentración se ha ido dañado de forma progresiva repercutiendo en la capacidad de fijar la información, por lo que el proceso de aprendizaje está muy afectado. Estas dificultades cognitivas pueden haber influido en su capacidad laboral o de estudio por lo que es muy frecuente que deje de trabajar o interrumpa sus estudios. Los pocos recursos atencionales que le quedan se enfocan hacia el cuerpo distorsionado y al control de la comida.

Si le quedan fuerzas físicas suelen seguir manteniendo un ritmo de ejercicio físico excesivo hasta llegar a la extenuación. Generalmente realizan algún tipo de deporte solitario o bien andan durante largos períodos de tiempo que pueden alargarse a 10-12 horas de actividad. Esta combinación de desnutrición severa y ejercicio extenuante produce desequilibrios graves de salud por lo que es frecuente que necesiten ser atendidas de forma urgente en el ámbito hospitalario donde suelen ingresar de forma involuntaria protestando porque, aseguran, se encuentran bien.

El grupo de bulímicas purgativas crónicas se caracteriza por presentar, en la mayoría de los casos, un Trastorno de Personalidad asociado y conductas adictivas. Tras numerosos años en el trastorno muestran una gran cantidad de síntomas físicos producto de sus conductas purgativas continuadas. La frecuencia de sus vómitos suele haberse incrementado de tal manera que es posible que su frecuencia sea de varios al día (entre 5-10, o más) lo que le impida salir de casa. El uso continuado de laxantes y diuréticos aumenta a tal extremo que numerosos días se producen desequilibrios electrolíticos y la paciente tiene que acudir a urgencias e ingresar para estabilizarse y no morir. Estos comportamientos le suelen llevar a bajas continuas y de larga duración hasta que pierden su puesto laboral. Las fluctuaciones de peso producidas por los atracones y las purgaciones le llevan a un cambio frecuente de tallas, por lo que en muy pocos días se la ve con un aspecto de gran sobrepeso y al cabo de unos días la situación cambia y se la ve delgada y demacrada. Sin embargo

la tendencia es al incremento de peso ya que el reflejo del vómito tiende a ser cada día más débil y el cansancio producido por las conductas purgativas la dejan sin fuerzas para normalizar sus comidas y resistirse a los atracones. A ello hay que añadir la existencia de inflamación de las parótidas, por lo que el aspecto suele ser de sobrepeso y gordura. Es muy frecuente que el estado de sus piezas dentarias sea muy deficitario. Ni el cansancio que siente después de vomitar; ni los dolores de "tripas" que le producen el exceso de comida y el vómito; ni los problemas dentarios que crecen día a día haciendo que su dentadura esté progresivamente más insana y desagradable, le han logrado parar. Los vómitos se hacen incalculables y el consumo de laxantes llega a ser inimaginable. A cualquier otro le sería imposible soportarlo. Las pacientes tendrán cara de dolor por los retortijones; las diarreas serán continuas; Aún así no se quejarán. Todo con tal de ser la más delgada y tener el mejor cuerpo. Para su gran infortunio ninguna conducta purgativa logra una pérdida de peso estable y además tiene unos efectos colaterales muy perniciosos para la salud.

Al avanzar el trastorno, el deseo de comer se hace muy extremado y es muy posible que la paciente dedique su tiempo libre a estar sola para poder comer. Es frecuente observar que las salidas con sus amigas o con el novio son muy breves y vuelve a casa comentando que se aburría. Si en esos momentos se va a su cuarto o se aísla, lo más probable es que se esté dando un atracón porque ya no logra interesarse por ninguna otra actividad. Es frecuente que se haya recurrido al alcohol como forma de paliar el deseo de comer por lo que necesitan acudir de forma paralela o sucesiva a un tratamiento específico para el alcoholismo concomitante. Son momentos muy angustiosos y los familiares deben ayudarle, entendiendo que tiene un gran sufrimiento ante la sensación de no poder controlarse jamás.

En algunas pacientes el deterioro físico y psíquico es tan grave que ni salen de casa. En ambos grupos la enfermedad/trastorno produce un detenimiento en su desarrollo personal que impregna de sentimientos de vacío y fracaso toda su existencia. Y aunque algunos logran mantener su status laboral a pesar de sus condiciones físicas, la mayoría tiende a una posi-

ción de invalidez. Presentan aislamiento social y/o poca disponibilidad de apoyo social (muy limitado contacto social o percepción negativa de la disponibilidad de apoyo). La mayoría han tratado de realizar todos los tratamientos ofertados. Su actitud ante los tratamientos pasados y futuros es de desmoralización, desconfianza y falta total de esperanza (Calvo, 2002).

Ahora bien, estas características descritas pueden ser propias de cualquier paciente grave sin que por ello tengamos que etiquetar a la paciente como crónica. De hecho todas las pacientes presentan en mayor o menor grado una resistencia al tratamiento y durante todo el proceso terapéutico existe, bien de forma sutil o explícita, cierto grado de resistencia (Kuttler ME. 2010). No obstante, como la posición de cronicidad conlleva algunas variantes en los objetivos terapéuticos, habrá que delimitar algunos criterios que nos ayuden a optar por unas u otras alternativas de tratamiento.

No existe un acuerdo general para delimitar si la cronicidad (resistencia al cambio) se refiere a los pacientes con una larga historia de tratamientos previos aunque con resultados poco satisfactorios o si también debieran incluirse pacientes que llevan un largo tiempo con el trastorno pero no han solicitado tratamiento. Tampoco existe un consenso total para definir el número de años de tratamiento del trastorno para su consideración como crónico. Ni si las pacientes que presentan aún algunos síntomas que les hacen proclives a las recaídas pero cuyos resultados han sido calificados de «intermedios», deben calificarse en este subgrupo. Estos criterios son importantes por varias razones: si se exige la recuperación de todos los criterios diagnósticos utilizados para definir el trastorno se corre el riesgo de no considerar como recuperadas a numerosas pacientes que han realizado cambios importantes en su alimentación e integración en su entorno social aunque aún tengan miedo a engordar y limiten algunos alimentos no esenciales para su vida. Además, dado que las pacientes se guían por lo que los demás piensan de ellas, etiquetar como crónicas a los pacientes graves que se encuentran en un proceso terapéutico difícil pero dentro del rango «normal» (puede extenderse más de cinco años) les puede llevar a “cumplir la profecía”.

Algunos estudios de seguimiento en los que aún no se contemplaba la realización de tratamientos intensivos en pacientes anoréxicas, excepto durante el período de ingreso hospitalario, informaban que la posibilidad de mejorar y cumplir criterios de buen pronóstico se alargan hasta los 15 años de evolución. (Theander, 1996; Eckert et al., 1995; Beumont et al., 1995; Herpertz-Dahlmann et al., 2001). Los datos de nuestro trabajo en el Hospital Santa Cristina (formato de hospital de día) nos indican que este período de esperanza sigue vigente y que pacientes con periodos de mayor evolución (más de 20 años en el trastorno), hayan hecho tratamientos previos o no, pueden recuperarse de forma total o parcial, incrementando de forma muy positiva su salud y calidad de vida. Si es cierto que, como veremos mas adelante (Tabla 4) los 7 años son un punto de inflexión en el tratamiento. Aquellas pacientes que han hecho los tratamientos convencionales (Calvo, 2001; Garner y Needleman, 1996; Jantz, 2002) y no han mejorado en este periodo de tiempo necesitan un enfoque terapéutico diferente con el que se incrementan las posibilidades de éxito.

3. Condiciones y calidad de vida de los pacientes crónicos

Nivel salud

El nivel de salud de estas pacientes es tan precario que les coloca en una situación física crítica. Existen muchas complicaciones médicas y aunque en pocos seguimientos se especifica su situación; se ha informado de Tuberculosis; Trastornos gastrointestinales; Osteoporosis y Fracturas patológicas; Deformidades como la cifosis; Fragilidad capilar (púrpura senil); Fragilidad de colágeno en huesos y piel; Prolapso de la válvula mitral; Retraso en el desarrollo ponderal; Deterioro dentario- Luxación mandibular, etc.

La ausencia continuada de la menstruación produce una pérdida progresiva de densidad ósea que es la responsable de la fragilidad de sus huesos y les lleva a padecer fracturas muy frecuentes, a veces sin ningún golpe. Su temperatura corporal es muy baja lo que le hace sentir

frío hasta en verano. Sus problemas circulatorios se reflejan en las manos y pies fríos, adquieren un color violáceo e incluso pueden ulcerarse. La piel muestra un color macilento, amarillento y además ha perdido elasticidad. El pelo de la cabeza se hace muy débil, quebradizo, "apagado".

El sistema cardiocirculatorio se adapta de modo fisiológico, se reduce la frecuencia cardíaca, disminuye la tensión arterial y el consumo de O₂ por los tejidos periféricos y se puede reducir el volumen de eyección cardíaco. Si en estas circunstancias se aportan los nutrientes de modo brusco e intensamente en la realimentación, podemos provocar insuficiencia cardíaca, entre otras complicaciones. Las conductas purgativas agravan la sintomatología. Los vómitos auto-inducidos en una paciente emaciada con hipocalemia puede ser causa de una muerte súbita. La emaciación potencia el riesgo de hiponatremia, producida por el abuso de laxantes.

La comida excesiva, las purgaciones, el ejercicio excesivo, han hecho estragos en el organismo de la paciente bulímica de larga evolución. La mayoría de las pacientes padecen de manera habitual, dolor abdominal, gases y ardor de estómago. En ocasiones la comida rápida y excesiva les ha producido una dilatación aguda de estómago, perforación intestinal y hemorragias que les ha llevado a realizar ingresos de urgencia. Igualmente suelen tener un estreñimiento pertinaz. Las purgaciones les generan la posibilidad de Bradicardia, menos de 60 pulsaciones por minuto; Hipotensión que puede manifestarse en desvanecimientos o síncope. Arritmias ventriculares; Fallo cardíaco y muerte súbita por colapso cardiovascular

El famoso "signo de Russell" (presencia de cardenales o callosidades en los nudillos de los dedos o en el dorso de la mano, consecuencia de los vómitos autoinducidos) suele distinguirse con claridad. Otros signos de los vómitos continuados son la aparición de pequeñas hemorragias en los ojos producidas por la presión ocular asociada al vomito, la tumefacción y el aumento de tamaño de las glándulas salivales, especialmente las parotídeas.

La pérdida continuada de sodio y potasio debido a sus conductas purgativas se manifiesta en forma de fatiga, debilidad, arritmias cardíacas, temblores, calambres, espasmos y en algunas situaciones, parada cardíaca y muerte súbita. El uso excesivo de laxantes y enemas se reflejan en el padecimiento de diarreas muy frecuentes e incontrolables. Los diuréticos le producen una diuresis muy peligrosa por la pérdida brusca de minerales.

Es muy frecuente que las pacientes tengan fuertes fluctuaciones de su estado de ánimo y algunas pueden estar francamente deprimidas. La comorbilidad con trastornos psíquicos es muy elevada. Se ha encontrado: depresión e incremento del riesgo de suicidio, ansiedad; hostilidad; sentimientos de ineficacia, fracaso personal y ausencia de auto-estima. La depresión asociada con el ayuno responde mal al tratamiento con antidepresivos. Si además de los problemas de bulimia, existen alcoholismo u otras condiciones médicas asociadas, como la diabetes, los riesgos físicos se disparan.

Funcionamiento cognitivo

Un estilo cognitivo enfocado al control en el que la ejecución sin error (perfeccionismo) es el valor prioritario de la interacción con el mundo. Este perfeccionismo se ha dicho representa una estrategia compensatoria que les preserva de su cuasi-ausencia de auto-estima, ya que al ponerse metas tan crueles y duras les hace sentirse superiores y equilibrar esos sentimientos de ineficacia. El sentimiento de falta de valía personal y de ineficacia que ya fue referido por Bruch (2002), subsume conceptos tales como la tan nombrada baja auto-estima, la tendencia a la verificación externa, una extremada sensibilidad a la crítica, gran reactividad a la aprobación social, que entorpecen el desarrollo de una identidad interna y la obtención de cierta autonomía,

La paciente bulímica presenta, igualmente, un pensamiento dicotómico reflejo de un estilo cognitivo extremadamente polarizado. Su forma de pensar se expresa de forma dividida, en términos de todo-nada, sin un punto medio de moderación y templanza. Ello les hace adoptar

reglas muy rígidas e inflexibles. Esta división puede percibirse por las fluctuaciones de su carácter y de sus conductas. Cuando la interpretación de los hechos es positiva se la ve amable, aunque con cierta excitación; si predomina la parte negativa se muestra arisca, agresiva. Esta parte negativa causa el desánimo terapéutico lo que le ha llevado a abandonar los tratamientos en numerosas ocasiones (Vitousek y Hollon, 1990; Vitousek, 1995).

La evaluación neuropsicológica de las funciones superiores de las pacientes esta mostrando alteraciones en diversas funciones. (Cook-Cottone, 2009). El funcionamiento cognitivo puede estar disminuido debido a problemas de concentración. Estos problemas han sido puestos en relación a la existencia de un sesgo atencional, mantenido hacia los estímulos relacionados con el cuerpo y la comida (Blechert et al., 2010). En las funciones ejecutivas suelen encontrarse problemas de planificación, organización y flexibilidad cognitiva. Algunas pacientes, incluso presentan un procesamiento central limitado similar al encontrado en pacientes autistas. Déficit de organización lingüística: confusión en la utilización de pronombres personales: yo - tu, la utilización del reflexivo en vez del transitivo; Ausencia de pronombre personal y utilización excesiva del impersonal (“empiezas a vomitar y ya no sabes parar”; “me llamé ayer” por “le llamé ayer”; “cuando no se come”,....).

Funcionamiento Emocional

La principal característica del funcionamiento emocional es la negación de las emociones negativas y el fingimiento de las emociones positivas. En las familias de estas pacientes se teme el surgimiento y la expresión de emociones negativas, ya que suelen ser percibidas como una amenaza para la integridad mental. Como consecuencia de este temor han crecido carentes de recursos expresivos por lo que buscan en cualquier sustancia -alcohol, drogas, comida- una forma de anular/dominar lo que sienten. La paciente que desarrolla una anorexia crónica es la que ha cumplido esta inhibición emocional a rajatabla. Cree que para que se la quiera tiene que

sentir y actuar de acuerdo a lo que se espera de ella, aunque esto implique anular o fingir sus emociones y hacer lo que no le apetece. La paciente que se ve desbordada por sus emociones, busca en la comida y en las purgaciones una forma de derivar el descontrol y así templar la turbulencia de su conflicto interior por lo que mantiene su trastorno bulímico sin cambio.

En muchas pacientes bulímicas de larga evolución existen otros comportamientos impulsivos reflejo de un ímpetu que les impide establecer un tiempo entre el deseo y la acción; su acción se realiza sin pensamiento ni reflexión. Una vez emerge el deseo se tiene que cumplir obligatoriamente. Especialmente preocupante es la impulsividad que desemboca en conductas auto-lesivas, abuso de sustancias y otros comportamientos “inadecuados”. Los fracasos repetidos en controlar la comida le hacen sentirse sin voluntad ni esperanza. Le parece que es un desastre y su conducta siempre le resulta inadecuada. Los sentimientos de inferioridad y desprecio pueden alcanzar cotas tan elevadas que desea destruirse y se lesiona cortándose, quemándose o golpeándose contra la pared. Un porcentaje no desdeñable de pacientes consume abusivamente sustancias que, en ocasiones, son previas al trastorno alimentario. La sustancia más frecuente es el alcohol, aunque también se encuentra gran frecuencia de consumo abusivo de sustancias legales: tranquilizantes, barbitúricos, anfetaminas, etc. y en menor medida, el consumo de sustancias ilegales: cocaína, marihuana, etc. Ello les hace más proclives a necesitar uno o varios ingresos, realizar más intentos de suicidio o presentar mayor dificultad para adherirse al tratamiento o a las prescripciones terapéuticas sugeridas

Estructura de Personalidad

Las características de personalidad de las pacientes, (Mitchell y Peterson, 2008), se expresan en la presencia de una patología intensa en diferentes dimensiones. En las pacientes con Anorexia Nerviosa se han descrito las siguientes características

Obsesividad- Perfeccionismo
 Evitación del riesgo
 Conformidad con la autoridad
 Auto-critica intensa
 Necesidad excesiva de aprobación externa
 Minimización de los afectos
 Constricción emocional
 Nivel bajo de búsqueda de estímulos

Las características de personalidad de las pacientes con Bulimia Nerviosa (Rowe et al., 2010), crónica se expresan en la presencia de una patología intensa en las siguientes dimensiones:

Pseudo-“self”
 Competitividad en todo lo que hace
 Impulsividad extrema
 Sensación de vacío y búsqueda de estimulación externa
 Necesidad excesiva de aprobación externa
 Fluctuaciones bruscas y rápidas del estado de ánimo
 Problemas por conductas de riesgo: accidentes
 Ansiedad inespecífica

Desarrollo personal

Si nos referimos al impacto en la madurez psico-sexual en anorexia nerviosa, las posibilidades de embarazo, el parto y la capacidad de realizar cuidados maternos, nos encontramos con muy pocos pacientes casados y un porcentaje aun mas exiguo de pacientes que ha procreado con la enfermedad activa (6%), habiéndolo conseguido habitualmente por inducción de fertilidad. E incluso pacientes ya recuperados de peso, presentan un porcentaje mayor de niños prematuros y mayor mortalidad perinatal. En cuanto a la realización de los cuidados maternos si no se han paliado las actitudes distorsionadas hacia la comida, pueden alimentar poco o en exceso a sus hijos, a la vez que transmitir esas actitudes negativas al cuerpo y la co-

mida a través de un aprendizaje vicario, e incluso se ha sugerido, la transmisión de una vulnerabilidad genética. (Wilson y Pike, 2001; Wilson, 2010).

Distorsión corporal- Insatisfacción corporal

La intensidad de la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo es otro gran factor de pronóstico negativo (Cash, 1996). La estimación distorsionada de la imagen corporal predice recaídas al alta, en pacientes que ya han restaurado su peso durante la hospitalización. Los pacientes con una distorsión corporal y un sobre-estimación extremas antes del tratamiento en régimen de ingreso tienden a ganar menos peso al alta. Las pacientes que se sintieron mas complacidas con su apariencia emaciada cuando se confrontaron en video, ganan menos peso durante el tratamiento y fue más probable que recaigan.

Identificación con el trastorno/Disonancia cognitiva

El mantenimiento de los síntomas, a pesar de todos los intentos de tratamiento realizados, se mantiene mediante un potente autorrefuerzo cognitivo de sentido de auto-control y competencia derivado del éxito en controlar su cuerpo. Los esfuerzos tan extraordinarios que la paciente anoréxica hace para controlar su apetito, o la persistencia de las conductas purgativas de la paciente bulímica les proporcionan un sentido de dominio en el contexto de unos sentimientos permanentes de incompetencia. De esta manera el control o pérdida de peso llega a ser el referente esencial de su auto-evaluación (Calvo, 1989). Este potente auto-refuerzo obtenido de sus síntomas se ha definido como: “orgullo por lograr un estoicismo”, “sensación de control”, “sensación de triunfo”, “éxito”, “toque de distinción”. Tal auto-refuerzo interfiere con el deseo de recuperación y coloca a la paciente en una posición muy resistente en la enfermedad.

La intensidad del apego a sus síntomas es única, por lo que la solución de su sintomatolo-

gía se identifica con la pérdida de sus atributos más valiosos. Especialmente importante es la percepción anticipada de pérdida de beneficios tales como el sentido de su identidad, su medio de supervivencia psicológica. Normalizar la comida y dejar de controlar no sólo despierta o moviliza el miedo al descontrol o la gordura sino que supone entregar su identidad y colocarse en el vacío y la nada.

Por otro lado, las experiencias previas de fracaso en diversos tratamientos les han llevado a temer no mejorar. Si se observa como han sido llevados estos tratamientos encontramos dos situaciones predominantes. Unos tratamientos en los que se han buscado a los más prestigiosos expertos en trastornos alimentarios para “recibir tratamiento”, lo que lleva implícitas determinadas creencias sobre el lugar de control del proceso de cambio. El énfasis de la recuperación se pone en factores externos: (terapeuta que todo lo sabe y al que se obedece) y no en factores internos (cambios personales y familiares) que impliquen aprendizaje y existencia propia. Otros tratamientos en los que se ha controlado y obligado al paciente a reducir o eliminar sus síntomas sin ninguna comprensión de su trastorno ni preparación para el cambio. Ello ha producido más resistencia y oposición a mejorar. En ambos casos no se producen las condiciones necesarias para mejorar de forma estable por lo que los logros obtenidos por seducción o control se pierden cuando se eliminan estos vínculos perniciosos. La paciente tiene miedo a perder su propia autodeterminación al “rendirse” a las decisiones de los que la cuidan y ser vulnerable ante cualquier objetivo de las “autoridades terapéuticas”. En definitiva perder el sentido de control sobre su vida. Ante tanta incapacidad la paciente necesita obtener una cierta sensación de competencia sobre su enfermedad, y ello lo logra convenciéndose a sí misma de que no quiere cambiar. Al enfrentar nuevamente un tratamiento surge el miedo al fracaso y en vez de admitir ese temor y exponerse se trata de convencer de que su situación es producto de su propia voluntad y no de las dificultades para el cambio (reducción de la disonancia cognitiva). Esta creencia le proporciona un gran sentido de auto-eficacia que de otra manera no consigue.

Relaciones familiares

La familia de una paciente resistente y de larga evolución suele venir a tratamiento exhausta y con una gran desconfianza en el proceso. Es sorprendente que la comunicación familiar siga alrededor de los síntomas y que, o bien nadie les ha enseñado a comunicarse de otra manera o no lo han logrado aprender. A veces existen ciertas formas de pensar familiar que bloquean la recuperación tal como considerar que si ellos acuden a tratamiento es sinónimo de aceptar que son culpables de lo que le pasa a su allegado. Otros se han negado a colaborar por existir secretos familiares que tiene miedo a que se descubran, (discordia entre la pareja, alcoholismo paterno, abusos sexuales, maltrato físico o algún familiar psicótico, etc.)

A sí mismo, ciertas pacientes resistentes han sido las favoritas de uno o de ambos padres; lo que les ha llevado a sentir grandes expectativas sobre ellos y un amor (“pasión”) posesivo. La madre y/o el padre se han entremezclado con la hija en un abrazo de poder, que finalmente han llevado a las pacientes a su inmoción mediante la auto-anulación y el ayuno. Su vida se ha dedicado al estudio, el trabajo y el deber para cumplir la supuesta o real ambición familiar proyectada en ella. E incluso es posible que la paciente haya tratado de paliar, con su enfermedad, ausencias más o menos claras en la relación matrimonial. En las pacientes bulímicas resistentes se observa una relación familiar marcada por la negligencia física y/o emocional y por las excesivas críticas. Abandonada emocionalmente o criticada en exceso, la paciente no tiene recursos psíquicos suficientes para remontar tal sensación de baja autoestima, que sigue buscando mediante una apariencia corporal perfecta.

Desarrollo de la enfermedad y Características del proceso de tratamiento:

Además de las características personales de las pacientes de larga evolución, existen características en el surgimiento y evolución de la enfermedad que se asocian a una peor evolución: Edad de comienzo muy temprana; Edad

de comienzo tardía; Pesos mínimos muy bajos; Frecuencia e intensidad del uso de estrategias purgativas. Tiempo transcurrido antes del primer contacto con los equipos de Salud Mental. Dificultades de vínculo en la relación terapéutica.

4. Investigación sobre factores de resistencia al cambio

Los intentos por comprender los factores pronóstico que determinan el curso de los trastornos de la conducta alimentaria han proporcionado información sobre varios predictores, (Calvo, 1999), tales como la importancia de la edad de comienzo la duración de la enfermedad (Steinhausen, 2002); el sentimiento de falta de valía personal (Bruch, 2002), el perfeccionismo y la necesidad de control, (Bulik et al., 2003), (Downey and Chang, 2007), los trastornos de la imagen corporal (Stice, 2002; Tigge-mann, 2005; Berardis et al. 2007; Abbate-Daga, et al., 2010). El apego a los síntomas (Vitousec, 1991) y/o la comorbilidad con otros trastornos psíquicos (Lievers et al., 2009). Estos estudios han proporcionado líneas de actuación terapéutica que han permitido a numerosas pacientes recuperarse del trastorno (Murphy, Straebler, Cooper, Fairburn, 2010). Sin embargo, han sido insuficientes para ayudar a un grupo que, como he señalado, no han logrado mejorar ni recuperarse. Por ello, todas las aportaciones que permitan dilucidar alguno de los mecanismos que impiden a estos pacientes de larga evolución aceptar su patología y posteriormente llevar a cabo sus supuestas intenciones de recuperación, son bienvenidas.

Nuestra propia investigación ha tenido en cuenta modelos teóricos que incluyen conceptos sobre motivación (deseos, metas), volición (acciones tomadas para adquirir una meta) y cambio. Modelos que han tratado de explicar los determinantes y el curso de la acción motivada y han estudiado aquellos factores que inducen la suficiente iniciativa y determinación como para conseguir las metas propuestas, a pesar de la existencia de tendencias de acción competitivas (Khul 1984; Efkliedes, et al., 2001; Libet, 2004). Este tipo de modelos teóricos se han aplicado especialmente en el ámbito educativo, depor-

tes, depresión y conductas saludables (Sheeran et al., 2005; Achziger, y Gollwitzer, 2007). Actualmente las investigaciones sobre la Acción Intencional (conexión entre acción y percepción; relevancia de los mecanismos anticipatorios y simulativos en la consecución de la meta propuesta) (Gallese, 2009; Gollwitzer, Oettingen, 2002) están produciendo un desarrollo científico extraordinario al integrar los hallazgos de los científicos cognitivos y los neurocientíficos. (Pezzulo and Castelfranchi, 2009; Ramachandran, 2004). De todos estos modelos hemos elegido la teoría del Control de Acción y la Teoría Constructivista.

La decisión de utilizar el modelo de Control de Acción ha estado motivada por la coincidencia de algunas explicaciones que el autor realiza sobre los antecedentes remotos del estado de pasividad característico del fracaso escolar, con las explicaciones que realizó (H. Bruch, 2002) sobre los antecedentes de la patología de las pacientes con TCA. En ambos casos se destaca la importancia, de unas prácticas educativas caracterizadas por un exceso de negligencia o sobreprotección en la inducción de la pasividad conductual. La elección de la teoría de los Constructos Personales (TCP) se ha decidido porque ha intentado comprender el cambio terapéutico en relación a la forma en que las personas interpretamos y damos sentido a los acontecimientos vitales que nos van acaeciendo.

La teoría del Control de Acción enfatiza los procesos cognitivos relevantes para obtener la meta propuesta. Se centra en el estudio de los procesos que median el paso del reconocimiento del problema a la toma de decisiones y de ésta a la acción transformadora. Según este modelo, una intención se transforma en acción si existen las cogniciones y emociones apropiadas y coherentes derivadas de la propia intención. Una intención no se transforma en acción si, debido a una discriminación deficiente de la intención propia con la del otro, se eligen metas "ajenas" que no están asociadas al proceso cognitivo-emocional necesario para cumplirlas. La incompatibilidad intencional, producto de la confusión entre la intención propia y ajena, impide la realización de las acciones adecuadas encaminadas a conseguir la (su-puesta) intención deseada. Tal falta de discri-

minación se genera cuando no se proporcionan suficientes oportunidades al desarrollo de la autonomía personal y la realización de actividades auto-generadas. La intención “degenerada” afecta la eficacia auto-correctora del fallo en cumplir lo propuesto debido a la ineficacia de las estrategias empleadas para afrontar el error.

De la teoría constructivista, (Button, 2001; Eivors, et al., 2003) se ha tenido en cuenta: a) los constructos nucleares, ya que definen la identidad del sujeto y sus seres significativos que forman su mundo interpersonal: Yo, permite saber la autodefinición que realiza el sujeto de si mismo. Yo según mi madre, Yo y el Ideal describe los cambios que la persona desearía hacer. Yo en relación con otros es el indicador principal de la construcción interpersonal. Ideal y Otros indica la adecuación percibida en los otros. b) el conjunto de perfiles cognitivos desarrollados en torno a dos ejes principales: Capacidad de Diferenciación e Integración. Su combinación proporciona cuatro formas de funcionamiento mental o procesamiento de la información: Simplicidad cognitiva, pensamiento dicotómico, obsesividad, generados por una capacidad de diferenciación baja y una alta integración. Fragmentación, escisiones de personalidad generados por una capacidad de diferenciación e integración bajas. Caos, confusión, dificultad de predicción, generados por una capacidad de diferenciación alta y una baja integración. Complejidad, adaptación y buena salud mental, generadas por una alta capacidad de diferenciación e integración.

Método

Sujetos Participantes

Participaron en la investigación 81 pacientes con TCA. Todas las pacientes eran mujeres que habían cumplido inicialmente criterios diagnósticos completos de Anorexia Nerviosa o Bulimia nerviosa y que en el momento de realizar el estudio mantenían el diagnóstico inicial o habían iniciado la recuperación y ya solo cumplían criterios de TCANE. (Tabla 1)

Tabla 1. Diagnósticos de inicio y al comienzo del estudio

Diagnostico inicial	
A N. restrictiva.....	48 (59,25%)
A N. purgativa.....	20 (24,69%)
B N.....	13 (16,06%)
Diagnostico al realizar el estudio	
A N restrictiva.....	18 (22,22%)
A N. Purgativa.....	13 (16,05%)
B N.....	6 (07,41%)
ETNOS.....	44 (54,32%)

Los índices de masa corporal en el momento del diagnóstico del trastorno y al realizar el estudio se reflejan en la tabla 2. La edad media de inicio del trastorno era de 15,9 años y la edad media al realizar el estudio de 23,75 años. Tabla 3

Tabla 2. Índices de masa corporal

IMC medio al realizar el estudio IMC	
Anorexia Nerviosa restrictiva.....	13,71
Anorexia Nerviosa Purgativa.....	14,53
Bulimia Nerviosa.....	22,19
Etnos.....	19,54

Tabla 3. Edad Media de los pacientes

Edad media al inicio.....	15,9
Edad media al realizar el estudio....	23,75

Instrumentos de Medida

En la investigación se utilizaron los instrumentos de medida elaborados por cada teoría estudiada. Del ACS, cuestionario creado para poner en evidencia los supuestos de la teoría del Control de Acción se utilizaron sus escalas: OF orientación a fallos vs. Acción, OD dudas en el proceso de toma de decisiones y Volatilidad o nivel de perseverancia en la realización de las decisiones tomadas. Todos los procesos se miden con una escala de 0 a 12 donde los valores más bajos en la escala OF son indicativos de pasividad conductual y los valores más altos son indicativos de acción y en la escala OD los valores más bajos son indicativos de un alargamiento en el proceso de toma de decisiones y los valores más altos son indicativos de un proceso más corto. Para evaluar los perfiles de la teoría Constructivista se recurrió a la técnica de la Rejilla. Se utilizaron, a si mismo, adaptaciones de los cuestionarios URICA y PCQ. Y la versión española del EDI-2

Diseño

Los pacientes fueron clasificados según el número de años que llevaban en el trastorno. Los pacientes con 7 años o más de evolución fueron clasificadas como resistentes y formaron el grupo de Larga Evolución, LE. Lo componían un total de 46 pacientes (56,7%). Los pacientes con menos de 7 años de evolución formaron el grupo de Media/Corta Evolución, M/CE. Lo componían un total de 35 pacientes (43,3%). La media de años en el trastorno del grupo LE era de 10,56 años. La media de años en el trastorno del grupo M/C era de 3,48 años. (Tablas 4 y 5)

Tabla 4. Nº de pacientes según años de evolución (Veteranía)

Nº de pacientes de larga o media/corta duración	
Grupo de pacientes con evolución de mas de 7 años	LE 46 (56,7%)
Grupo de pacientes con evolución de menos de 7 años	M/CE 35 (43,3%)

Tabla 5. Años de Evolución en el trastorno (Veteranía)

Promedio de años en el trastorno	
Grupo LE	10,56 años
Grupo M/CE	3,48 años

Puesto que la gravedad de los pacientes variaba en intensidad, se utilizaron diversos parámetros adicionales que pudieran servir para definir su nivel. Se tuvieron en cuenta: nº de tratamientos previos; nº de ingresos; duración de los ingresos; nº de intentos autolíticos; IMC mas bajo a lo largo del trastorno; patología reflejada en el EDI2. Nivel de recuperación de la sintomatología. La recuperación de la sintomatología se midió por la mejoría en algún criterio diagnóstico de forma que ya no se podía diagnosticar el síndrome completo. (Tabla 6). El 44 pacientes (54,3%) habían mejorado en algún síntoma. El resto de los pacientes 37 (45,7%) mantenían su diagnóstico inicial con síndrome completo.

Tabla 6. Nº de pacientes en grupos Cambio, no Cambio

Nº de pacientes de mejoría en algún síntoma	
Grupo con cambio	44 (54,3%)
Grupo sin cambio	37 (45,7%)

Procedimiento

Todos los pacientes estaban en tratamiento en el Hospital "La Paz" de Madrid y habían sido derivados de otros dispositivos asistenciales debido a las dificultades que presentaron en su recuperación. A todos los pacientes se les pidió el consentimiento informado para realizar el estudio, explicándoles el objetivo de realizarlo. Ambos grupos de Larga y Corta/Media evolución rellenaron los cuestionarios correspondientes a las teorías estudiadas.

Resultados

Los datos fueron analizados mediante SPSS, ANOVA y el programa Record: análisis matemático de las correspondencias AC obtenidas con la técnica de la Rejilla. Se realizó tanto un análisis cualitativo como cuantitativo de las respuestas mediante la obtención de índices de medida cognitivas que evalúan los aspectos estructurales del sistema de constructos (complejidad cognitiva) y la construcción del sí mismo. Se utilizaron las distancias "chi2" como medida de similitud y la computación conjunta de todos los elementos y constructos. Solo se recogen aquellos que fueron significativos al 0,01%

1) Nivel de gravedad de la patología

Se analizaron los datos teniendo en cuenta la variable Larga Media/Corta Evolución. El grupo de Larga Evolución presentaba un mayor nivel

de patología tanto en los síntomas del trastorno como en patologías asociadas, en comparación con el grupo de Media/Corta Evolución: IMC mas bajo durante el trastorno; mayor nº de tratamientos previos; mayor nº de ingresos; mayor duración de los ingresos; mas intentos autolíticos, mayor porcentaje de pacientes sin cambio. (Tabla 7)

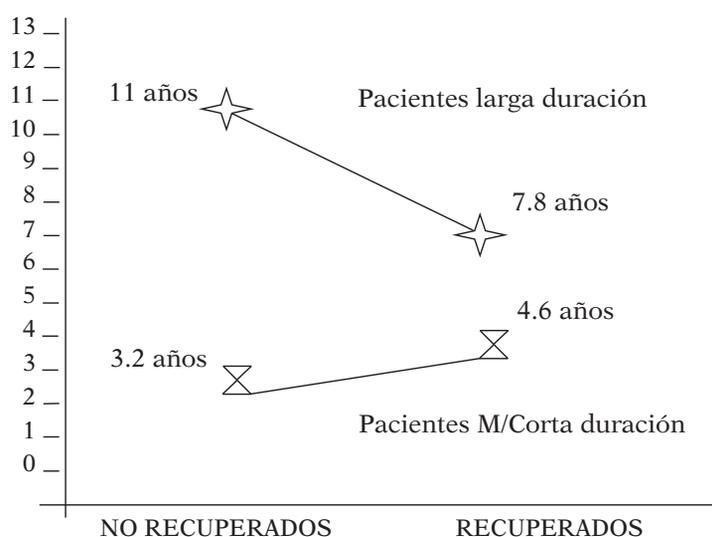
2) Relaciones entre las variables de gravedad

Años de evolución con T.C.A. (Veteranía): El número de años que las pacientes llevan en el trastorno está relacionado con las probabilidades de recuperación de los pacientes de manera diferente en los dos grupos LE y M/CE. En el grupo de Larga Evolución la recuperación se da en los pacientes que tienen menos años de evolución en el trastorno, mientras que en el grupo de Media/Corta Evolución la recuperación está asociada a mayor número de años de evolución. (Tabla 8)

Tabla 7. Índices del nivel de gravedad de la patología

	N	IMC Mas bajo	Nº tratamientos	Nº ingresos previos	Duración ingresos	Nº Intentos autolíticos	Nº pacientes sin cambio
Larga E.	46	13,92	3,78	4,13	86,84 días	2,62	29 (63,04%)
M/C E.	35	15,32	1,42	0,75	30,50 días	0,12	8 (22,85%)

Tabla 8. Relación Veteranía y Recuperación



El IMC mas bajo durante el trastorno está relacionado con varios índices del nivel de gravedad. Con los años de evolución del trastorno: el promedio del IMC mas bajo en el grupo de larga evolución es de 13,9 y el promedio del IMC mas bajo de Media/Corta Evolución es de 15,32, siendo las diferencias significativas. Este IMC mas bajo está relacionado, en el grupo de LE, con el número de tratamientos previos $r = -0,46$ y con el número de ingresos $r = -0,45$. No se han encontrado correlaciones significativas en el grupo M/C E. (Tabla 9)

Tabla 9. Correlaciones del IMC mas bajo-otras variables

		Larga Evolución	M/Corta Evolución
IMC+Bajo			
	Nº TRATAM	-0,46	
	Nº INGRES	-0,45	

Los intentos autolíticos están relacionados , en el grupo de Larga Evolución, con el nivel de impulsividad (IR), $r = 0,61$. No se han observados relaciones significativas en el grupo Media/Corta evolución.(Tabla 10)

Tabla 10. correlación Intentos autolíticos-otras variables

		Larga Evolución	M/Corta Evolución
INT Autolíticos	IR	0,61	

3) Teoría del Control de Acción

Todas las pacientes obtienen puntuaciones características de la orientación al estado vs. acción. Las puntuaciones del grupo Larga Evolución fueron extremadamente bajas: media de 1,43 en orientación a fallos, media de 2,26 en orientación a dudas, media de volatilidad de 2,59. Estas medias presentan diferencias signi-

ficativas respecto al grupo Media/Corta evolución: Media de 3,76 en orientación a fallos, media de 4,87 en orientación a dudas y media de 4,33 en volatilidad. Aunque las puntuaciones en volatilidad son mas bajas en el grupo de Larga evolución, no se encontraron diferencias significativas con el grupo de Media/corta evolución. (tabla 11)

Tabla 11. Medias de puntuaciones en las escalas del ACS

	Larga Evolución	M/Corta Evolución	F	P
OF	1,43	3,96	7,45	0,008
OD	2,26	4,87	4,73	0,03
Volatilidad	2,59	4,22	4,33	0,0

OF: Proceso cognitivo orientado a fallos OD: Dudas en la toma de decisiones

Las variables OF y OD correlacionan entre si de manera significativa en ambos grupos LE.0,65 y M/CE 0,61. Las relaciones de estos dos procesos con las otras variables estudiadas muestran interacciones diferentes dependiendo de los años de evolución en el trastorno. (Tabla 12)

- En el grupo de **Larga Evolución** el proceso cognitivo orientado a fallos correlaciona de forma significativa y negativa $r = -0,57$, con Conciencia Interoceptiva. El proceso orientado a dudas presenta relaciones negativas significativas con las escalas del EDI2: Conciencia Interoceptiva, $r = -0,66$; Ineficacia, $r = -0,63$; Inseguridad Social, $r = -0,54$. La volatilidad se correlaciona con Conciencia interoceptiva $r = -0,44$ y con Impulsividad $r = -0,62$
- En el grupo **Media/Corta Evolución** el proceso cognitivo orientado a fallos presenta correlaciones negativas significativas con escalas "corporales" del EDI2: Tendencia a la delgadez $r = -0,55$; Insatisfacción corporal, $r = 0,61$; Inseguridad Social $r = 0,68$; y con el constructo Yo-Ideal, $r = -0,56$ indicativo de autoeficacia. El proceso cognitivo orientado a dudas está relacionado con la Amplitud de Respuesta, $r = -0,67$.

Tabla 12. Relaciones de las variables correspondientes al Control de Acción

		Larga Evolución	M/Corta Evolución
OF	OD	0,65	0,61
	DT		- 0,55
	BD		- 0,61
	SI		- 0,68
	YO-IDEAL		- 0,56
OD	IA	- 0,57	
	I	- 0,63	
	IA	- 0,66	
	SI	- 0,54	
	AMP-RES		- 0,67
Vol.	IA	- 0,44	
	IR	- 0,62	

4) Perfiles Constructos Personales

Los perfiles de la teoría constructivista reflejan también diferencias entre los grupos de Larga y M/C evolución, aunque están moduladas por su diagnóstico TCA. (Tablas 13, 14 y 15)

- Todas las pacientes de **Larga Evolución** presentan perfiles caracterizados por una Baja Diferenciación. En este grupo de Larga Evolución, las pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa tienen un perfil de Simplicidad (baja diferenciación y alta integración) y las pacientes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa tienen un perfil de Fragmentación (baja diferenciación y baja integración) (Tabla 13)
- En el grupo de **Media/Corta Evolución** las pacientes se caracterizan por su Elevada Diferenciación, independientemente de su diagnóstico, aunque están moduladas por su nivel de recuperación: Caos (Alta diferenciación y baja integración) las pacientes con menor nivel de recuperación (grupo con menos del 50% de recuperación de sus síntomas) y Complejidad (Alta diferenciación y alta integración) las pacientes con mayor nivel de recuperación (grupo con más del 50% de recuperación de sus síntomas). (Tabla 14)

Tablas 13 y 14. Relación entre Veteranía y Perfil Cognitivo:

Pacientes de Larga Evolución

Diagnóstico	Proceso cognitivo		Perfil Cognitivo
	Diferenciación	Integración	
AN	Baja	Alta	SIMPLICIDAD
BN	Baja	Baja	FRAGMENTACIÓN

Pacientes de Media/corta Evolución

Diagnóstico	Proceso cognitivo		Perfil Cognitivo
	Diferenciación	Integración	
AN/BN	Alta	Baja	CAOS
Cambio < 50%			
AN/BN Cambio > 50%	Alta	Alta	COMPLEJIDAD

- La complejidad cognitiva (Bieri1) es menor en los pacientes de **larga evolución**. Estas pacientes se perciben, además, menos eficaces (yo-ideal), menos flexibles (potencia de elementos) y menos adaptados (yo-otros); La polarización total, indicativa de posiciones extremas, radicales, es mayor en el grupo de pacientes de LE. (Tabla 15)
- La complejidad cognitiva (Bieri1) es mayor en los pacientes de **Media/Corta evolución**. En este grupo las pacientes se perciben más eficaces (yo-ideal), más flexibles (potencia de elementos), más adaptadas (yo-otros) y presenta una posición menos radical. (Tabla 15)

**Tabla 15. Constructos personales.
Puntuaciones significativas (ANOVA)**

CONSTRUCTO	L. Evolución	M/C. Evolución	F	P
BIERI 1	0,16	0,29	4,643	0,05
YO-IDEAL	0,17	0,32	4,023	0,04
POT-ELEM	2,51	1,99	4,494	0,03
YO-OTROS	0,13	0,31	4,383	0,04
POLARIZ. TOTAL	34,6	28,01	3,781	0,05

Bieri: Complejidad Cognitiva; Yo-Ideal: auto-eficacia; Yo-otros: Adaptación Potencia de elementos de flexibilidad cognitiva; Polarización: radicalismo

Los constructos personales muestran correlaciones significativas con algunas escalas del EDI2 diferenciadas según los años de evolución. (Tabla16)

- El grupo de **Larga Evolución** la relación entre el yo real y el ideal, indicador de autoeficacia, muestra una correlación negativa con las escalas: Ineficacia $r = -0,72$, Conciencia Interoceptiva, $r = -0,62$, e impulsividad, $r = -0,53$. La percepción de adaptación en la vida se relaciona con Ineficacia $r = -0,52$ e Inseguridad Social $r = -0,48$.
- En el grupo de **Media/Corta Evolución** la relación entre el yo real y el ideal (Autoeficacia) correlaciona con Insatisfacción Corporal $r = -0,56$ y con Bulimia $r = -0,51$. Este temor a los comportamientos bulímicos se relaciona, a su vez con posiciones mas radicales (ausencia de flexibilidad) en la vida $r = -0,49$.

Tabla 16. Relación entre relación entre los constructos personales y las escalas del EDI2

CONSTRUCTOS	EDI2	L Evolución	M/C Evolución
YO-ID	I	-0,72	
	IA	-0,62	
	IR	-0,53	
	BD		-0,56
YO-OT	B		-0,51
	I	-0,52	
POLA-TOT	SI	-0,48	
	B		0,49

Yo-Ideal: auto-eficacia; Yo-otros: Adaptación; Polarización Total: radicalismo

5) Perfiles del EDI2

Las escalas del EDI 2 que **discriminan** de forma significativa entre pacientes de **Larga Evolución y Media/Corta evolución** son: Insatisfacción Corporal, mayor en el grupo de Media/Corta Evolución Media=13,7; Mientras que la Ineficacia Media=10,9 y Regulación de impulsos, Media=6,82, son significativamente mayores en el grupo de Larga Evolución. (Tabla 17)

Tabla 17. Puntuaciones significativas EDI2

EDI	L Evolución	M/C Evolución	F	P
BD	9,3	13,7	4,51	0,05
I	10,9	6,72	4,76	0,04
IR	6,82	3,28	4,29	0,05

6) Cambio/No Cambio

El análisis de los datos teniendo en cuenta únicamente la existencia de alguna mejoría del trastorno muestra los siguientes resultados: Las escalas que más **discriminan** entre pacientes que permanecen sin cambio y los que ya lo han iniciado, son: Conciencia Interoceptiva, Ineficacia, Miedo a la madurez, Inseguridad Social, Regulación de impulsos y Bulimia,.

Tabla 18. Puntuaciones EDI2 relacionadas con el cambio

EDI	NO CAMBIO	CAMBIO	T	U de mann-whitney
IA	10,8	7,44	0,039	0,034
I	12,4	7,72	0,028	0,021
Mf	8,27	5,66	0,137	0,15
SI	8,5	6,28	0,1	0,045
IR	6,23	4,16	0,11	0,046
B	3,86	1,59	0,012	0,042

Discusión

Los resultados del estudio nos indican que todas las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria estudiadas muestran deficiencias en su proceso volitivo. Esta deficiencia se manifiesta en puntuaciones extremadamente bajas en todas las escalas que miden acción. Esta inactividad volitiva se relaciona, de acuerdo a la teoría estudiada, con: la presencia de un proceso cognitivo enfocado hacia el error cometido; un aumento de dudas en el proceso de toma de decisiones; una gran inestabilidad en las decisiones tomadas. Tal procesamiento cognitivo tiende a paralizar cualquier cambio. Las pacientes, en vez de buscar soluciones alternativas a sus dificultades, se enfrentan a la experiencia de fracaso con una preocupación recurrente acerca del error cometido, bloqueando su memoria de trabajo. Además, el miedo a volver a equivocarse intensifica sus dudas, alargando o aboliendo el proceso de toma de decisiones. En la clínica estas deficiencias se manifiestan en la incapacidad que tienen de poner en práctica cualquier mínimo compromiso en la disminución de sus comportamientos patológicos y, por tanto, de mejora. Las decisiones de cambio expresadas en las sesiones degeneran al tratar de aplicarlas al mundo real, lo que contribuye al aumento de la sensación de su ineficacia e incluso a la culpa.

Sin embargo, esta posición de pasividad psicológica no tiene la misma intensidad en el grupo de pacientes cuya patología se prolonga más de siete años que en aquellas cuya duración en el trastorno es inferior a este punto de (supuesta) inflexión. En conjunto, todos los resultados sugieren la existencia de dos grupos de pacientes con Trastornos de la conducta Alimentaria diferenciados, no solo por la larga evolución y la gravedad del trastorno, sino por su proceso cognitivo y su forma de configurar la existencia.

El **grupo de larga evolución** presenta mayor intensidad en su patología: han llegado a pesos extremadamente bajos; han necesitado más ingresos y estos han tenido mayor duración; Han presentado mayor tasa de tentativas de suicidio; su tasa de cambio ha sido significativamente inferior. Su grado de recuperación está asociado al tiempo que llevan en el trastorno ya que se da en los pacientes que tienen me-

nos años de evolución. Es decir, a partir de los 7 años de evolución, los pacientes que llevan más años tienen menos probabilidades de mejorar.

La inmovilidad en el proceso terapéutico está asociada a rasgos psicológicos considerados clínicamente relevantes en estos trastornos: Conciencia interoceptiva, Ineficacia e Impulsividad. Así, el enfoque de sus recursos atencionales hacia el error en vez de buscar soluciones para resolverlo, se relaciona con las dificultades de autoconciencia personal. El alargamiento del proceso de toma de decisiones está asociado a una extremada sensación de ineficacia e inseguridad en las relaciones sociales. La inconsistencia de las decisiones tomadas se asocia a la falta de autoconciencia y a su impulsividad

Los perfiles de la teoría constructivista nos muestran, nuevamente, diferencias en la forma que se construyen los conceptos sobre la realidad, en función del número de los años de evolución del trastorno. El grupo de pacientes de **larga evolución** se caracteriza por una complejidad cognitiva muy limitada. Esta baja diferenciación de procesamiento se modula en función del diagnóstico. Las pacientes anoréxicas adolescentes además de una alta integración lo que induce un pensamiento simplista, concreto (muchas dificultades para establecer una discriminación precisa de la realidad), sin flexibilidad (defensa de sus ideas a ultranza a pesar de la existencia de otras alternativas de interpretación de dicha realidad). En cambio, las pacientes bulímicas muestran un procesamiento más complejo, pero la concurrencia de baja diferenciación y baja integración les llevan a procesar la realidad de forma fragmentada e inconexa. Este grupo de larga evolución, presente un perfil anoréxico o bulímico, se percibe menos eficaz, menos flexible, más radical y menos adaptado; La sensación de ineficacia está asociada a la falta de autoconciencia y a la impulsividad. La desadaptación social a la ineficacia e inseguridad social. En cuanto a las escalas del EDI2, el grupo de larga evolución destaca, de nuevo, por su percepción de ineficacia y la impulsividad

El grupo de **Media/Corta evolución** presenta menor intensidad en su patología: no han llegado a pesos extremadamente bajos; han necesitado menos ingresos y estos han te-

nido menor duración; Han presentado menor tasa de tentativas de suicidio; su tasa de cambio ha sido significativamente superior. Su grado de recuperación está asociado al tiempo que llevan en el trastorno pero de forma inversa al grupo LE. Estos pacientes mejoran cuanto mas tiempo llevan en el trastorno, situación posiblemente relacionada con la cantidad de años de tratamiento necesarios para conseguir superar la patología. Es decir, antes de los 7 años de evolución, cuantos más años lleven en tratamiento mayores probabilidades de mejoría tienen. Después de los 7 años, cuanto mas años pasan en el trastorno menor probabilidad de recuperación. Esto nos indica que los tratamientos de las pacientes con TCA deben ser largos (4-5 años), pero conviene evitar que se alargen mas alla de 7 años. Este punto de inflexión supone una reducción, (aunque no una imposibilidad) de las probabilidades de mejoría.

El grupo de pacientes de **Corta/Media evolución** muestran una mayor complejidad cognitiva y cierta capacidad de diferenciación, que parecen evolucionar positivamente con la mejoría de la patología. Así, las pacientes con menor nivel de recuperación aunque son capaces de procesar de forma compleja, lo hacen caóticamente, mientras que las pacientes que han mejorado de forma notable procesan de forma compleja y organizada, similar al procesamiento de la población normal. El grupo con menos años de evolución en el trastorno se percibe, asimismo, con mayor capacidad para afrontar la vida (autoeficacia), es cognitivamente más flexible y está más adaptado socialmente. Sin embargo, está más insatisfecho con su cuerpo (BD) que el grupo de larga evolución.

Las variables asociadas al **Cambio terapéutico** incluyen la presencia de cierta complejidad cognitiva; Flexibilidad mental; Mejoría en la percepción propia (incremento de la conciencia interoceptiva); Aumento del sentimiento de autoeficacia; Disminución de la impulsividad y del temor al surgimiento de comportamientos bulímicos. En el área social destaca un menor temor de enfrentarse a la vida responsablemente (madurar) y a relacionarse socialmente.

Conclusiones

Las pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria presentan un déficit en su capacidad volitiva que interfiere con el proceso de recuperación y explica una parte de su resistencia al cambio. Este grupo no es totalmente homogéneo en su gravedad, en su procesamiento cognitivo, ni en las razones por las que ha realizado el trastorno.

Un grupo más grave, anclado en el trastorno, con características cognitivas y emocionales muy deficitarias, busca su identidad y seguridad en la apariencia física delgada y en la apariencia psíquica perfecta. Dentro de este grupo resistente, la paciente con un perfil anoréxico parece realizar y mantenerse en el trastorno (control del cuerpo y las emociones) como la única forma de obtener valoración personal y autoestima. Encuentra en la patología una identidad, un sentido que llena el "vacío" de su existencia. Los síntomas son una forma de estar en el mundo. Con ellos adquiere valor y seguridad. La paciente con un perfil bulímico y una identidad fragmentada que le dificulta para dotar de sentido unitario sus experiencias, encuentra en la patología una manera de "llenar" y/o "suavizar" su existencia. En ambas, el trastorno es consistente con aquellas teorías que han interpretado la enfermedad como un espacio de "seguridad" ante una confusión interior tan enorme que les impide modular los impulsos a los que debe enfrentarse en su desenvolvimiento personal. Sus decisiones y comportamiento posterior dependen de factores externos (imitación del mejor, eliminación de la responsabilidad) lo que les coloca en una posición muy rígida en la aceptación de las reglas impuestas y en una pasividad conductual ante la ineficacia de dichas reglas.

Los tratamientos actuales pueden conseguir que estas pacientes pasen a la acción pero, al no haber realizado un desarrollo cognitivo propio, ni haber pasado por procesos de expresión emocional previos, sus cambios son impuestos y sin un significado personal. Estos cambios son inestables y les hacen ser extremadamente vulnerables a las recaídas ante cualquier problema o dificultad inesperada, característica de nuestra existencia

Un grupo menos grave que busca su autoestima en la apariencia física y psíquica. Ha desarrollado su propia personalidad, aunque insegura y dependiente de la imagen. Presenta una capacidad cognitiva compleja aunque algo desestructurada, pero su flexibilidad le permite procesar soluciones alternativas a sus problemas. Aunque su patología requiere un tratamiento relativamente largo (2-4 años), este tiende a desarrollarse de forma progresiva y positiva.

Proceso Terapéutico

El marco general de actuación con las pacientes con TCA de larga evolución requiere un tratamiento intensivo en formato de Hospital de Día, (Kaplan, y Olmsted, 1998), apoyado en la relación paciente-equipo terapéutico y propuesto por el Modelo de Capacitación (Empowerment), ya que la posibilidad de seguir actuando únicamente con un modelo de control se hace imposible.

El tratamiento necesita tiempo e intensidad. Un trastorno alimentario crónico puede implicar varios años de tratamiento intensivo y debe continuar aunque los aspectos alimentarios se hayan recuperado. El promedio de duración suele ser de 2-4 años ya que se deben salvar los obstáculos de la motivación, la ganancia de peso e incluso los ingresos en algún momento del tratamiento. En los casos más complicados, la mejoría puede lograrse tras más de 5 años de tratamiento. No es del todo infrecuente encontrar que una paciente comience su mejoría tras varios años y diversos intentos de tratamiento. El punto de inflexión a la mejoría es conseguir que ella decida por sí misma que quiere salir del trastorno pues a partir de ahí la lucha con el equipo desaparece. La recuperación es paulatina y suele iniciarse tras un periodo de observación en el que la paciente evalúa lo que le dice el equipo e incorpora recursos psíquicos suficientes para iniciar algún movimiento, sin que ello signifique obligatoriamente el descontrol. Por ello, los incrementos de comida, la incorporación de una mayor variedad de alimentos, el establecimiento de unos horarios, etc. tienen que ser pequeños y estables hasta pasar a un mayor compromiso de cambio. (Herrin, 2003; Bir-

mingham y Sidhu 2007). El tratamiento debe realizarse por un equipo multidisciplinar, siendo el estado de salud del paciente y su monitorización continuada la primera responsabilidad del personal médico (internista-nutricionista-ATS especializadas) que le atiende. La frecuencia de esta monitorización dependerá del nivel de salud que tenga.

El tránsito desde el control externo hasta el despliegue de las capacidades de cuidado personal de las pacientes se tiene que hacer de forma progresiva. No se prescriben controles, vigilancias o cerramientos de puertas, pero si se aconseja a los familiares que establezcan límites y defiendan sus pertenencias. Las conductas patológicas no se castigan ya que sirven para establecer un tratamiento individualizado. Se estudian sus antecedentes y consecuentes para realizar el tratamiento de forma individualizada. Esta posición elimina engaños y proporciona esperanza de cambio.

Antes de que esta mejoría ocurra el terapeuta debe saber que las experiencias previas de tratamiento colocan a la paciente y su familia en una situación de indefensión, sensación de incapacidad e incompetencia. Esta frustración puede dirigirse contra el nuevo equipo terapéutico al que en ocasiones tratará con agresividad para después pasar a los regalos y alabanzas, manteniendo una posición mixta de preocupación, culpa, rabia y suplicas. De esta forma el trabajo terapéutico se tiene que realizar mezclado con las precariedades de salud de la paciente y una inestabilidad relacional continua. Las primeras entrevistas, además de cuidar de la salud de la paciente, deberán servir no sólo para obtener información de lo ocurrido hasta ese momento sino también para ayudarles a aliviar su angustia. No obstante, conviene mantener una posición realista sobre los resultados y duración del tratamiento, sin hacer promesas que luego no puedan cumplirse. Entre todos deben llegar a un acuerdo sobre cuales son las metas apropiadas, sin sobre-estimar lo que puede conseguirse pero sin subestimar el potencial de cambio. Mientras la paciente considere que incrementar el peso y/o cambiar sus rituales de comida de algo coercitivo y si se le fuerza le va a llevar a la huelga de hambre, el abandono y la pérdida de los cuidados que necesita, es posible e incluso mo-

ralmente necesario admitir como meta de tratamiento de inicio el mantenimiento de un peso mínimo de seguridad en el que no peligre su vida de forma inminente y ayudar a mejorar su calidad de vida sin que se restaure el peso a su nivel normal (Matusek y Wright, 2010). No obstante, en situación de deterioro agudo el objetivo terapéutico es incuestionable: salvar la vida del paciente con o sin su cooperación.

El proceso terapéutico debe estructurarse mediante un protocolo escrito, haciéndose de forma firme, justificando todos los puntos del protocolo de forma explícita y basada en criterios médicos y no punitivos. Este tipo de protocolo minimizará los males entendidos, las manipulaciones y tergiversaciones de las pacientes más recalcitrantes. A pesar de todas las explicaciones, es posible que la paciente se ponga agresiva; en ese caso el terapeuta tiene que mantener un mínimo de empatía para no perder la relación terapéutica. En esos momentos existe una línea muy sutil entre la acción apropiada y la posición de poder. Esta forma de contención del paciente, preservándole del daño físico, mientras dura ese periodo de intensa resistencia al cambio, ha sido llamada "safety envelope" (Hamburg, 1996)

Una vez establecida la relación y recuperado un nivel de salud suficiente se puede realizar una aproximación cognitivo-conductual (Fairburn, y Wilson, 1993; Calvo, 2001 Wilson, y Pike, 2001). que guíe intervenciones directas para situar la comida en su sitio físico (lugar, cantidad, variedad, ritmo) y psíquicamente (no usar la comida para evitar emociones o pensamientos negativos); pero teniendo en cuenta que no se pueden hacer un conjunto de técnicas sin considerar los aspectos existenciales de cada paciente o lo que es lo mismo, trabajar un contexto vacío. El proceso terapéutico tiene que dedicar gran parte de su tiempo a ampliar la capacidad de auto-conocimiento de la paciente, de tal forma que ella, al observar y comprender el sentido de sus conductas, transforme su manera de actuar y resuelva positivamente sus problemas. Crear tácticas motivacionales y volitivas. Flexibilizar su pensamiento. Ayudar a detectar y expresar sus emociones. Enseñar formas nuevas de afrontar su existencia que le permitan el control sobre otros aspectos de su vida. Disminuir el miedo a la gordura y dejar de usar

la comida (no comer/comer en exceso) como forma de manejo de conflictos. Ayudar a establecer una imagen corporal positiva (Cash and Pruzinsky, 2002; Tsakiris, et al., 2007; Uher R, Murphy, 2005).

Debe incluirse de forma explícita el significado emocional asociado al proceso cognitivo ya que esta unión facilita el cambio terapéutico. (Calvo, 1998). Si las técnicas de reestructuración cognitiva se realizan de forma mecánica, aunque la paciente adopte estilos cognitivos aparentemente adecuados (expresiones que incluyen flexibilidad, moderación, tolerancia e incluso positividad y auto-estima), las mejoras serán inestables. Sin embargo, cuando estos cambios cognitivos implican una activación y expresión emocional genuina, se producen en la paciente los cambios intrapsíquicos autogenerados necesarios para que el beneficio terapéutico se estabilice y la paciente inicie un crecimiento psíquico que le permita salir de su cronificación.

De cara a minimizar la oposición y resistencia se pueden impartir un conjunto de sesiones informático-educativas sobre la naturaleza del trastorno, y las opciones de tratamiento desarrolladas que pueden permitirles tomar una decisión, empezando así a atenuar su sometimiento. Además conviene:

- Revisar los intentos de tratamiento previos de forma exhaustiva para ver que les ayudó y que no.
- Dedicar una parte del tiempo terapéutico a estudiar conjuntamente que variables les lleven a ellos al fracaso. Si se piden pequeños cambios y no se logran, no calificarlos de fracaso sino de oportunidad para aprender.
- Escuchar cuales son las metas de la paciente, respetando sus creencias y a la vez tratando de evaluar si dichas metas se basan en distorsiones depresivas o percepciones realistas.
- Cuando el tiempo pasa y la frustración por los no cambios se acrecienta, el terapeuta debe aceptar que emergen dentro de él emociones muy intensas que pueden afectar a su capacidad para atender y cuidar al paciente, teniendo que contener el deseo de mostrarle una imagen de persona controla-

dora, agresiva, poderosa, intransigente y desapegada.

- Ello puede coincidir con el cansancio de la familia que ve pasar el tiempo gastar y con el escepticismo de otros profesionales que cuestionan su calificación como terapeutas. Poder compartir esta situación con otros compañeros y mantenerse vivo a pesar de tanta desesperación es parte integrante del tratamiento.

- **Aminorar su sufrimiento.** Las técnicas de relajación les ayudaran a aliviar tanta tensión y será el comienzo de su aceptación personal.

- En relación íntima con el objetivo anterior, iniciar o aumentar su capacidad para obtener un trato digno por ellas mismas, sus familiares allegados o incluso desconocidos. Que tengan derecho a defenderse cuando les insultan, descalifican o se les niega el derecho a existir como personas porque están "así". Este trabajo puede necesitar no sólo una reestructuración cognitiva sino un entrenamiento asertivo en toda la regla, con una gran cantidad de ensayo conductual.

Es muy importante estudiar y ayudar a afrontar los miedos que paralizan la decisión de mejorar. En mi experiencia el miedo más invalidante es el de perder el control al iniciarse la mejoría y aceptar comer. Si sus deseos han estado petrificados es por algo y una de las razones más importantes es que no tienen la certeza de que puedan controlarse una vez que se hayan vivificado. La fuerza de los impulsos y la cantidad de deseos contenidos en estos años de enfermedad producen la amenaza de los atracos, la gordura, el caos conductual y el descuido del orden, el deber y las estructuras mentales. Esta intensidad debe atenuarse con la propia relación terapéutica, incrementando el número de consultas y contactos terapéuticos. La propia teoría psicológica instará al terapeuta a utilizar las técnicas adecuadas.

Los aspectos más angustiosos pueden enfrentarse con técnicas de manejo de ansiedad tales como la de sensibilización sistemática: el miedo a ponerse gorda, a ser bulímica, a desarrollar sus formas corporales femeninas, a ser más atractiva; a no atractiva. La insatisfacción

y/o la distorsión corporal requieren de una exposición "en vivo" a las imágenes temidas. (Cash, 1996; Jones et al., 1993). Un miedo muy importante es, no tener tiempo ya de recuperar una relación sentimental, o la fertilidad.

Hay que ayudarla a moderar lo que desea, siente o piensa. El reconocimiento de que el tiempo ha pasado y el enfrentamiento a todo lo que ha perdido, puede producir una gran ansiedad y potenciar los auto-castigos y las auto-lesiones. Así que se le debe proteger la depresión y trascender los objetivos de un logro exclusivamente material como la finalidad en la vida. Quizás ya no hay tiempo para el triunfo y la posesión de muchas cosas pero siempre hay tiempo para encontrarse con uno mismo y desde ahí poder establecer alguna relación de intimidad y pertenencia.

En relación con este punto surge la necesidad que tienen todos los pacientes de larga evolución de encontrar apoyo social funcional que se han estructurado de la siguiente manera:

- Apoyo emocional afectuoso (recibir expresiones de afecto positivo, intensificarlas comprensión empática y fomentar la expresión de sentimientos)
- Apoyo de información (consejos, información, guía o feedback)
- Interacción social positiva (disponibilidad de otras personas para hacer actividades lúdicas).
- Socialización: que tengan acceso a periódicos y noticias actuales, la música del momento, los libros, la moda, los lugares de ocio (cafeterías, discotecas, tiendas, museos, librerías). Incluso consejos sobre como cambiar el estilo de ropa, peinado y complementos.

Tratamiento a la familia

Es sorprendente observar que a pesar de los muchos años que han pasado y de los variados tratamientos recibidos las relaciones familiares permanezcan invariables. Tienen mucho miedo de relacionarse con su hija. Temen preocuparla y producirle conductas negativas que la empeo-

ren. Debido a sus sentimientos de culpa sobre su papel en la gestación y desarrollo de la enfermedad experimentan muchas dificultades, colocándose en una posición de sometimiento a los dictámenes de la paciente. En muchas ocasiones debido a una gran angustia adoptan conductas de sumisión total a la hija, especialmente el padre. Es el síndrome del "padre taxista" que al sentirse incapaz de negarse a los caprichos de comidas cada vez mas bizarras, entra en franco conflicto con la madre a la que ve como excesivamente punitiva. La madre que como todos los demás miembros familiares se encuentra cansada y agotada, puede también someterse pero conservando una posición de continua crítica y descalificación hacia la hija, a la que persigue con comentarios y señalamientos negativos. En ocasiones están ya tan distorsionados que no pueden percibir ni el mas mínimo cambio hacia la cura.

Conviene establecer una fuerte alianza con ellos que les proporcione la fuerza necesaria para restaurarles e incluso iniciarles en el ejercicio de su autoridad en la casa. Es necesario saber que la paciente tratará el desestabilizar esta alianza y así mantener el poder que ha obtenido de la enfermedad. El terapeuta y los padres deben conocer que la paciente está aterrada de su propio poder y que cuando los padres asumen su responsabilidad y se atreven a limitarla le alivian de su gran ansiedad y pueden precipitar el inicio de su recuperación. No ha sido infrecuente ver en estos años como cuando por fin la madre se atreve a ser ella misma, pone límites a las demandas de la paciente, tolera las tergiversaciones de información que atentan a su imagen de madre buena/perfecta y no responde con agresividad y críticas, la paciente encuentra en casa un espacio de seguridad y bienestar que la llevan a la aceptación del cuidado materno y de su comida. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. (2000) Calvo, R (2008)

Es necesario un trabajo de reestructuración cognitiva para que los padres comprendan que la autentica mejoría depende de que sea la paciente la que los haga por ella misma. Lo que importa ya no es un resultado rápido inmediato y espectacular, sino los pequeños logros personales. Que vaya manteniendo su comida y peso aunque sean mínimos y no se pierda ante las diversas dificultades que tendrá que afrontar.

Solo así la mejoría dejará de ser inestable, consolidándose a pesar de las adversidades (resiliencia). Paralelamente, si la paciente presenta atracones y conductas purgativas, deben de realizarse las técnicas habituales para manejar las conductas patológicas asociadas al descontrol: Normalización de las conductas alimentarias, control de estímulos, exposición y prevención de respuesta, etc. (Fairburn y Wilson, 1993; Calvo, 2002, 2008).

Bibliografía

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F; Marzola, E; Fassino, S. (2010). Attachment Insecurity, Personality, and Body Dissatisfaction in Eating Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*. Vol. 198 - Issue 7 - pp 520-524.
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P. M. (2007). Rubicon model of action phases. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of social psychology*, Vol. 2: 769-771. Thousand Oaks, CA: Sage.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 157(1 Suppl): 1-39.
- Berardis, D., Carano A., Gambi F., Campanella D., Giannetti P., Ceci A., Mancini E., La Rovere R., Cicconetti A., Penna L., Di Matteo D., Scorrano B., Cotellessa C., Salerno R., Serroni N. and Ferro F.(2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample *Eating Behaviors*. Vol 8, Issue 3, Pages 296-304.
- Blechert J, Ansorge U, Tuschen-Caffier B.(2010). A body-related dot-probe task reveals distinct attentional patterns for bulimia nervosa and anorexia nervosa. *J Abnorm Psychol*. 119(3):575-85.
- Birmingham CL, Sidhu FK. (2007). Complementary and alternative medical treatments for anorexia nervosa: case report and review of the literature. *Eat Weight Disord*. Sep; 12(3): 51-3.
- Beumont; E. M. Kopec-Schrader; W. Lennerts (1995). Eating disorder patients at a NSW teaching hospital: A comparison with state-wide data Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 1440-1614, Volume 29, Issue 1, 96 – 103.

- Bruch, H. (2002). La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa. Ed. Paidós. Barcelona-México.
- Bulik, C., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S., Aggen, SPh.D., and Sullivan P F.(2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *Am J Psychiatry* 160:366-368.
- Button E., Rachel L. Warren (2001). Living with anorexia nervosa: the experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, Vol 9, Issue 2, pp 74-96.
- Calvo, R. (1999). Factores cognitivos y resistencia al tratamiento en los TCA: forma activa vs. pasiva. Comunicación Congreso ECED: European Council on Eating Disorders. Estocolmo.
- Calvo, R. (2001). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Camba (ed.): Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. (pp. 191-213) Barcelona: Masson.
- Calvo, R. (2002). Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta Prácticos (2^a ed.)
- Calvo, R (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria: cómo actuar desde la familia. Dirección general de Familia. Comunidad de Madrid.
- Cash, T. (1996). The treatment of body image disturbance. En Thompson, K.: *Body Image, Eating Disorders and Obesity*, (pp 83-107). APA.
- Cash and Pruzinsky, (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press.
- Cook-Cottone, C. (2009). Neuropsychology of Eating Disorders. En *Issues of Diversity in Clinical Neuropsychology*, , *The Neuropsychology of Women*, pages 1-33.
- Downey, C.A. and Edward C. Chang (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors* Vol 8, Issue 4, Pages 497-503.
- Eckert, E. D. Halmi, K. Marchi, P. Grove W and R. Crosby (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25 , pp 143-156.
- Eivors, A. Button, E. Warner, S, Turner, K (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, Vol 11, Issue 2, pp 90-107.
- Efklides, A. Julius Kuhl, Richard M. Sorrentino (2001). Trends and prospects in motivation research. *Springer* 414.
- Fairburn, C. and Wilson, T. (1993). Binge Eating: nature, assessment and treatment. *The Guilford Press*.
- Gallese V. (2009). Motor abstraction: A neuroscientific account of how action goals and intentions are mapped and understood. *Psychological Research*.
- Garner, D. and Needleman,(1996). Steep-care and decision-tree models for treating eating disorders. En Thompson, K. "Body Image, Eating Disorders, and Obesity" (pp 225-252). Am. Psych. Ass.
- Gollwitzer, P. M., & Oettingen, G. (2002). The psychology of motivation and action. In J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 10105-10109). Oxford, U.K.: Elsevier Science.
- Hamburg, P. (1996). How long is long-term Therapy for Anorexia Nerviosa? En Wernw, J. "Treating Eating Disorders". Jossey-Bass Inc. USA.
- Herrin, M. (2003). Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders. P.A.,Brunner Routledge.
- Herpertz-Dahlmann, Hebebrand, J. Müller, B. Herpertz, S. Heussen, N. and Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa. Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42 ,603-612
- Jantz, G. (2002). Hope, Help, and Healing for Eating Disorders: A New Approach to Treating Anorexia, Bulimia, and Overeating. *Self-help Psychology*, Shaw editores.
- Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. (2010). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clin Psychol Rev*. Aug 14
- Kaplan and Olmsted, (1998). Partial hospitalization, en Garner, D. and Garfinkel, P., *Handbook of treatment for eating disorders*. 2^a edición, pp: 354 a 360.

- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. In B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (Vol. 13, pp. 99-111). New York: Academic Press.
- Kuttler ME. (2010). Eating disorders. *J Am Dent Assoc*, 141(9):1054.
- Libet, B., Freeman, A. and Sutherland, K. (2004). *The Volitional Brain*. Imprint Academic NY.
- Lievers, L.S, Florence Curt, Jenny Wallier, Fabienne Perdereau, Zoé Rein, Philippe Jeammet and Nathalie Godart (2009). Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* Vol. 18, Number 2, 75-84.
- Matusek J. A., Wright M. O. (2010). Ethical dilemmas in treating clients with eating disorders: A review and application of an integrative ethical decision-making model. *Eur Eat Disord Rev*. Jul 29.
- Mitchell, J. and Peterson, C. (2008). *Assessment of Eating Disorders*. Guilford Press.
- Murphy R., Straebl S., Cooper Z., Fairburn CG. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*;33(3):611-27.
- Pezzulo, G. and Cristiano Castelfranchi (2009). Intentional action: from anticipation to goal-directed behavior. *Psychological Research*, Vol. 73, Number 4, 437-440,
- Ramachandran, V. S. (2004). *A Brief Tour of Human Consciousness*. New York: Pearson Education.
- Rowe S, Jordan J., McIntosh V., Carter F., Frampton C., Bulik C., Joyce P. (2010). Dimensional measures of personality as a predictor of outcome at 5-year follow-up in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Res*. 2010 Aug 6.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L., & Gollwitzer, P. M. (2005). Implementation intentions and health behaviour. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (2nd Ed., pp. 276-323). Berkshire, UK: Open University Press.
- Steinhausen, H. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 159:1284-1293
- Stice, E and Shaw, H.(2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research* Vol 53, Issue 5, Pp 985-993.
- Strober M., Freeman R., Lampert C., Diamond J., Kaye W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3): 393-401.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image* Volume 2, Issue 2, June 2005, Pages 129-135.
- Theander (1996). Anorexia nervosa with an early onset: Selection, gender, outcome, and results of a long-term follow-up study. *Journal of Youth and Adolescence* Volume 25, Number 4, 419-429.
- Tsakiris, M. D. Hesse, C. Boy, P. Haggard and G.R. Fink, (2007). Neural signatures of body ownership: A sensory network for bodily self-consciousness, *Cerebral Cortex* 17 pp. 2235-2244.
- Uher R, Murphy T, (2005). Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women. *Biol Psychiatry*. Dec 15; 58(12):990-7.
- Vitousek, K. B. (1995). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn: *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press
- Vitousek, K. and Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive therapy and research*, 14, 191-214.
- Wilson, G.T. y Agras, W.S. (2001). Practice guidelines for eating disorders. *Behavior-Therapy*.
- Wilson, G. T. y Pike, K. M. (2001). *Eating disorders*. En D. H. Barlow (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Wilson GT. (2010). Eating disorders, obesity and addiction. *Eur Eat Disord Rev*.;18(5):341-51.