

Tratamiento de grupo de los trastornos de alimentación

P. PÉREZ SALES

Psiquiatra. CSM Parla. Madrid

En este artículo, queremos ofrecer algunos principios de la intervención grupal en los trastornos de alimentación. Por la necesaria brevedad del mismo, obviaremos referirnos a grupos específicos más propios de las unidades especializadas en trastornos alimentarios (grupos de imagen corporal o de comida compulsiva), para centrarnos en el grupo psicoeducativo, que es el más indicado como herramienta terapéutica en las unidades generales de atención en salud mental, con una alta carga de pacientes de este tipo.

Indicación

Hay que considerar cuatro elementos: edad, no ser cronicante, estado evolutivo de la paciente y entidad nosológica de base.

Edad

Los estudios caso-control en grandes grupos de población muestran que, en los trastornos de alimentación pre o perimenárgicos, el tratamiento más eficiente son las terapias de tipo familiar (clarificación de normas a los padres, pautas alimentarias, análisis de roles, estrategias de resolución de conflictos). Los enfoques grupales se restringen como herramienta terapéutica a los trastornos de la alimentación en jóvenes de más de 14 años y adultos.

Evitar cronificar a las pacientes

Bajo la denominación de trastornos de la alimentación se agrupan un conjunto epidemiológicamente muy amplio de personas con actitudes anómalas ante la ingesta. En nuestras sociedades occidentales, el 1% de las mujeres entre 15 y 30 años tienen conductas del espectro de la anorexia, y el 5% del espectro de la bulimia. Los estudios longitudinales de seguimiento muestran cómo alrededor de un tercio de los casos tienen una evolución rápida y benigna en pocos meses, beneficiándose de intervenciones mínimas (información nutricional y sobre el trastorno, pautas generales

de alimentación, análisis conjunto paciente-terapeuta de los factores predisponentes, desencadenantes y perpetuadores del problema y estrategias de modificación o afrontamiento de las mismas)*. Excepto en las pacientes de peso muy bajo o con conductas gravemente patológicas, éste debe ser, en general, el enfoque inicial ante toda paciente nueva. Sólo cuando la evolución sea negativa al cabo de los primeros meses, entrarán en juego nuevos elementos terapéuticos entre los que estarían los enfoques grupales. Incluir de modo rutinario a todas las pacientes en grupos educativos, con la idea de favorecer la conciencia de enfermedad, puede, paradójicamente, ser un elemento yatrogenizante.

Estadio de la enfermedad

Es útil y didáctico aplicar el modelo de estadios de cambio de Prochaska y Di Clemente. Estos autores, desde los modelos de la psicoterapia integradora, consideran seis estadios en todo proceso de cambio:

Precontemplación. La persona no está en tratamiento ni se plantea esta posibilidad. Si está en terapia, no piensa que tenga un problema o afirma que no tiene necesidad o deseo de cambio. Puede sentirse presionada por los demás para estar en la consulta; puede admitir que tiene un problema, pero no desear el cambio. En resumen, o no es consciente, o prefiere ignorar el problema.

Contemplación. La persona empieza a ser consciente de que el problema existe o está preocupada. Está intentando comprender lo que le ocurre (las causas, las posibles soluciones). Está, fundamentalmente, bus-

* La Unidad de Trastornos de Alimentación del Maudsley Hospital, de Londres, ha desarrollado en los últimos años un modelo de auto-tratamiento de la bulimia, a través de un programa guiado. Con una primera entrevista, el manual de autoayuda y seguimientos a los tres, cuatro, seis y doce meses, obtienen remisiones completas en un tercio de los casos. Dicho programa está disponible en castellano en la actualidad (Schmidt, Treasure. Aprender a comer. Barcelona: Martínez-Roca; 1996).

cando información, pero aún no ha hecho ningún compromiso personal de cambio.

Ambivalencia. Aunque la persona se compromete con la terapia, con posterioridad no cumple la mayoría de sus compromisos. En ocasiones, parece muy decidida al cambio, mientras que en otras parece haberse instalado en la enfermedad. Hay una ambivalencia entre desear cambiar (en la consulta o ante una crisis de la enfermedad) y no desearlo.

Decisión / Acción. La persona está buscando de manera activa cómo cambiar su conducta o su entorno. Está luchando por el cambio, aunque hasta ahora no ha tenido excesivo éxito y no ha conseguido lo que quería.

Mantenimiento. La persona ha alcanzado el cambio y ha hecho avances significativos; pero, o bien ha tenido un pequeño retroceso, o siente que su mejoría es frágil y tiene miedo a recaer, por lo que se mantiene en terapia o solicita de nuevo atención. Puede encontrar difícil mantener las nuevas actitudes o conductas ella sola y es necesario trabajar la prevención de recaídas.

Recaída. Considerada como parte del proceso y susceptible, por tanto, de nuevos aprendizajes.

La mayoría de pacientes acuden a la consulta en alguno de los primeros estadios. También la mayoría permanecerá la mayor parte del tiempo de tratamiento en la fase de *ambivalencia*. Cuando, tras un largo proceso de avances y retrocesos, se entra en la de *decisión/acción*, la mejoría se produce en apenas unas pocas semanas. El mantenimiento, en las pacientes más difíciles, deberá prolongarse, por lo menos, durante uno o dos años.

Pues bien, debería intentarse hacer, por un lado, un grupo de pacientes en los estadios iniciales (1 y 2) y otro con pacientes en pleno trabajo de cambio (estadios 3 a 6). Si a una paciente que acude forzada por su familia y sólo desea *información* se la fuerza de modo precoz a compromisos terapéuticos que no entiende ni comparte, va a abandonar rápidamente, o va a desarrollar una actitud pasivo-agresiva hacia el tratamiento. A cada paciente hay que darle aquello que pide en función del estadio de cambio en el que está, dentro de una filosofía de psicoterapia en la que (si el estado de salud no indica lo contrario), la tarea es *motivar* y *acompañar* un proceso personal de cambio.

Patología de base

Las clasificaciones internacionales distinguen entre anorexia (subclasificada en restrictiva y purgadora) y bulimia nerviosa (de la que se desgaja en la actualidad el *binge-eating disorder*). Hoy por hoy, no hay evidencias empíricas para estas distinciones y los teóricos de la subespecialidad apuestan porque, en el

futuro, se considere una única entidad que se denominaría *trastornos por dieta (dieting disorders)*. La práctica muestra que no es útil realizar grupos separados de anorexia y bulimia, sino, en todo caso, hacer un grupo común de anorexia y bulimia del que sólo se separaría, en aquellos centros con casuística suficiente, un grupo independiente de bulimias multiimpulsivas. Estas últimas comparten un patrón muy especial de conductas (tendencia al abuso de alcohol, desinhibición sexual, gestos autolíticos y tendencia al dramatismo, sensación de vacío interno e incapacidad afectiva, oscilaciones bruscas e impredecibles de humor, relaciones familiares tempestuosas), que suele requerir de estrategias distintas a las de las otras pacientes. Ésto, unido a su tendencia a monopolizar el protagonismo en los grupos en los que participan, puede llegar a recomendar, en ocasiones, su consideración grupal independiente.

Objetivos

1) Grupo de iniciación. Pensado para pacientes que, tras las primeras semanas de contacto, se mantienen en estadios de pre-contemplación o contemplación. Se trata de grupos psicoeducativos, es decir, el objetivo es proveer de información a la paciente y establecer unas bases de trabajo. Es bueno plantear el grupo con una filosofía de Terapia Motivacional. Las bases de la misma son:

a) Establecer un marco de trabajo basado en la autonomía y libertad personal de la paciente. El trabajo terapéutico es el de motivar al cambio, y no el de prescribirlo. Este proceso sólo tiene un límite: la salud de la paciente. Es necesario dejar claro cuáles son los criterios de ingreso hospitalario, plantear éste como una acción de protección y de responsabilidad y no como un castigo. Convendrá delimitar, a efectos didácticos, los conceptos de índice de masa corporal, de peso mínimo saludable (generalmente un IMC de 18,5 suele ser razonable), de peso de ingreso voluntario (IMC de 16,5) y de peso de ingreso involuntario (IMC de 14,5 o inferior). Se trata de marcar unos amplios límites por los que transitar, que no son axiomas. Para cada paciente se deberán matizar las sesiones individuales, en función de sus características y de la historia clínica personal los límites de salud tolerables.

b) Desmarcarse de las actitudes de familiares o amigos que han presionado a la paciente para iniciar tratamiento y sentar las bases de un proceso de autoconocimiento, por el que la paciente

puede contrastar la información que se le suministra respecto al trastorno, con lo que experimenta en su cuerpo y en su vida y con lo que otras personas relatan. En nuestros grupos hemos trabajado, como contenidos:

- Repasar en grupo cuáles son los efectos de la inanición, siguiendo el relato del clásico estudio de inanición voluntaria de Minnesota (1947) -Tabla I -, lo que permite, en sucesivas sesiones, hablar de los cambios en las actitudes y conductas hacia la comida, los cambios emocionales y sociales, los cambios cognitivos y los cambios físicos desencadenados por cualquier tipo de ayuno.
- Discutir en grupo el objetivo de un hipotético plan de tratamiento: ser delgada, pero de un modo sano, combatiendo los miedos: tratamiento significa lavado de cerebro para engordar; tratamiento significa dejar de controlar, por tanto, descontrol ante la comida; tratamiento significa que debo aprender a aceptarme fea y gorda.
- Repasar los dos grandes círculos patógenos: dieta-hambre-atracón-culpa-vómito-dieta y dieta-estreñimiento-laxantes-hinchazón-dieta, poniendo el énfasis en que la normalización de la dieta basta, en muchos casos, para la normalización de las conductas purgativas.
- Establecer las bases para poder conocerse mejor a sí mismas: registro de comidas y gráfica de peso. El objetivo es siempre la autorresponsabilización, por tanto, será la paciente

quien lleve el registro y quien se pese. Estas actividades no deben entenderse como compromisos de cambio (no es éste el objetivo del grupo), sino como la herramienta que puede permitir saber más sobre uno mismo y que nos va a permitir contrastar, es decir, más allá de la impresión subjetiva ante el espejo, cuáles son los efectos sobre el cuerpo del contenido de la dieta, su distribución horaria, el ejercicio físico, los atracones y vómitos, etc.

Una vez establecida una buena relación personal con la paciente y creado un clima de confianza en el que la paciente sienta que no se la va a presionar a hacer cosas que no quiere (mientras estamos dentro de los márgenes de salud mínima que se han fijado), cada pequeño cambio que se introduzca se plantea como un pequeño experimento, en el que la persona prueba qué es lo que le ocurre, si se atreve a hacerlo. Así, por ejemplo, puede introducirse el tentempié de media mañana o de media tarde, o un cierto alimento prohibido, contrastándolo con la gráfica de peso.

El tratamiento se plantea como un proceso de acompañamiento y motivación al cambio, y no como una prescripción de conductas reforzadas por la presión familiar. Lo importante es entender que se trata de ir progresando hacia estadios de ambivalencia y, por fin, de cambio. No hay que repetir lo que ya la familia intentó sin éxito: controlar a una paciente a la que, generalmente, lo que le sobran son personas que la presionen y le digan lo que tiene que hacer y dejar de hacer.

Tabla I
Los efectos de la inanición en el estudio de Minnesota (1947)

Actitudes y conductas ante la comida

- Preocupación por la comida
- Colección de recetas, libros de cocina y menús
- Hábitos de alimentación inusuales
- Incremento en el consumo de café, té o especias
- Chiclos
- Atracones

Cambios emocionales y sociales

- Depresión
- Ansiedad
- Irritabilidad, enfados
- Labilidad
- Episodios "psicóticos"
- Cambios de personalidad en tests psicológicos
- Aislamiento social

Cambios cognitivos

- Disminución de la concentración
- Evaluaciones empobrecidas
- Apatía

Cambios físicos

- Alteraciones del sueño
- Debilidad gastrointestinal
- Hipersensibilidad al ruido y a la luz
- Edema
- Hipotermia
- Parestesias
- Disminución del interés sexual

Fuente: Kays et al. (1948).

Precisamente por eso, es fundamental complementar el grupo de iniciación con un *grupo psicoeducativo para padres*, cuyos objetivos sean:

- Ofrecer un espacio en el que los padres puedan expresar la angustia ante el problema, los temores de muerte y, en algunos casos, la exigencia de que los médicos pongan coto a las conductas de su hija. Explicar la filosofía no coercitiva de trabajo y también, detalladamente, los cuidados de salud innegociables que hay en el programa.
- Explicar la necesidad de desmontar el sistema de relaciones familiares alrededor de la comida y recuperar pautas de relación normalizadas. La función primordial de los padres es recuperar un buen ambiente en casa y, para ello, hay que conseguir no hablar de comida o de peso, reinstaurar las conductas habituales respecto a quién compra o quién cocina y no intervenir como control, si no es explícitamente a petición de la paciente, como una solicitud de ayuda externa.
- A través de la puesta en común de las ideas del grupo, perfilar el origen multicasual de los trastornos de alimentación, con especial énfasis en los factores, trabajando los elementos de culpa y las vivencias de fracaso como padres. Es necesario remarcar que, frente a lo que se dijo en algún momento, la mayoría de los problemas que aparecen en la familia son consecuencia del trastorno de alimentación, y no causa; es decir, que en cualquier familia en la que a un miembro le ocurre un problema psicológico importante, se producen reajustes, quiebros, tensiones, confusión de roles, difusión de los límites intergeneracionales, triángulos, alianzas, etc., lo que no significa que haya sido la familia la que haya provocado el problema. Es importante reconocer que en la esfera familiar hay problemas y, en muchos casos, graves, que habrá que afrontarlos en su momento, pero que la familia no es la causa del trastorno.

Estructura de los grupos de iniciación. Los grupos deben ser limitados en el tiempo. Diez sesiones en el caso de las pacientes, y cinco en el de los padres, deberían ser suficientes para cumplir los objetivos terapéuticos. Pueden ser grupos abiertos (incorporación flexible de nuevos casos) o cerrados (formación del grupo en las primeras sesiones sin posibilidad de incorporación posterior), según se sienta más cómodo el terapeuta pero, en todo caso, es recomendable que no se prolongue excesiva-

mente en el tiempo (una sesión semanal o quincenal, durante dos a cuatro meses).

¿Qué terapeuta? Como en toda psicoterapia, buena parte del éxito terapéutico tendrá que ver con los denominados *factores inespecíficos* de la psicoterapia. En este sentido, es importante no confundir un grupo psicoeducativo con una clase magistral. El arte está en conseguir que el grupo tenga la sensación de que es él mismo el que está generando el conocimiento. Por eso, es importante fomentar las lecturas individuales de materias en casa, los diarios y anotaciones respecto a sensaciones físicas, emociones o pensamientos, que permitan el contraste y la puesta en común posterior de ese material. El éxito dependerá, no tanto de que el terapeuta sepa mucho de trastornos de alimentación, lo que por supuesto es, también, importante, sino que sepa ser un *buen administrador* del grupo y sepa crear un clima empático y distendido de trabajo y de intercambio que permita a las pacientes pasar al estadio de ambivalencia o al de cambio.

- 2) **Grupo terapéutico o avanzado.** No es bueno, como decíamos, prolongar excesivamente el grupo de iniciación. Es necesario entrar en la terapia individual en pequeños experimentos de cambio, por pequeños que éstos sean. Esto puede, en ocasiones, hacerse también a nivel grupal. La decisión debe sopesarse con cuidado. Por un lado, hay ciertos temas que se trabajan mejor en grupo (conflictiva familiar y relación con los padres, relaciones afectivas y/o sexuales, o problemas de imagen corporal), pero, por otro, hay que evitar que entre la consulta con el psiquiatra, las citas con el psicólogo, los controles en endocrinología/nutrición, y el grupo terapéutico quincenal, la paciente acabe viviendo por y para la enfermedad y sea parte del paisaje habitual del hospital o el centro de salud mental. Hay que estar muy atento al riesgo de cronicación cuando, con la excusa de un tratamiento multidisciplinar, en realidad impedimos que la paciente pueda llevar una vida escolar, laboral o familiar normal. Será importante dosificar el tiempo terapéutico y no construir pacientes profesionales que ni siquiera tienen tiempo para aplicar lo conversado en el grupo o la terapia individual. En el grupo avanzado, es bueno mantener la estructura de carácter psicoeducativo. Entre los temas a abordar en los estadios de ambivalencia y cambio están:

- Todos los temas del grupo de iniciación, que irán surgiendo de modo cíclico y que convendrá repa-

sar y reforzar siempre que sea necesario, especialmente en lo referente al objetivo final del tratamiento: ser delgada, pero a través de conductas de salud y con una manera adecuada de relación con la comida y con los demás.

- **Relaciones sociales.** El grupo ofrece un espacio para el intercambio de experiencias y permite realizar una función de espejo sobre el modo de comportarse en grupo de cada uno de los miembros. En especial:

- Relación entre ellas. Manera en que cada una se comporta en el grupo.
- Discusión y/o ensayo de habilidades de afrontamiento ante discusiones familiares, comentarios burlones o críticas de amigos o situaciones públicas de grupo donde hay comida (almuerzos, cenas, copas, etc.).
- Cómo mejorar la relación con los padres.
- Cómo mejorar las relaciones afectivas y amorosas.

- **Imagen corporal.** Se puede trabajar la autoconciencia corporal a través de sencillos ejercicios. Existen múltiples variedades y la imaginación del terapeuta creará, sin duda, algunos nuevos. Dos de los que ya hemos usado con mayor eficacia son:

- Hacer *pases de modelos*, en los que otras participantes opinan sobre el modo de vestir, arreglarse y la figura de la que desfila. Las pacientes, aunque se vean a sí mismas como obesas perciben, en cambio, perfectamente la extrema delgadez de las otras. El que otras pacientes las evalúen como *muy delgadas* o *flacas* tiene un poderoso efecto de *feedback* que no tienen las opiniones de los familiares o los profesionales.
- Otra técnica útil es *dibujarse a sí mismas* a tamaño natural sobre papel de embalar para, a continuación, acostarse sobre el dibujo y con un rotulador dibujar las siluetas reales y observar los contrastes. Después, poner en común los resultados dentro del grupo.

Es bueno incluir en todas las sesiones un espacio de *relajación* y trabajo en *autoconciencia corporal*.

- **Psicología del autocontrol.** Concepto de control/descontrol. Antecedentes y consecuencias de las situaciones de control y descontrol. Técnicas de descontrol controlado. La autoprohibición como precursor del descontrol. Técnicas de aplazamiento y regulación de los estímulos placenteros y peligrosos.

- **Problemas afectivos.** Relación entre depresión y bajo peso. Papel de los fármacos. Técnicas de

reestructuración cognitiva.

- **Relación entre situaciones de estrés y comida.**

Otras maneras de manejo de la ansiedad y el estrés. Análisis de situaciones ejemplo aportadas por los integrantes del grupo: cita fracasada, examen importante, etc.

- **Técnicas de prevención de recaídas** (Marlatt).

La recaída es sólo una fase más del proceso de curación. Cambiar las expectativas negativas de cambio que generan las recaídas por experiencias positivas de aprendizaje que aproximan al éxito. Análisis funcional del proceso de recaída y estrategias para esquivarlas.

- En ciertas unidades, se ha realizado con éxito el comer en grupo en el comedor del centro de salud. Se trata de una actividad de modelado y de normalización de las conductas de comida que requiere, obviamente, disponer de dicha facilidad y en la que es conveniente que participen, además, uno o dos coterapeutas (por ejemplo, personal de enfermería), que no tienen necesariamente por qué comer, sino participar de la actividad de un modo distendido.

Como elementos transversales a todos los temas:

- Utilización del humor (aplicado a uno mismo y a las circunstancias adversas), como técnica terapéutica.
- Aumento de la autoestima, reconociendo todos los avances e insistiendo en no usar el autocastigo.
- No intentar suprimir los pensamientos negativos, sino aprender a *dejarlos pasar*.
- Insistir en la autorresponsabilización. Son frecuentes las expresiones del tipo “no puedo”, “no sirve”, que parecen colocar la pelota en el tejado del terapeuta. Estas situaciones son las que hacen que el terapeuta poco experimentado se angustie y desespere. Cuando en un grupo estas situaciones son frecuentes, será necesario incluir un coterapeuta que ayude a descargar presión del terapeuta principal.
- Evitar la distancia emocional al problema (sustituir las expresiones del tipo “ya no siento hambre”, “es imposible controlar”, por “yo ya no siento hambre” o “a mí me resulta imposible controlar”).

Estructura del grupo avanzado

Este grupo es más complejo que el anterior. Dado que suele requerirse un cierto tiempo para intercambiar impresiones sobre los días desde la última sesión, abordar algún tema que se suscite y arrancar el tema de la sesión, el trabajo no empieza propiamente hasta prácticamente pasada la primera media hora o tres

cuartos. Es conveniente, por tanto, que las sesiones tengan una duración de entre hora y media a dos horas, incluso a pesar de que eso signifique tener que espaciar los grupos y hacerlos cada dos o tres semanas. Dado que todos los temas irán reapareciendo de modo cíclico, el grupo puede permanecer abierto.

Hay terapeutas que prefieren mantenerlo de modo indefinido. Nosotros preferimos marcar un inicio y un final (por ejemplo, de octubre a agosto), lo que da una cierta sensación de que es necesario tener una actitud de trabajo para aprovechar el limitado tiempo disponible. Ello no significa que las pacientes no puedan reintegrarse al grupo cuando éste se reinicie, si se considera oportuno.

Problemas

- Es frecuente encontrar una baja autoestima y una alta sensibilidad a la crítica con tendencia a sobrevalorar las situaciones de ridículo. Por eso, no es raro que algunas pacientes sean reticentes al grupo y expliquen que éste las **empeora** o que salen **deprimidas** de las sesiones. Hay que saber reconducir estas situaciones: lo que ocurre en el grupo es, probablemente, lo que ocurrió con los amigos y que llevó al actual aislamiento social de la paciente, y es buen lugar para ensayar estrategias alternativas a la evitación o la huida.
- La tendencia natural del grupo es llevar todos los temas a un punto común: hablar de comida y peso. Hay que resituar el tema de la sesión periódicamente e intentar, en la medida de lo posible, restringir hablar de ello a los momentos en que así se decida específicamente.
- Hay que motivar la interacción del grupo a partir de situaciones conflictivas. Cuando hay excesivos silencios, una técnica útil es dedicar algunas sesiones simplemente a realizar una ronda sobre *¿cómo ha ido la semana?* y favorecer el consejo mutuo entre las pacientes. Esta técnica favorece crear un clima de cierta intimidad entre los miembros del grupo. El terapeuta deberá evitar cuidadosamente dos situaciones bloqueantes: que algunas pacientes monopolicen el grupo con actitudes narcisistas y que una o más pacientes intenten convertirse en coterapeutas. En cambio, deben respetarse los silencios de las pacientes más inhibidas y no forzar su participación sino, a lo sumo, hacer algún señalamiento ocasional.
- Hay que evitar hablar de la evolución del peso de cada una dentro del grupo. Este tema debe reservarse para las sesiones individuales. De lo contrario, no es raro que aparezcan dinámicas de

competición o que las que mejoren su peso retrocedan, al sentir la desaprobación del grupo cuando hablan de ello.

- Conviene mantener siempre en el grupo, al menos, una paciente parcialmente recuperada que se muestre como un modelo de que es posible avanzar a estadios de cambio y evitar que dentro del grupo se cree una visión excesivamente pesimista.
- No es bueno mantener en el grupo a pacientes excesivamente cronificadas (cuatro o más años de enfermedad), porque acostumbran a boicotear el trabajo como un modo también de justificar su escaso avance. Para estos casos, es mejor un plan individualizado de tratamiento que las ayude a salir del punto muerto en que se han situado.

Final del tratamiento

Llega un momento en el que las pacientes desean dejar el grupo porque han experimentado una mejoría, aunque ésta sea débil. Se suele justificar con otras razones (p.ej., por la necesidad de no perder clase). Se trata de un movimiento positivo y lo importante es no perder de vista la filosofía global de la autorresponsabilidad: si, realmente, hay una mejoría, aunque consideremos que ésta es frágil, es preferible experimentar la separación y decidir conjuntamente un plazo de prueba. Del mismo modo se interpretará la vuelta a él si esto fuera necesario.

En suma, los grupos con trastornos de alimentación pueden constituir una técnica coadyuvante en el tratamiento de situaciones de alta presión asistencial y en aquellos pacientes que no se benefician de una intervención terapéutica mínima. Para ello, sugerimos el uso de un enfoque no directivo de motivación al cambio.

Bibliografía

1. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. Search of how people change. *Am Psychologist* 1992;47(9):1102-14.
2. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas M, Gossop M (eds). *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Monografías de Toxicomanías. CITRAN nº 2. p. 85-136.
3. Marlatt G, Gordon. *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press; 1985.
4. Kays A. et al. The biology of human starvation. *J Clin Psychology* 1948;4:28-45.
5. Garfinkel P, Gardner D. *Anorexia nerviosa: a multidimensional perspective*. New York: Bruner/Mazel; 1982.
6. Vandereycken W, Kog E, Vanderlinden J (eds). *The family approach to eating disorders*. New York: PMA; 1989.
7. Vandereycken W, Miermann R. *Anorexia nervosa: a clinicians guide of treatment*. Netherland: Berlin de Gruyter; 1984.