

EL CONOCIMIENTO EXPERTO DE PSICOTERAPEUTAS ESPECIALIZADOS EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Núria Grañó Solé
FPCEE/SAAP Blanquerna
Nuriags@blanquerna.url.edu

The aim of this article was to gain knowledge of expert psychotherapists in the treatment of eating disorders (ED). This was investigated through a structured interview and by systematical extraction of heuristic clinical decision-making of those psychotherapists who participated. The goal of the study was to perform an analysis of the participants' knowledge in order to promote the improvement and optimization of the psychotherapeutic process and outcome.

Keywords: expert knowledge, eating disorders, psychotherapeutic process.

Introducción

Los trabajos realizados sobre el tratamiento de los TCA demuestran repetidamente que requieren de la colaboración multidisciplinar ya que el abordaje terapéutico es necesariamente biopsicosocial porque sigue dos líneas paralelas. Por un lado se centra en normalizar la conducta alimentaria con una dieta individualizada, atender a las complicaciones médicas consecuentes de la Anorexia Nerviosa (AN), ofrecer una educación nutricional y administrar los fármacos precisos. Por otro lado, el abordaje psicoterapéutico se centra en la terapia individual, la terapia familiar, la terapia de grupo y talleres psicoeducativos (Rodríguez Cantó, 1997). Siguiendo la línea de este estudio, nos centraremos en describir los objetivos del abordaje psicoterapéutico, que se enmarcan de forma general en la psicoeducación, la modificación de la conducta, la reestructuración cognitiva, el trabajo familiar y la prevención de recaídas. En el siguiente apartado describiremos más específicamente estos objetivos.

Uno de los objetivos de la intervención psicoterapéutica es la psicoeducación que proporciona a los pacientes información sobre la sintomatología, así como

sobre sus consecuencias y riesgos con la finalidad de que aprendan a identificar sus conductas y promover la conciencia del trastorno. En este sentido, no es únicamente importante promover el conocimiento del trastorno sino también la educación nutricional, especialmente en la Bulimia Nerviosa (BN) ya que generalmente estos pacientes tienen una larga historia de dietas para controlar su peso. A menudo se sitúan en la etapa precontemplativa que se caracteriza por la negación del problema (Prochaska, 1994). Este objetivo también va dirigido a corregir las creencias irracionales sobre la comida y a establecer una dieta adecuada. La psicoeducación también tiene que abordar el conocimiento sobre la presión que ejerce el discurso social actual, promovido por los medios de comunicación, la publicidad y la moda que pueden actuar como factores de mantenimiento del trastorno (Botella, Grañó, Gámiz y col., 2009).

También es un objetivo psicoterapéutico la modificación de la conducta dirigida a identificar las conductas alimentarias problemáticas (ayuno, atracones o purgas) para establecer conductas alternativas incompatibles con las primeras y ofrecer así unas pautas alimentarias más saludables. En este sentido, es importante establecer unas metas realistas que a medida que se alcancen serán refuerzos positivos para el paciente. No debemos descuidar trabajar la resistencia al cambio o la falta de motivación ya que es un componente común en estos trastornos sobre todo en la fase inicial del tratamiento (Anguinaga, Fernández y Varo, 2000). Para ello puede ser útil seguir los criterios de Rogers: empatía, actitud de escucha, no ser directivo, aceptación del otro y atender las emociones (Miller y Rollnick, 1999).

La reestructuración cognitiva es otro de los objetivos psicoterapéuticos si bien debe posponerse en los períodos graves, al igual que los otros objetivos que vienen a continuación, es decir cuando hay complicaciones clínicas o bien cuando el peso del paciente no está normalizado. Este objetivo irá dirigido primero a promocionar que los pacientes asuman la responsabilidad del tratamiento con una actitud activa (Miller y Rollnick, 1999). También irá dirigido a modificar los pensamientos distorsionados sobre la comida y los pensamientos irracionales automáticos por pensamientos alternativos más adecuados para reducir la ansiedad, malestar respecto a la comida e insatisfacción corporal (más presente en la BN) así como a mejorar su autoestima, eliminar las emociones desadaptativas y reducir sus miedos. En el caso de la AN los pensamientos irracionales pueden estar propiciados por su perfeccionismo y en el caso de la BN por su impulsividad, características que se deberán tener en cuenta para trabajarlas. En este sentido, es importante establecer unas metas razonables y adecuadas, aunque no inalcanzablemente ideales, y aprender a mantenerse en el promedio. También son habituales las distorsiones de la imagen corporal y de las sensaciones corporales (sentirse lleno), que promueven el rechazo del cuerpo y como consecuencia el aumento de conductas alimentarias insanas (Toro, 1996).

Otro objetivo psicoterapéutico es la adquisición de estrategias de afrontamien-

to y habilidades sociales para modificar sus rituales y obsesiones con la comida, para recuperar las relaciones sociales, para afrontar los problemas cotidianos, para mejorar la expresión de sentimientos y la comunicación familiar y como consecuencia para aumentar su autoestima (Lechuga y Gámiz, 2005)

El trabajo familiar es también uno de los objetivos indispensables en el tratamiento de estos trastornos. Su finalidad reside en la modificación de la estructura familiar definiendo los límites entre los miembros de la familia para propiciar la individuación del paciente.

Y finalmente, otro objetivo psicoterapéutico que no podemos olvidar es la prevención de recaídas ya que en estos trastornos existe cierto riesgo (Cervera, 1996). Este objetivo comporta identificar factores de riesgo, establecer estrategias para afrontar estas situaciones y analizar las recaídas para prevenirlas en el futuro.

Existen varios trabajos que intentan manualizar el tratamiento de los TCAs (Garner, Vitousek y Pike, 1997 y Kleifield; Wagner y Halmi, 1996; Fairbun, 1981; Fairbun, Marcus y Wilson, 1993), pero cuando se tienen que tomar decisiones en momentos de incertidumbre los manuales resultan insuficientes, y es necesario recurrir al razonamiento de los expertos; por este motivo es interesante saber cómo razonan los expertos. Según la mayoría de estudios sobre psicología cognitiva del *conocimiento experto* este se compone de:

- (a) *Conocimiento explícito*: el saber que se puede hacer accesible a la conciencia sin demasiadas dificultades. Por ejemplo, si se le pregunta a un terapeuta que es la depresión su respuesta revelará su conocimiento experto sobre el tema en cuestión.
- (b) *Conocimiento tácito*: normas, procedimientos y estrategias que se utilizan sin ser del todo concientes. Por ejemplo, un terapeuta puede alterar su lenguaje no verbal en un momento de la terapia sin ser conciente de que el paciente empezaría a llorar.

La psicología cognitiva del conocimiento experto se ha centrado en estudiar el proceso de razonamiento de expertos en diversos ámbitos de conocimiento, partiendo de la idea que el experto piensa diferente que el novel y estudiando el razonamiento por ejemplo de ajedrecistas, físicos, camareros, psicoterapeutas y expertos en diagnóstico médico (Mahoney y Craine, 1991; Horgan, Millis, Neimeyer, 1989; Ericsson, Patel y Kintsch, 2000; Castejón, Prieto, Pérez y Gilar, 2004). Algunas de las características de los expertos en un dominio determinado más estudiadas son:

- Destacan en un dominio, área de conocimiento o actividad (Hoffman, 1998).
- Su nivel de ejecución tiene un nivel avanzado (Ericsson y Smith, 1991; Ericsson y Charness, 1994) ya que tienen un gran conocimiento sobre un tema que han aprendido con la experiencia (sabiduría cotidiana), lo cual no es sinónimo de inteligencia.

- Para el desarrollo de su experticia ha sido clave la acumulación de conocimientos y habilidades basadas en la experiencia y la práctica, no la maduración o el tiempo (Hoffman, 1998); así que se debe hablar de distintos niveles entre un novel y un experto (Schacht, 1991; Hoffman, 1998). En este sentido, un terapeuta por ejemplo puede ser experto en el tratamiento de los TCA, pero novel en el tratamiento de la ansiedad.
- Estructuran sus conocimientos a partir de esquemas organizados jerárquicamente e interrelacionados (Hoffman, 1998; Stenberg,1999).
- Organizan mentalmente la aproximación a un problema asociándolo a patrones recurrentes que les son familiares y significativos, es decir, representan los problemas de forma abstracta lo cual les resulta más predictivo (Anderson, 1985; Schacht, 1991; Hoffman, 1998; Stenberg,1999). Por ejemplo, un terapeuta experto puede percibir un patrón de una dinámica familiar observando una familia y un novel necesita ver varias dinámicas de la misma familia para llegar a percibir el patrón general.
- Recurren a análisis cualitativos de los problemas a partir de las asociaciones con dichos patrones; en este sentido profundizan más que los noveles que recurren a la lógica y a la normativa (Schacht, 1991) y realizan representaciones de los problemas más sofisticadas (Hoffman, 1998).
- Debido a que estas asociaciones llegan a ser automáticas su manera de procesar la información en lo que dominan es más fluida y son más rápidos en saber lo que es esencial, así que en terapia tienen más facilidad para contestar al paciente a tiempo real (Schacht, 1991; Hoffman, 1998; Stenberg,1999).
- Para identificar estímulos utilizan términos a un nivel subordinado que posee más atributos distintivos (Chi, Feltovich y Glaser, 1981).
- Dedican más tiempo a representar el problema que a aplicar una estrategia para la solución (Anderson, 1985; Hoffman, 1998).
- El hecho de representar el problema de forma abstracta y profundizar más en él hace que delimiten más la solución y, en este sentido, sea más precisa (Anderson, 1985; Hoffman, 1998).
- Utilizan el razonamiento abductivo en muchas situaciones, es decir, a partir del resultado son capaces de extraer los pasos que condujeron a ese resultado. En este sentido, los expertos utilizan un proceso cognitivo diferente al de los noveles (Hoffman, 1998; Stenberg,1999).
- Poseen gran conocimiento procedimental sobre estrategias de solución de problemas (Hoffman, 1998).
- Tienen más facilidad para aprender más rápidamente sobre el tema que dominan ya que a más experticia más capacidad integradora de nuevos conocimientos de forma jerárquica (Schacht, 1991).

- Automatizan las secuencias que caracterizan sus procedimientos y por este motivo son más rápidos y eficientes (Stemberg,1999).
- Más capacidad de autorregulación, es decir, revisan continuamente sus procesos y se dan cuenta más fácilmente de sus errores (Schacht, 1991; Hoffman, 1998; Stemberg,1999).

Método

De acuerdo con los objetivos de este estudio, la muestra se compuso de 18 psicoterapeutas acreditados con una experiencia demostrable de mínimo tres años en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Para incluir las diferencias entre las distintas modalidades de tratamiento, los psicoterapeutas entrevistados trabajaban o habían trabajado en régimen ambulatorio, en régimen de centro de día y en régimen hospitalario.

En este estudio utilizamos una entrevista estructurada de seis preguntas específicamente diseñada para nuestros objetivos que fue administrada de forma individual a los participantes. En general la entrevista preguntaba a los participantes qué creían que preocupaba a los pacientes con TCA, cómo adaptaban sus terapias respondiendo a estas diferencias y como les afectaba como psicoterapeutas trabajar con pacientes con TCA. Más concretamente, la primera pregunta pedía a los participantes que identificasen los temas que aparecían con mayor frecuencia durante la terapia con este tipo de pacientes; la segunda hacía referencia a qué aspectos técnicos o de la terapia tenían que ser adaptados en la terapia; la tercera a qué diferencias hay en el proceso de cambio en los pacientes con TCA; la cuarta pedía qué consejo ofrecerían a un terapeuta principiante; la quinta si creían que el vínculo emocional terapeuta-paciente tiene la misma importancia cuando el paciente tiene un TCA; y la sexta y última pregunta cómo le afectaba trabajar con pacientes con TCAs.

A partir de la información extraída de las entrevistas, identificamos el conocimiento declarativo y el procedimental de los psicoterapeutas, es decir el conocimiento experto. Este conocimiento lo podemos clasificar en: el conocimiento explícito, es decir lo que creen que saben; el conocimiento que utilizan pero que no tienen integrado; y el tácito el que no saben que tienen.

Resultados

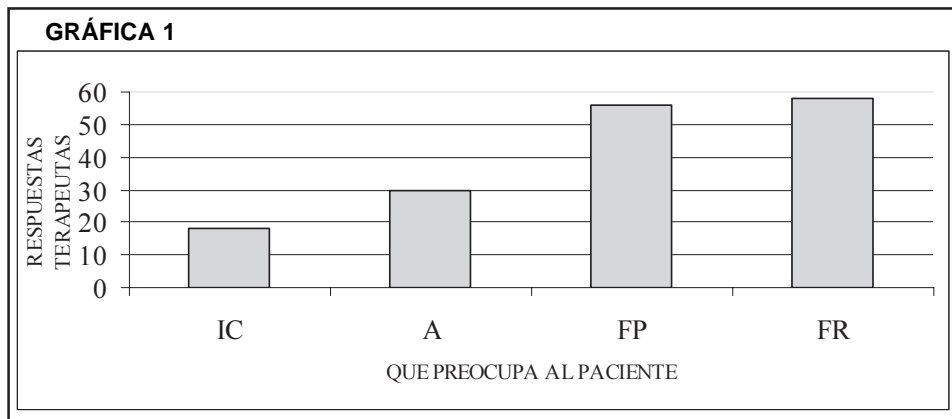
A partir de las respuestas de los terapeutas, organizamos la información para poder describir el conocimiento experto de los psicoterapeutas y poder llegar a unas conclusiones. Las respuestas de los terapeutas expertos fueron analizadas cualitativamente y se clasificaron en las siguientes categorías:

- Imagen Corporal (IC): Percepción y pensamiento de la autoimagen corporal.
- Alimentación (A): Hábitos alimentarios y conductas compensatorias.

- Funcionamiento Psicológico (FP): Autoestima y pensamientos irracionales o distorsionados.
- Funcionamiento Relacional (FR): Relaciones interpersonales familiares y sociales, habilidades sociales y asertividad.
- Formación (F)
- Trabajo en Equipo (TE)
- Apego Inseguro (AI): Cuando no se tiene una figura de referencia como una base segura, desde la cual explorar los entornos desconocidos, y hacia la cual retornar como refugio en momentos de alarma.
- Individuación (IN): Dificultades en la autonomía y límites relacionales.
- Manipulación (M): El paciente manipula al terapeuta mediante la mentira o conductas seductoras y/o complacientes.
- Baja Motivación (BM)
- Esfuerzo (E): El terapeuta tiene que esforzarse más para no entrar en las conductas manipuladoras del paciente y para motivar al paciente para continuar el proceso psicoterapéutico.
- Contaminación (C): Sobre implicación del terapeuta que le dificulta un punto de vista objetivo del caso clínico.
- Implicación (I): El terapeuta puede implicarse mucho en los distintos ámbitos de la vida del paciente.

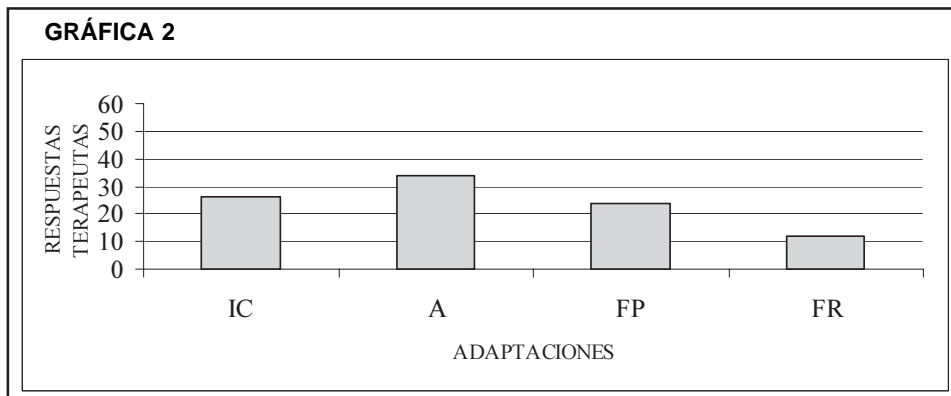
A continuación están representados los resultados gráficamente en porcentajes, de cada una de las preguntas de la entrevista.

Los resultados de la primera pregunta sugieren que los terapeutas piensan que lo que más preocupa al paciente es su funcionamiento relacional y psicológico, seguido de sus hábitos alimentarios, su imagen corporal y finalmente los problemas relacionados con el *self* o identidad.

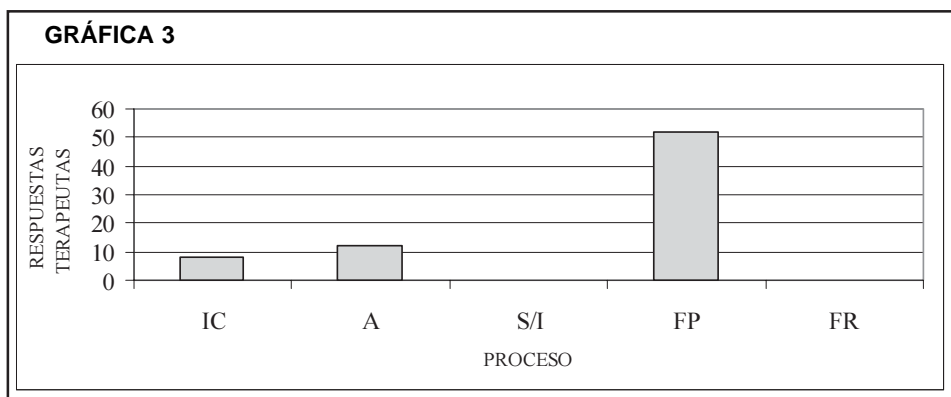


Los resultados de la segunda pregunta sugieren que las adaptaciones teóricas o técnicas que realizan los terapeutas en las terapias están relacionadas en primer

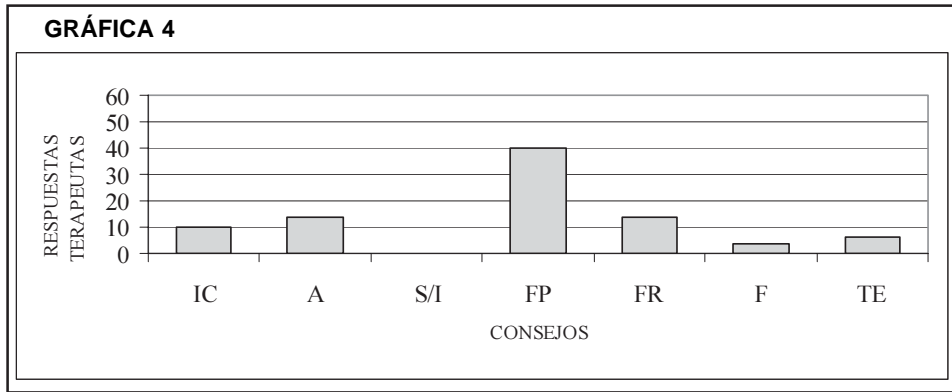
lugar con los hábitos alimentarios y la imagen corporal, seguidos del funcionamiento psicológico y finalmente el funcionamiento relacional.



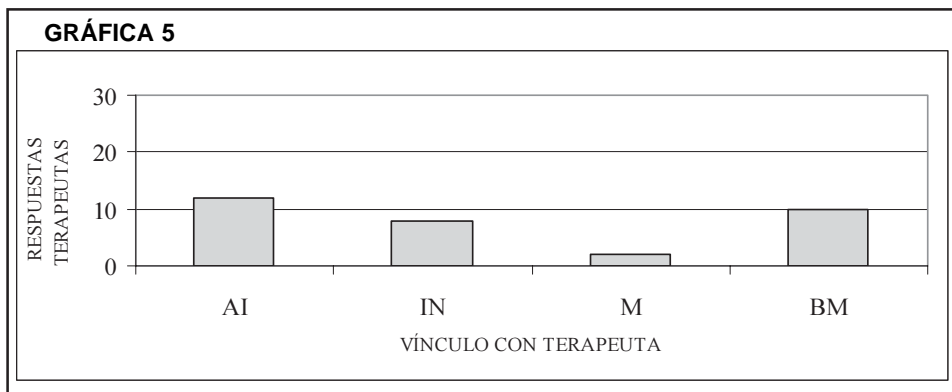
Los resultados de la tercera pregunta sugieren que los terapeutas piensan que las diferencias en el proceso de cambio se deben principalmente en el funcionamiento psicológico, seguido de los hábitos alimentarios y la imagen corporal.



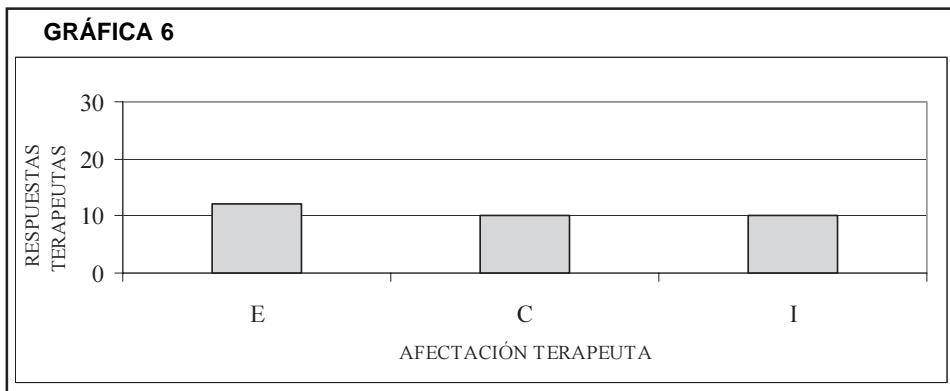
Los resultados de la cuarta pregunta sugieren que los terapeutas expertos aconsejarían a un terapeuta novel en primer lugar sobre el funcionamiento psicológico de los pacientes, seguido del funcionamiento relacional y de los hábitos alimentarios, después sobre imagen corporal y finalmente sobre la importancia del trabajo en equipo y la formación.



Los resultados de la quinta pregunta sugieren que respecto al vínculo terapeuta-paciente los terapeutas piensan que lo que más lo caracteriza es el apego inseguro de los pacientes, seguido de la poca motivación de estos, después su tendencia a las relaciones de dependencia y finalmente la manipulación que ejercen sobre los terapeutas.



Los resultados de la última pregunta sugieren que los terapeutas destacan el esfuerzo que tienen que realizar, seguido de la contaminación terapéutica y de su implicación.



Discusión

Según estos resultados podemos concluir que los terapeutas entrevistados expertos en TCA explicitan que en la terapia con este tipo de pacientes es importante centrarse en el funcionamiento relacional y psicológico, también hacen referencia aunque con menos énfasis a la alimentación y la imagen corporal. En este sentido el conocimiento explícito de los terapeutas coincide con los objetivos terapéuticos de la psicología cognitiva. Esta propone que la primera fase del tratamiento debe estar centrada en la psicoeducación y la modificación de conducta con el objetivo de restablecer el peso, cambiar los hábitos alimentarios y empezar a aceptar la imagen corporal; y una vez conseguidos estos objetivos se pase a la segunda fase del tratamiento dirigida a la reestructuración cognitiva, es decir a la modificación de los pensamientos distorsionados sobre el autoconcepto, la autoimagen y la alimentación. La primera fase, más centrada en los síntomas propios del TCA, requiere unas sesiones de carácter más psicoeducativo que psicoterapéutico y la segunda fase, más centrada en el funcionamiento psicológico y relacional, entra en el proceso psicoterapéutico en sí mismo. Teniendo en cuenta lo antedicho, puede que los terapeutas expertos hayan destacado los objetivos de estas dos fases del tratamiento propuestas por la psicología cognitiva y que hayan puesto énfasis en la segunda siendo de carácter más psicoterapéutico.

Esta idea también puede explicar que los terapeutas entrevistados hayan centrado su atención en el funcionamiento psicológico del paciente como indicador de proceso de cambio del paciente con TCA. En esta misma línea, los terapeutas expertos aconsejarían a los novatos en referencia al funcionamiento psicológico de los pacientes con TCA, lo que sugiere que los primeros dan mucha importancia a la reestructuración cognitiva en el trabajo con pacientes con TCA. Este resultado puede explicarse también por la misma idea anterior, es decir, que los terapeutas expertos trabajen desde la orientación cognitiva y por este motivo hayan destacado la reestructuración cognitiva, siendo esta uno de los objetivos terapéuticos de esta orientación.

Aún así, cuando a los terapeutas expertos se les pregunta por las adaptaciones que hacen en sus terapias con pacientes con TCA, es decir, cuando se explora su conocimiento tácito, se centran más en la alimentación y la imagen corporal, disminuyendo significativamente en lo que se refiere al funcionamiento relacional y psicológico. Esto se puede explicar porque probablemente los terapeutas consideren que lo que diferencia la terapia con TCA respecto a otros procesos psicoterapéuticos es la parte del proceso que se centra en el síntoma y en menor medida en la parte del proceso que se centra en la reestructuración cognitiva. En este sentido se vuelve a notar la influencia de la psicología cognitiva en las respuestas de los terapeutas entrevistados.

Esto nos hace pensar que puede que los terapeutas, en el sentido explícito no dan especial importancia en la psicoeducación y la modificación de conducta aunque si que adaptan sus terapias a estos objetivos terapéuticos, es decir forma parte de su conocimiento tácito. La psicoeducación participa en la recuperación de unos hábitos alimentarios saludables, en el reestablecimiento del peso así como en el aumento de la conciencia de enfermedad, de los factores predisponentes y de los precipitantes del TCA y como consecuencia a disminuir los factores que mantienen el trastorno. En este sentido, la psicoeducación es muy importante a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico y especialmente en la primera fase del tratamiento.

En lo que se refiere al vínculo entre paciente y terapeuta, los expertos destacan el apego inseguro de los pacientes con TCA esto coincide con la mayoría de estudios sobre este tema, que indican que, independientemente del instrumento de evaluación empleado, los procesos de apego aparecen como anormales en la población con TCA. Referente a este vínculo (paciente-terapeuta), los entrevistados coinciden con la baja motivación de estos pacientes probablemente por la baja conciencia de enfermedad y la elevada resistencia al tratamiento. Esto explicaría que los terapeutas hayan indicado el carácter manipulativo de estos pacientes, como consecuencia de lo antedicho. La baja conciencia de enfermedad y la elevada resistencia al tratamiento y el consecuente elevado riesgo de recaída también explicarían el esfuerzo que se realiza con este tipo de pacientes, destacado por los terapeutas expertos. Los entrevistados también coinciden en que es propio de este vínculo (paciente-terapeuta), la falta de autonomía de estos pacientes así como las dificultades para establecer límites interpersonales. Estas respuestas coinciden con la literatura sobre este tema que señala como uno de los factores predisponentes de los TCA, las familias con una falta de límites claros (aglutinadas/desligadas) que no promueven un adecuado proceso de individuación de sus miembros.

En lo que se refiere a la contaminación e implicación del terapeuta que trabaja con pacientes con TCA, que señalan los expertos entrevistados, probablemente se explica porque la mayoría de ellos trabajan o han trabajado en régimen hospitalario o centro de día. En este sentido, entendemos también que los terapeutas que trabajan

de forma no ambulatoria se sientan más involucrados en el tratamiento de estos pacientes y al mismo tiempo que sientan que requieren más esfuerzo para trabajar con ellos ya que la gravedad de los pacientes tratados en un hospital o en un centro de día es mayor que los tratados ambulatoriamente.

En resumen, el conocimiento explícito de los terapeutas expertos en el tratamiento de los TCAs pone de manifiesto la importancia de que en el proceso psicoterapéutico de dichos pacientes, los terapeutas se centren por un lado en trabajar el funcionamiento psicológico del paciente, es decir, la autoestima y pensamientos irracionales o distorsionados y por otro, en trabajar el funcionamiento relacional, es decir, las relaciones interpersonales familiares y sociales, las habilidades sociales y la asertividad. Así como, el conocimiento tácito de los terapeutas expertos remarca la importancia de trabajar la sintomatología alimentaria y la imagen corporal. Sus respuestas coinciden en que el establecimiento de la alianza terapéutica con estos pacientes es especialmente difícil por su tendencia al apego inseguro, por su baja conciencia de enfermedad, por su poca motivación y su alta resistencia al tratamiento, y en consecuencia la mayoría de ellos sienten que requieren más esfuerzo para realizar el tratamiento.

Este artículo pretende recopilar el conocimiento de psicoterapeutas expertos en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Con este objetivo se administra una entrevista estructurada a 18 terapeutas expertos en TCA. A partir de las respuestas se realiza un análisis de dicho conocimiento mediante una extracción sistemática de los heurísticos de toma de decisiones clínicas de dichos psicoterapeutas con la finalidad de fomentar la mejora y optimización del proceso y resultado psicoterapéutico.

Palabras clave: conocimiento experto, trastornos de la conducta alimentaria, proceso psicoterapéutico.

Referencias Bibliográficas

- ANDERSON, J.R. (1985). *Cognitive Psychology and its implications*. New York: WH Freeman.
- AGUINAGA, M.; FERNÁNDEZ L. J. y VARO J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol 32, 2:116-132
- BOTELLA, L.; GRAÑO, N.; GÁMIZ, M. y ABEY, M. (2008) La presencia ignorada del cuerpo: Corporalidad y (re) construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol XVII: 245-264.
- CASTEJÓN, J.L.; PRIETO, M.D.; PÉREZ A.M. y GILAR, R. (2004). El rol del conocimiento y las habilidades intelectuales generales en la adquisición del aprendizaje complejo. *Psicothema*, vol 16, 4.
- CERVERA, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y de la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- CHI, M; FELLOVICH, P. & GLASER, E. (1981) Categorization and representation of physics problems by experts and novices. *Cognitive Science*, vol 5:121-152.

- ERICSSON, K.A. & CHARNESS N. (1994). Expert performance: Its structure and acquisition. *American Psychologist*, vol 49: 725-742.
- ERICSSON, K.A.; PATEL, V.L. & KINTSCH, W. (2000). How experts' adaptations to representative task demands account for the expertise effect in memory recall. *Psychological Review*, vol 107: 125-133.
- ERICSSON, K.A. & SMITH, J. (1991). *Toward a general theory of expertise: prospects and limits*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- FAIRBURN, C.G. (1981) A cognitive behavioural approach to the Management of bulimia. *Psychological Medicine*, vol 11: 707-711.
- FAIRBURN, C.G., MARCUS, M.D. y WILSON, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- GARNER, D.M., VITOUSEK, K.M. y PIKE, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp.94-144). Nueva York: Guilford Press.
- HOFFMAN, R.R. (1998) A models of verbal/conceptual analogy. *Journal of experimental and Theoretical Artificial Intelligence*, vol 10: 259-286.
- HORGAN D., MILLIS, K. & NEIMEYER, R.A. (1989). Cognitive Reorganization and the development of chess expertise. *International Journal of Personal construct Psychology*, vol 2: 15-36.
- KLEIFIELD, E.I., WAGNER, S. y HALMI, K.A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol 19: 715-734.
- LECHUGA, L. y GAMIZ, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, vol 2: 142-157.
- MAHONEY, M.J. & CRAINE, M.H. (1991). The Changing Beliefs of Psychotherapy Experts. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol 1, 3: 207-221.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- PROCHASKA, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, vol 13: 47-51.
- RODRÍGUEZ CANTÓ, F. (1997). *Psicoterapia de grupo en trastorno de alimentación*. Madrid: jornadas de AETCA.
- SCHACHT T.E. (1991). Can Psychotherapy Education Advance Psychotherapy Integration? A view from the Cognitive Psychology of Expertise. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol 1, 4: 305-319.
- STEMBERG, K.J. (1999). Intelligence as developing expertise. *Contemporary Educational Psychology*, vol 24: 359-375.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.