

**LA MENTIRA Y OCULTACIÓN DE SÍNTOMAS EN LOS TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**DECEPTING AND HIDING SYMPTOMS AS OBSTACLES TO EATING
DISORDERS**

**Victoria Gaitero Ramírez de Verger^{1,2}, Ana García-Dantas¹, Paloma
Sánchez Salamero¹**

¹Licenciada en Psicología

²Diplomada en Enfermería

Correspondencia: Victoria Gaitero Ramírez de Verger,

vicky_gaitero@hotmail.com

RESUMEN

La conducta de mentir en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria dificulta el proceso de evaluación psicológica, promueve falta de adherencia terapéutica y por consiguiente, favorece un pronóstico negativo. Dentro de los motivos que subyacen a la mentira destacan la falta de motivación para el cambio, la estigmatización social de la enfermedad o el escaso reconocimiento del problema de los/las pacientes. El presente trabajo aporta información sobre estrategias para detectar la mentira, los factores que precipitan la ocultación de síntomas, así como el papel del profesional para obtener mejores resultados terapéuticos.

Palabras clave: mentira, trastorno de la conducta alimentaria, evaluación, ocultación de síntomas

ABSTRACT

The lying or cheating behaviours in eating disorders patients difficult the psychological assessment process, promotes lack of therapeutic adherence and consequently, favours a negative prognosis. Among the motives behind the lie, we highlight the lack of motivation towards change, social stigmatization of the disorder and the lack of problem recognition. Furthermore, the present work provides information on the strategies to detect deception, the predisposing factors for hiding symptoms and finally, the role of the professional to obtain better therapeutic results.

Key words: lie, eating disorders, assessment, symptoms, deception

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) resulta de gran interés para todos los profesionales de la salud. Constantemente acuden a las consultas de psicología y a las unidades de hospitalización casos de pacientes con trastornos alimentarios que precisan de un abordaje multidisciplinar (1).

En un estudio de prevalencia de TCA realizado en la provincia de Málaga se recoge una incidencia del 3.4% de casos en población adolescente, siendo cuatro veces mayor el riesgo de padecer TCA en mujeres que en hombres (2). Otros datos recogidos en el estudio de Pérez-Gaspar muestran una prevalencia global de TCA en la comunidad de Navarra del 4.1 %, siendo del 3.1% para TCA No Especificado, del 0.8% para Bulimia Nerviosa y del 0.3% para Anorexia Nerviosa (3).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la presencia de graves anomalías en la ingesta alimentaria motivadas por el deseo de controlar el peso. Son conductas habituales para evitar ganar peso la selección restrictiva alimentaria, el uso de diuréticos y laxantes, los vómitos, el ayuno, y el ejercicio físico excesivo o la hiperactividad por desgaste (4). A pesar de los diferentes diagnósticos que podemos encontrar dentro del grupo de los trastornos alimentarios todos comparten una sintomatología común centrada en las preocupaciones relacionadas con el peso y las formas corporales.

Para favorecer una rápida identificación del problema por parte de los familiares, Treasure, Smith y Crane (5) muestran algunas claves para distinguir

entre un comportamiento de dieta o “régimen normal” y los síntomas propios de un TCA. De este modo, se puede observar cómo la mayoría de las claves para reconocer un desorden alimentario incluyen la palabra negación, encubrimiento y evitación. Así por ejemplo, una de las características que permiten diferenciar entre una paciente con TCA y una persona que realiza dieta es la negación del hecho de estar haciendo dieta; consecuentemente, mientras las personas que están a dieta continuamente hablan sobre ella, sobre sus sacrificios, etc. las personas con TCA suelen negarlo. Al igual que niegan estar haciendo dieta, afirman que no reconocen públicamente las sensaciones de hambre ante los demás justificando que no necesitan comer tanta cantidad como el resto de personas.

Por tanto, el objetivo del presente estudio es analizar la literatura existente acerca de las mentiras u ocultación de síntomas dentro de este trastorno, conocer los factores que influyen y mostrar claves que faciliten la evaluación fiable por parte de profesional en cuestión. Este artículo pretende ser el punto de partida para el diseño de nuevas investigaciones que permitan conocer con más detalle este aspecto tan característico de los TCA, de este modo se concluirá sugiriendo nuevas líneas de estudio.

CATEGORIZACIÓN DE MENTIRAS EN LOS TCA

En la sociedad actual, la identidad de las mujeres se construye sobre un patrón que le da gran importancia a la delgadez como representación de la juventud, la belleza y el éxito. Las personas con trastornos alimentarios han interiorizado profundamente un patrón de belleza que imitar, y someten su propia existencia al logro del modelo (6). Para conseguir identidad y seguridad

en la apariencia física y psíquica “perfecta” se desarrollan mecanismos de engaño consciente, que requieren de un esfuerzo personal de construcción que desgasta e incomoda a la persona (7).

Los mecanismos defensivos de negación y minimización del problema no sólo se relacionan con la dieta y la comida, también con las secuelas físicas que esta enfermedad suele llevar consigo. Uno de los ejemplos más comunes se aprecia cuando las personas con anorexia tienden a llevar ropa holgada y grande con el objetivo posiblemente de cubrir la extrema delgadez (5).

Martínez (8) revela en su libro *La Psicología de la Mentira*, siete actitudes básicas de las personas que tienen algo que ocultar. El conocimiento de las formas de mentir permitirá al evaluador detectar sesgos en la recogida de información y evaluación del paciente. Dada la laguna existente en cuanto a este tema en la literatura internacional, se ha optado por complementar la clasificación original de mentiras con ejemplos reales que se han presenciado en la práctica asistencial como profesionales de la salud.

Negación: la persona que miente reacciona negando los hechos y diciendo siempre que no, puesto que ya está preparada para que en una entrevista se le vaya a acusar o atacar por lo sucedido.

Ejemplo: La psicóloga le pregunta si está realizando algún tipo de dieta a lo que responde que no. Pregunta también por la realización de algún ejercicio físico, recibiendo una negativa como respuesta.

Minimización: consiste en devaluar la gravedad de lo sucedido.

Ejemplo: El enfermero encuentra entre la sábana comida de la bandeja. Al confrontar el psicólogo con lo sucedido, minimiza el hecho contestando que es la primera vez que oculta la comida y que solo ha sido un poco.

Otra forma de minimizar se encuentra en expresiones como: “lo he hecho otras veces y nadie dijo nada, ni me pasó nada”.

Racionalización: se observa cuando la persona que miente se disculpa y justifica lo ocurrido. Expresiones características de la racionalización son: “todo el mundo lo hace”, “quien esté libre de pecado que tire la primera piedra”, “nadie es perfecto”.

Ejemplo: “Si no cojo peso, no es por mi culpa. No cojo peso porque mi cuerpo no tolera los alimentos como el resto de la gente”.

Distanciamiento: se valoran los hechos cometidos desde la distancia, explicando lo sucedido sin implicaciones personales. Se observa el uso de la tercera persona durante la argumentación. Expresiones típicas del distanciamiento son: “eso puede pasarle a cualquiera”, “son cosas que ocurren” “ocurrió hace tiempo”, etc.

Ejemplo: “Hace mucho tiempo si vomitaba, pero yo creo que era porque tenía siempre el estómago revuelto. Le puede pasar a cualquiera, y no por eso tienes anorexia...”.

Autoengaño: Se produce una repetición a sí mismos de la versión falsa y se defiende con más y más argumentos que finalmente acaba por creerlo uno mismo. Tiene la función de autoprotección y de crear y mantener una imagen determinada.

Controlar la situación: La persona que miente, intenta controlar aquellas conductas que reflejen nerviosismo. Un exceso de control puede ocasionar que la persona se sobrecargue, produciendo errores en el discurso natural e incluso en el contenido.

Ejemplo: La paciente recibe nutrición enteral por sonda nasogástrica. La alimentación finaliza antes de la hora estimada y el personal sanitario sospecha que ha tirado parte del contenido del frasco. La paciente alega un fallo en el mecanismo de perfusión por bomba pero la psicóloga nota titubeos en la explicación, frases inacabadas e incongruentes, actitud agresiva elevando el tono, mirada huidiza, ritmo del discurso lento.

Ataque personal al interrogador: Detrás del enfrentamiento se esconden sentimientos de culpa por el hecho producido y por la propia conducta de mentir.

Ejemplo: “¡El problema es que me echan la culpa de todo lo que pasa en el hospital!, ¡y no es justo! ¡Tú eres igual que todos!”.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MENTIRA EN LOS TCA

Como se ha explicado anteriormente, existen escasas investigaciones dedicadas a evaluar el objeto de esta revisión, no obstante es conveniente analizar los motivos que pueden influir en la ocultación de síntomas por parte

de los pacientes. La literatura revela diversos factores que pueden estar relacionados con las mentiras en los pacientes con anorexia ya sea dentro de consulta o en su entorno natural.

En primer lugar, cabe destacar el alto poder reforzador que los TCA tienen asociados (9). Estudios científicos han evaluado los reforzadores y mantenedores de la anorexia. En especial una investigación realizada por Treasure et al. (5) muestra cómo las personas con TCA a veces son capaces de entender y reflexionar sobre la posibilidad de percibir algunos beneficios indirectamente de la enfermedad. En Maudsley Hospital, Londres (UK), cuando se le pide a las pacientes que escriban cartas a la “Anorexia, su amiga”, reconocen que ésta les hace sentir seguras, especiales y que les ayuda a encubrir los verdaderos sentimientos y problemas haciendo que la gente le preste apoyo por el comportamiento alimentario. Además, también se ha estudiado que los comportamientos desadaptativos suelen conllevar un descenso de la ansiedad y un aumento de la sensación de control sobre ellas mismas (9).

Viendo solo algunos de los beneficios asociados de esta enfermedad psicológica se puede entender más fácilmente el estado habitual de ambivalencia en el que se suelen encontrar estas personas (10). Un ejemplo sería observar a un paciente que transmite como por un lado, que quiere cambiar porque no es feliz así, porque está mal de salud, etc., pero por otro lado, no es capaz de desprenderse de ese potente armazón de seguridad.

Esta ambivalencia característica del periodo de precontemplación y contemplación identificadas en el modelo de Prochaska y Diclemente (11) podría explicar el uso de la mentira (10). De esta forma, se acude al psicólogo

porque se quiere cambiar, pero no se le dice toda la verdad porque hay algo que interesa mantener. Con respecto a esto, se podría esperar que las personas con menor motivación para el cambio sean aquellas que tienden a pronunciar mayor número de mentiras. Siguiendo este argumento, se podría hipotetizar que las personas que vienen forzadas a consulta sean las que mayor índice de ocultación de síntomas presenten debido a la posible negación de la existencia del problema, al interés por demostrar que no necesitan acudir a terapia, etc. Esto es extremadamente importante ya que la literatura ha mostrado que las resistencias al cambio están estrechamente relacionadas con la cronificación del trastorno (5,12,13). Por tanto, un análisis de las mentiras es esencial para evaluar pronóstico y aumentar la eficacia de la intervención.

Otro posible motivo que puede ir ligado a la mentira es la estigmatización que comúnmente viene asociada a los TCA. La investigación de Stewart, Keel, y Schiavo (14) revela que la sociedad culpabiliza a las personas que padecen este trastorno otorgando un alto grado de responsabilidad a las pacientes que lo padecen por encima de enfermedades como el asma o la esquizofrenia. Además, las familias, parte clave en el proceso de evaluación y terapéutico, a menudo se sienten culpables del problema y se creen responsables del sufrimiento de los hijos. Janet et al. (5) en su libro resalta alguno de los mitos más comunes relacionados con los TCA y afirma que muchas personas creen que las pacientes con TCA han llegado a este punto porque lo han elegido o incluso lo hacen para castigar a las familias. El conocimiento por parte de la sociedad de la existencia de las web pro anorexia favorecen el pensamiento de que los TCA es una decisión personal como

cualquier otra y los que lo padecen han desarrollado este trastorno porque así lo han querido o desean mantener un determinado estilo de vida. Todos estos mitos y prejuicios en relación a los TCA han promovido incluso que la salud pública de algunos países invierta menos o directamente no proporcione el tratamiento necesario a este tipo de pacientes (14). Por tanto, entendiendo la estigmatización tan particular que la anorexia y la bulimia presentan es comprensible la existencia de mentiras y la ocultación de síntomas que en muchas ocasiones van parejas a este trastorno.

Un dato que puede estar relacionado con la estigmatización como motivo para ocultar los síntomas trata sobre la mayor incidencia de mentiras en los varones que en las mujeres con TCA (15). De este modo, parece que el prejuicio es mayor en los varones debido a los cánones de belleza de género que marca la sociedad actual siendo aún más difícil reconocer la existencia del problema en ellos que en ellas.

Si además de la estigmatización, se consideran las características psicológicas personales de estos pacientes se puede entender aún mejor el por qué de los engaños. Estudios han subrayado consistentemente el alto grado de perfeccionismo que estas pacientes muestran (16). De esta forma, debe ser difícil el reconocimiento de la existencia de un problema o la realización de conductas poco saludables para una persona con unos niveles de exigencias elevados en su vida cuyo principal interés es no defraudar a nadie (5). Estas personas también se han relacionado con altos índices de obsesividad, compulsividad y elevada fijación por los detalles (17). Por tanto, si una chica de 15 años con este problema, perfeccionista, insegura, se pasa horas pensando

en cómo desarrollar sus rituales y no quiere decepcionar a los padres, con mucha probabilidad tenderá a ocultar sus síntomas ante su familia.

¿Qué ocurriría durante la evaluación de esta paciente en la consulta? Es muy probable que también tendiera a mentir y las mentiras fueran proporcionales a las dudas con respecto al trato confidencial que el psicólogo va a tener sobre sus confesiones como ocurre en la mayoría de problemas psicológicos (18). De este modo, si un paciente cree que sus temores y sus actos pueden ser rebelados a sus familiares, es probable que no los reconozca interfiriendo este hecho notablemente en la evaluación y pronóstico de la enfermedad (18).

Una vez analizados los factores psicológicos y sociales que pueden estar influyendo en la ocultación de síntomas ante los demás, no se debe olvidar un aspecto psicofisiológico que adicionalmente podría contribuir a las mentiras y la ocultación de síntomas: el sesgo cognitivo (19). Estudios han mostrado alta fijación por los detalles y una baja conciencia de las señales interoceptivas que les manda su cuerpo. Hasta ahora no se sabe si esa dificultad cognitiva es consecuencia del estado de desnutrición o más bien, sería un factor causal de este tipo de trastornos. No obstante, las investigaciones revelan una pérdida de discriminación en relación a los propios sentimientos y una disminución de las sensaciones de apetito y saciedad (19).

Es incierto aún el peso que los diferentes motivos (psicológicos, sociales y neuropsicológicos) tienen en la emisión de las mentiras, sin embargo se cree conveniente el análisis de todos ellos con el objetivo de facilitar una mayor

comprensión de esta característica tan peculiar de los TCA que posibilite procedimientos de evaluación y tratamientos con mayor eficacia.

PAPEL DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA

Existe abundante literatura sobre técnicas en el tratamiento de los TCA, por ejemplo Fernández (20) y Saldaña (21) han recopilado tratamientos eficaces para los TCA. Sin embargo, parece que hay una gran laguna en la investigación en relación a la frecuencia y abordaje de la mentira, la ocultación o la negación de síntomas en la evaluación del trastorno. Como ya se ha explicado previamente, este síntoma dificulta la elaboración del oportuno diagnóstico y consecuentemente el tratamiento, por tanto, es una cuestión a considerar desde la primera entrevista y es fundamental diseñar estrategias terapéuticas que permitan un abordaje eficaz.

Se sabe que existe un gran porcentaje de casos de TCA que no demanda atención psicológica en primera persona (22). Esta ausencia suele estar sustentada por los miedos y creencias irracionales que a veces pueden presentar sobre la terapia, por ejemplo: “me van a obligar a comer” o “se lo van a decir a mis padres” (18). Es por ello importante, que durante la primera entrevista, se establezca una relación terapéutica útil donde no se corroboren dichas creencias negativas del paciente. Gómez, Escribano y Labrador (23) sugieren como estrategia para facilitar la primera toma de contacto establecer un contrato conductual, aclarando aquellos aspectos relacionados con los límites de confidencialidad con el fin de crear una atmósfera de confianza en las futuras sesiones. De este modo, el paciente sabría que sus confesiones no serán

transmitidas a los familiares excepto en los casos que el terapeuta acordara con él (18).

En general, el terapeuta debe saber motivar, apoyar y comprender a los pacientes, así como evitar preguntas directas que intimiden a la persona que miente con lo que ha hecho, puesto que provocaría una postura de defensa, miedo, culpa y estrés (8). La confrontación debería ayudar a que el paciente vea la falta de veracidad en lo expuesto, pidiendo detalles precisos y aclarando que no se pretende juzgar su actitud, únicamente conocer la realidad para ayudarlo (23). Si las mentiras continúan presentes a lo largo de las sesiones, Gómez et al sugieren que se le explique teóricamente la imposibilidad de esa realidad con el objetivo de que el paciente constate que tras determinadas conductas es común determinados resultados, como por ejemplo, tras vómitos repetidos y autoinducidos es habitual el signo de Rusell (23).

Adicionalmente, se considera apropiado adquirir una especialización más allá de los tratamientos psicológicos, incluyendo conceptos relacionados con el aporte calórico de los alimentos y las necesidades del cuerpo humano. Todo ello proporcionará ventajas a la hora de evaluar las creencias erróneas sobre la alimentación y las actitudes perjudiciales para la salud que los pacientes llevan a cabo ya que algunos suelen tener un elevado conocimiento sobre estos aspectos (24).

Parece ser que algunos de los cuestionarios más utilizados y conocidos sobre este tema como el EAT-26, elaborado por Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel (25) o el BSQ, creado por Cooper, Taylor, Cooper, y Fairburn (26), que evalúan aspectos relacionados con los hábitos alimentarios y distorsión de

la imagen corporal, podrían facilitar en gran medida la ocultación de síntomas por parte de aquellas personas que están sufriendo TCA. De este modo, el uso de escalas autoadministradas podría promover el diagnóstico de falsos negativos ya que parece relativamente fácil mostrar la imagen deseable y esconder aquello que creemos que puede perjudicar, como indica Peláez, Labrador y Raich (27). Por ejemplo, ante el ítem 9, de la escala EAT-26 “vomito después de comer” es relativamente fácil señalar que lo haces muy pocas veces ocultando que en realidad lo haces a diario mostrando poca sensibilidad para reconocer el conocido efecto de deseabilidad social (28).

De este modo, se cree conveniente el apoyo por parte del terapeuta en datos objetivos que permitan contrastar la información proporcionada por el paciente. Los resultados de los métodos de control de peso permiten saber si el paciente presenta un peso dentro de los límites de la normalidad, como por ejemplo el Índice de Masa Corporal (IMC). La observación por parte del terapeuta de signos externos que suelen ser frecuentes en los TCA como la existencia de lanugo o amenorrea en pacientes con alto grado de desnutrición (29) o el famoso signo de Russell en las pacientes con Bulimia puede servir de ayuda para la evaluación del trastorno.

Otro aspecto donde también se debe tener en cuenta la posibilidad de la negación, es la percepción de la imagen corporal. Ésta también se evaluaría a través de la entrevista donde se debería profundizar en las distorsiones cognitivas, atribuciones, creencias y expectativas que mantiene sobre su cuerpo. La clave en la evaluación de los aspectos relacionados con la distorsión podría situarse en el uso de preguntas indirectas que indaguen sobre los efectos que a

menudo van parejos a las obsesiones relacionadas con la alimentación. Un ejemplo sería preguntar si suele preparar y disfruta preparando la comida para las demás personas de su familia o si suele soñar con sus alimentos preferidos. Preguntar por el contenido de los sueños o por sus aficiones en relación con la preparación de alimentos permite evaluar de forma no directa la obsesión con la comida y con la insatisfacción corporal, dos aspectos que se han visto relacionados con los TCA (29).

Otra manera de obtener información sobre la conducta alimentaria que lleva a cabo el paciente es la entrevista establecida con sus familiares y sus amigos más cercanos. Es probable que en muchos casos estas personas doten al profesional de una información más fiable sobre el comportamiento que sigue el paciente, figurando como prueba de veracidad (23). Por ejemplo, como se ha descrito anteriormente, es fácil que una chica con TCA exponga que ella suele comer perfectamente alimentos “sanos”, en cantidad suficiente para cubrir su necesidades y que el problema lo tienen sus familiares que se preocupan demasiado por cosas sin importancia. Lo que no explicará es cuánta cantidad de comida es la suficiente, ni si esconde comida, ni el miedo que tiene a determinados alimentos (24). Es por ello la importancia de dicha contrastación.

La manera en la que estos sujetos externos llevarían a cabo su papel, sería a través de la observación de la persona afectada (30). Esta observación puede sistematizarse con ayuda del terapeuta, como expone Raich (24), mediante una hoja de registro donde se podría recoger, por ejemplo, la cantidad de comida que ingiere, el tipo de alimento, conductas de evitación relacionadas con la comida, etc. También es conveniente indicarles otros aspectos a los que

deben estar pendientes como son, los cambios en los hábitos de ingesta, la dificultad para comer en eventos sociales, la evasión a ser pesada, la retracción social, el absentismo escolar o del trabajo, comportamientos engañosos o reservados, el robo, el abuso de sustancias y el ejercicio excesivo(22).

Dicho de otro modo, los familiares y amigos se convertirán en coterapeutas esenciales no sólo durante el tratamiento en sí, también durante la evaluación para facilitar una mayor comprensión del problema en las áreas en las cuales el terapeuta no podría acceder fácilmente (31).

Una vez conseguida una evaluación fiable, el psicólogo debería hacer uso de las técnicas que la entrevista motivacional propone para que sea el propio paciente el que desee dejar atrás la enfermedad y se vea con la confianza suficiente para evitar las mentiras y entenderlas como un obstáculo para el tratamiento (5).

LIMITACIONES Y ESTUDIOS FUTUROS

La revisión realizada sobre las mentiras durante la evaluación, nos lleva a destacar la escasa información e investigación disponible en el campo. Esta escasez no se suscribe solo a nivel nacional, la literatura internacional también es insuficiente. El estudio de la conducta de mentir en los trastornos alimentarios resulta relevante para poder mejorar la validez de la propia recogida de información durante la evaluación psicológica. Como psicólogos, el objetivo principal será identificar las principales áreas problemas que aquejan al cliente y determinar las conductas y situaciones relacionadas con la conducta problema (32). La no detección de la mentira por parte del profesional puede

alterar la obtención de información que según los autores debe ser pertinente, confiable y válida.

Parece necesario seguir indagando sobre los motivos que promueven la mentira. De este modo sería interesante conocer el peso que tiene cada uno de ellos en la ocultación de síntomas. Si se supiera, por ejemplo, que la estigmatización personal del trastorno es un motivo clave para la emisión de mentiras, sería conveniente desmontar esas creencias irracionales antes o durante la evaluación con el fin de reducir prejuicios que predispusieran a la mentira.

La investigación tradicional de la detección de mentira se ha centrado en los indicadores no verbales asociados a la conducta de mentir y, se ha postulado que con la presencia de estos indicadores de la mentira bastaría para detectarla en el emisor aun sin disponer de suficiente apoyo empírico (33). Además de los indicadores no verbales también se dispone de otros instrumentos para el análisis psicofísico de la mentira como por ejemplo los detectores de mentira mediante el análisis de la tensión vocal, ampliamente cuestionados (34).

Los estudios de investigación con suficiente apoyo empírico sobre la mentira en la evaluación psicológica son escasos, más aún si el profesional evaluador pretende centrarse en los trastornos alimentarios. Por tanto, sería interesante diseñar instrumentos que permitieran conocer la influencia que está teniendo la deseabilidad social del paciente a la hora de contestar las preguntas. El uso exclusivo de cuestionarios tipo Likert popularmente usados en los TCA pueden contribuir a la detección de falsos negativos, por tanto se ve conveniente la estructuración de entrevistas y la creación de protocolos de

evaluación que incluyan la visión de la familia con respecto al problema y permita la observación de la coherencia en las respuestas verbales y no verbales.

Por último, se sugiere un mayor número de estudios que indaguen sobre los factores de riesgo y los perfiles psicológicos de las personas que ocultan los síntomas y niegan el trastorno con el objetivo de diseñar evaluaciones con mayor eficacia. Aumentar el grado de eficacia en las evaluaciones es esencial para los TCA si nuestro fin es mejorar los índices de pronóstico y la adherencia terapéutica.

REFERENCIAS

1. Uría T, Vilariño P, Solé N. El lugar del hospital de día no monográfico en el abordaje terapéutico de los TCA. En: 6º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis; 2005. [acceso 3 de Diciembre de 2012]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3540>
2. Rivas T, Bersabé RM, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*. [revista en internet]. 2001 [acceso 20 de diciembre de 2012]; 24(2):25-31. Disponible en: <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm2402/sm240225hhq.pdf>
3. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med. Clín*. 2000; 114(13):481-486.
4. Chabrol H. *La anorexia y la bulimia en la adolescencia*. Barcelona: Davinci; 2009.

5. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder. The new Maudsley method. Gran Bretaña: Routledge. Taylor & Francis Group; 2007.
6. Rigol A. (2006). El otro cuerpo de la identidad: Análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. *Cultura de los cuidados: Rev de Enf y Hum.* 2006; 19: 47-54.
7. Sirvent C, Moral MV, Blanco P, Rivas C, Quintana L, Campomanes G. Vivir en el engaño. *Psicologia.com.* [sede Web] 2011 [acceso el 2 febrero 2013] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4351>.
8. Martínez JM. *La psicología de la mentira.* Barcelona: Paidós; 2005.
9. Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Brit J of Clinic Psychol.* 1982; 21(3):167-179.
10. Touyz S, Thornton C, Rieger E, George L, Beumont P. The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolesc Psychiat.* 2003; 12(11):165-171.
11. Prochaska JO, Johnson S, Lee P. The transtheoretical model of behavior change. *The handbook of health behavior change: 3ª ed.* New York, NY, US: Springer Publishing Co, New York, NY; 2009.
12. Guarda AS. Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiol & Behav.* 2008;94:113–120.

13. Varo JR. Evaluación y tratamiento psiquiátrico de los trastornos de la alimentación. En Fernández LJ, Erro GJ (Eds.) *Trastornos de la alimentación: De la evaluación al tratamiento*. Madrid: Uned Ediciones; 2004. p. 97-104.
14. Stewart MC, Keel PK., Schiavo RS. Stigmatization of anorexia nervosa. *Inter J of Eat Disord*. 2006; 39:320-325.
15. Hamburg P, Herzog DB, Brotman AW, Stasiork JK. The treatment resistant eating disordered patient. *Psychiatric Annals*. 1989; 19(9): 494.
16. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *The Am J of Psychiat* [revista en internet] 2000.[acceso 10 de enero de 2013];157(11):[1799-1805]. Disponible en: <http://0dx.doi.org.fama.us.es/10.1176/appi.ajp.157.11.1799>
17. Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?. *Clinical Psychology Review*. 2002;22(5):647-669.
18. Del Río C. Aspectos éticos de la evaluación psicológica. *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005.
19. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa conceptual review: Part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review*. 2006; 14(5): 352-368.
20. Fernández VJ. *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson; 2002.

21. Saldaña C. Tratamientos eficaces para el trastorno del comportamiento alimentario. *Rev Psicothema*. 2001; 13(3):381-392.
22. Tinahones FJ. *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. Madrid: Díaz Santos; 2003.
23. Gómez L, Escribano M, Labrador FJ. Se descubre durante el tratamiento que el paciente está mintiendo. En Labrador FJ (Ed.). *Situaciones Difíciles en Terapia*. Madrid: Pirámide; 2011. p. 175-183.
24. Raich RM. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide; 1994
25. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12: 871-878.
26. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 1987; 6(4):485-494.
- 27 Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Inter J of Psychol and Psychol Therap*. 2005; 5(2): 135-148.
28. León JM, Barriga S, Gómez T, González B, Medina S, Cantero FJ. *Psicología Social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. Madrid: McGrawHill; 1998
29. Barlow DH, Durand VM. Trastornos alimentarios y del sueño. En Barlow DH, Durand VM (Eds.). *Psicopatología*. 3ª ed. Madrid: Paraninfo; 2003. p.259-307.

30. Moreno I. Terapia de conducta en la infancia. Guía de intervención. Madrid: Pirámide; 2002
31. Salorio P, Ruiz ME, Torres A, Sanchis F, Navarro L. La Psicoeducación y el Tratamiento para los Trastornos Alimenticios. Buenastareas.com [sede Web] 1999 [Recuperado Marzo 2011; acceso 10 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Psicoeducacion-y-El-Tratamiento-Para/1663639.html>
32. Aragón LE, Olivares R, Rodríguez N, Silva A. La entrevista como instrumento de evaluación psicológica. En Aragón LE, Silva A (Eds). Fundamentos Teóricos de la Evaluación. México: Pax México; 2008.p. 177-200
33. Sanchez F, Becerra A, Caballero A, Amate M. Incidencia de la prototipicidad de los mensajes sobre la detección experimental de la mentira. Rev de Psic. Soc. 1995; 10(1):31-41
34. Masip J, Garrido E, Herrero C. La detección de la mentira mediante la medida de la tensión en la voz: una revisión crítica. Estudios de Psicología. Rev Trim Psic Gral, [revista en internet] 2004 [acceso 20 de enero de 2013]; 25 (1), 13-30. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/fias/edp/2004>