



**Trabajo de Fin de Máster**

# **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN UN CASO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

---

Autora: Lucía Beltrán Garrayo

Tutora académica: Dra. Ana Rosa Sepúlveda García

Con la colaboración de ITEM, Centro Especializado en Trastornos del Comportamiento Alimentario.

Modalidad 1: Estudio de un caso clínico

Máster en Psicología General Sanitaria

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.

Curso 2016-2017

**Grado de participación de la estudiante:** La alumna ha participado en el diseño de la evaluación, la formulación del caso, el diseño y aplicación del tratamiento y en la evaluación y valoración de los resultados.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
• Definición .....	3
• Breve recorrido histórico .....	4
• Epidemiología.....	5
• Etiopatogenia .....	7
• Curso .....	8
• Comorbilidad .....	9
• Intervención terapéutica.....	10
• Tratamientos psicológicos basados en la evidencia en TCA.....	11
• Etapas y motivación al cambio .....	13
3. PRESENTACIÓN DEL CASO .....	14
• Datos identificativos y motivo de consulta.....	14
• Historia del problema.....	15
• Estrategias de evaluación.....	17
• Análisis funcional .....	19
• Formulación clínica.....	24
• Diagnóstico .....	27
4. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	27
5. INTERVENCIÓN .....	27
• Intervención más adecuada: TCC.....	27
• Objetivos de tratamiento .....	28
• Elección de las técnicas terapéuticas.....	29
• Aplicación del tratamiento.....	30
6. FACTORES RELACIONADOS CON EL TERAPEUTA .....	40
7. EVALUACIÓN DE RESULTADOS .....	41
• Análisis cuantitativo .....	41
• Análisis cualitativo .....	45
8. DISCUSIÓN .....	47
9. REFERENCIAS .....	52
10. ANEXOS.....	58

## RESUMEN

El presente trabajo describe el proceso terapéutico en una paciente de 25 años con trastorno del comportamiento alimentario, diagnosticada con Bulimia Nerviosa. La evaluación se lleva a cabo a partir de una entrevista semiestructurada y los cuestionarios EDE-Q, BDI-II, DERS, STAI, UPPS-P. Se estipuló que el tratamiento más adecuado era el Cognitivo-Conductual. La intervención fue diseñada a partir del análisis funcional del comportamiento, estableciéndose los siguientes objetivos: mejorar la adherencia al tratamiento, incorporar un patrón de cinco ingestas diarias, reducir el número de conductas compensatorias y episodios de sobreingestas, y mejorar el autoconcepto. Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, tareas de motivación al cambio, auto-registros, modelado, entrenamiento en respuesta alternativa, control estimular, solución de problemas, reestructuración cognitiva, control de la respiración y exposición. La intervención se llevó a cabo durante 20 sesiones, una semanal. Se emplea un diseño sin retirada A-B. A partir de un análisis cuantitativo y cualitativo de la evolución de la paciente, se puede concluir que el tratamiento fue efectivo y eficiente.

**Palabras clave:** experimento de caso único, trastorno del comportamiento alimentario, bulimia nerviosa, tratamiento cognitivo-conductual.

## ABSTRACT

This case study describes the treatment of a 25 years old female who presents an eating disorder. The evaluation is carried out through a semi-structured interview and the EDE-Q, BDI-II, DERS, STAI, UPPS-P questionnaires. The case matches the Bulimia Nervosa diagnostic criteria. Cognitive-Behavioral treatment is the selected intervention. The goals for treatment, based on the functional analysis, were as follows: improve adherence to treatment, incorporate a pattern of five daily intakes, reduce the number of compensatory behaviors and binges, and improve the patient's self-concept. The techniques used were: psychoeducation, change motivational tasks, self-registers, modeling, alternative response training, stimulus control techniques, problem solving, cognitive restructuring, breathing control techniques and exposure. The treatment was applied in 20 weekly sessions. An A-B non-withdrawn design was used. From a quantitative and qualitative analysis of the information, it can be concluded that the treatment was effective and efficient.

**Key words:** single case experiment, eating disorder, bulimia nervosa, cognitive-behavioral treatment.

## INTRODUCCIÓN

### DEFINICIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se definen como enfermedades psicosomáticas graves (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda, y Muñoz, 2003), las cuales suponen alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida, que repercuten sobre la salud de quienes los padecen (Calvo, 2002). La conducta alimentaria es un elemento relevante en la vida del ser humano, y se trata de un comportamiento complejo que va más allá de la necesidad de nutrirse (Gandarillas et al., 2003). Así, múltiples factores (psicológicos, sociales, culturales...) interactúan entre sí, contribuyendo a la formación de significados relacionados con este comportamiento, que en ciertos casos pueden ser disfuncionales, como ocurre para ser diagnosticado con esta patología. Las personas que padecen estos trastornos comparten una serie de características: la dificultad para aceptarse a sí mismos, la insatisfacción corporal, miedo a perder el control, y la dificultad para aceptar su problema (Graell, Villaseñor y Morandé, 2014).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-5 (APA, 2013), incluye una categoría diagnóstica separada para la descripción de los TCA. A continuación se presentan las semejanzas y diferencias entre los diagnósticos principales (tabla 1):

	<b>AN (tipo restrictiva)</b>	<b>AN (tipo con atracones/purgas)</b>	<b>BN</b>	<b>TA</b>
<b>Restricción de la ingesta</b>	Sí	Sí	--	--
<b>Peso corporal</b>	Significativamente bajo	Significativamente bajo	--	--
<b>Episodios de atracones</b>	No	Sí	Sí (1 vez/semana)	Sí (1 vez/semana)
<b>Comportamientos compensatorios*</b>	No	Sí	Sí	No
<b>Miedo intenso a engordar</b>	Sí	Sí	--	--
<b>Autoevaluación exageradamente influida por el peso/figura</b>	Sí	Sí	Sí	--

\* Ej: vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo, etc.

En la anterior versión, el DSM-IV-TR (APA, 2002) era necesario cumplir el criterio de la amenorrea, es decir, no presentar el periodo menstrual por tres meses consecutivos, o amenorrea primaria, para cumplir con un diagnóstico de AN. Sin embargo, este criterio diagnóstico ha desaparecido en el DSM-5.

En el diagnóstico de estos trastornos se puede especificar si están en *remisión parcial* (si tras cumplirse todos los síntomas ahora no se cumplen todos, o la frecuencia es menor de la indicada) o en *remisión total* (si tras cumplirse todos los síntomas no se ha producido ninguno durante un periodo continuado). Además, se podrá especificar la gravedad, que en el caso de la AN dependerá del IMC, en la BN de la frecuencia de los comportamientos compensatorios inapropiados y en el TA de la frecuencia de los episodios de atracón.

Aunque los mencionados previamente son los TCA más conocidos y relevantes, no son los únicos. A continuación se exponen todas las categorías diagnósticas de TCA incluidas en el DSM-V (tabla 2).

**Tabla 2. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (Manual DSM-5).**

- Pica.
- Trastorno de rumiación.
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno por Atracón.
- Otro Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado TA.
- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

## **BREVE RECORRIDO HISTÓRICO**

Aunque pudiera pensarse que los TCA son trastornos de reciente aparición, siendo de hecho su reconocimiento dentro de los sistemas de clasificación relativamente reciente, existen descripciones de estos problemas desde la antigüedad. No obstante, probablemente no hayan existido ni con la misma prevalencia, ni del mismo modo que en el momento actual.

Uno de los aspectos que ha variado a través de los años, es el motivo de realización de estas conductas. Por ejemplo, desde la antigüedad encontramos descripciones de restricción alimentaria que conllevaban una interpretación religiosa, como la purificación del cuerpo, el ayuno con carácter de penitencia o como medio de la perfección espiritual. Sin embargo, en la actualidad destaca la persecución de la delgadez como canon de belleza, ideal que se ha extendido mediante la globalización de la cultura occidental. La Anorexia Nerviosa, caracterizada por esta restricción alimentaria fue el primer TCA que cobró entidad propia, y su proceso de conceptualización se remonta al siglo XIX, el cual ha ido evolucionando hasta la actualidad. No obstante, aunque parezca que los motivos que mueven hacia la realización de estas conductas en distintos momentos históricos sean dispares, en el fondo siempre encontramos la búsqueda de la perfección, ya sea física o espiritual (Turón, 2014).

En cuanto a las conductas purgativas, ya desde la antigüedad se encuentran descripciones, bien con carácter de purificación, bien con carácter lúdico, como en el caso de los romanos, que tras la celebración de grandes banquetes vomitaban, por lo que lo hedónico y lo sagrado se entrelazaban. Sin embargo, hasta el siglo XVIII no se describe la pérdida de control hacia los alimentos como algo anómalo, y hasta el siglo XX no se encuentra una conceptualización de la Bulimia Nerviosa del modo en que la conocemos hoy en día. En concreto, el término fue acuñado por Gerard Russell en 1979, quien describe el trastorno como una variante de la AN; no obstante, fue a partir de su descripción cuando el síndrome adquirió identidad propia. A semejanza de la AN, lo que parece más reciente de la BN es la preocupación por la figura y el peso, aspectos más relacionados con factores socioculturales de culto al cuerpo y la esbeltez.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Precisamente a estos factores socioculturales se asocia el aumento en prevalencia en TCA que se ha observado en los últimos años, especialmente notable en la población de mayor riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países industrializados (Peláez, Labrador y Raich, 2005), en la cual se han centrado la mayoría de estudios epidemiológicos.

En España, estos estudios se iniciaron a partir de la década de los 90, algo más tarde que en el resto de países desarrollados. Uno de los primeros estudios fue el realizado por Morandé y Casas (1997) en el cual se halló una prevalencia de TCA del 4,69% en adolescentes de sexo femenino. En el

estudio llevado a cabo por Ruiz et al. (1998) hallan un 4,5%; mientras que la prevalencia hallada por Pérez-Gaspar et al. (2000) en dicha población fue del 4,1%. Además de los estudios de prevalencia de TCA en población de riesgo, también se fueron sucediendo los estudios que diferenciaban la prevalencia por sexo; en la Comunidad de Madrid se realizó uno de los primeros estudios de este tipo (Morandé, Celada y Casas, 1999) en el cual hallaron una tasa de prevalencia de 4,7% para el sexo femenino y 0,9% para el masculino.

A continuación, se resumen los datos obtenidos en los principales estudios españoles hasta la fecha en mujeres con edades entre 12 y 21 años: se obtiene una prevalencia del 0,14 al 0,9% para la AN, del 0,41 al 2,9% para la BN y del 2,76 al 5,3% en el caso de los TCA-NE. Siendo las cifras totales de prevalencia de los TCA en esta población del 4,1 al 6,41% (Morandé y Casas, 1997; Ruiz et al., 1998; Morandé et al., 1999; Pérez-Gaspar et al., 2000; Rojo et al., 2003; Rodríguez-Cano et al. 2005; Peláez et al., 2007; Olesti et al., 2008)

Además, la prevalencia de riesgo de padecer un TCA en población universitaria siempre son mayores; por ejemplo, un amplio estudio de prevalencia de riesgo en chicas universitarias, encontró un 20,8% (Sepúlveda, Carrobbles y Gandarillas, 2008). Si bien estas actitudes y comportamientos pueden referirse a síntomas subclínicos, no cabe duda, que pueden ser un factor de riesgo para la salud y el bienestar emocional (González, Penelo, Gutiérrez y Raich, 2010).

Las cifras mostradas sobre el impacto de los TCA en España son similares al de otros países desarrollados (Ruiz-Lázaro, 2002). Si atendemos los principales estudios y revisiones epidemiológicas a nivel global, se estima un porcentaje de 0,5-1% de AN, de 1-3% de BN y ligeramente menor para el TCA-NE, aproximadamente un 3% (Insalud, 1995; Hoek y van Hoeken, 2003; Smink, Van Hoeken y Hoek, 2012). Con relación al género, estas fuentes establecen un ratio de prevalencia de TCA de 9:1 en mujeres respecto a varones.

En cuanto a la comparación con otras culturas, la mayoría de estudios apuntan a una mayor frecuencia de estos trastornos en países desarrollados y en vías de desarrollo, lo cual parece deberse a que el sistema de valores sociales y culturales, donde el culto al cuerpo, la belleza y la delgadez, están asociados a valores de éxito, la felicidad y el poder, y esta asociación promueve la aparición de los síntomas alimentarios (Calvo, 2002). No obstante, estudios más recientes han demostrado

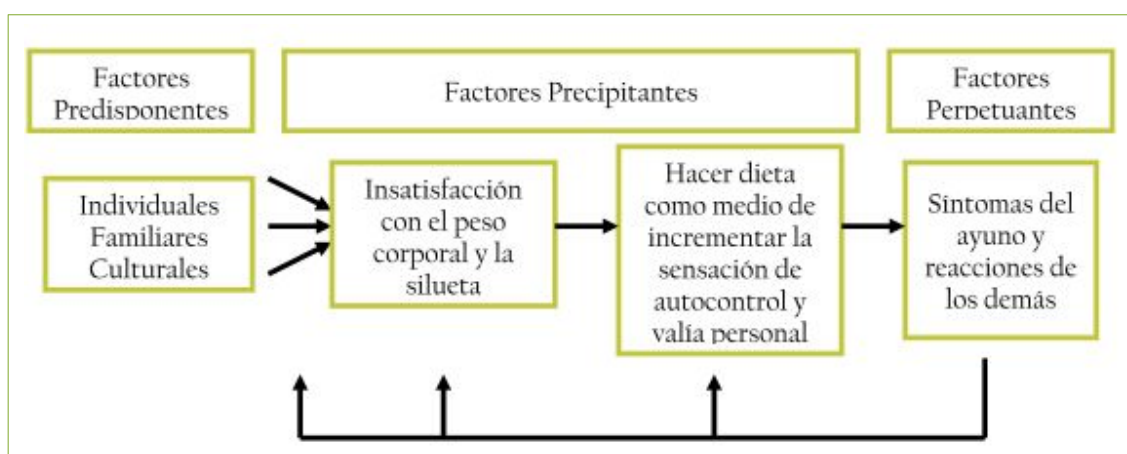
que los TCA aparecen en sociedades no occidentalizadas (Eddy et al., 2008; Marques et al., 2012), lo que podría explicarse por la progresiva tendencia a la globalización (Smink et al, 2012).

En relación con la edad, aunque ya se ha indicado que la adolescencia es el grupo que muestra una mayor prevalencia de TCA, se pueden diferenciar dos momentos evolutivos según el trastorno. Mientras que la AN suele acontecer al final de la etapa puberal, entorno a los 12-13 años; la edad de aparición de la BN suele ser al final de la adolescencia y principio de la edad adulta, entre los 16 y 18 años (Lechuga, Caro y Guerra, 2000), no obstante, en los últimos años se ha observado la ampliación de la franja de edad en la que se dan estos trastornos, disminuyendo la edad de inicio y aumentando el número de casos en la edad adulta (Steinhausen y Jensen, 2015).

## ETIOPATOGENIA

Al igual que el resto de trastornos psicológicos, los TCA presenta una etiología multicausal. Por tanto, la forma más realista de entender su complejidad es adoptar una perspectiva multidimensional. Estos factores que participan en el origen, el desarrollo y el mantenimiento de los TCA han sido agrupados en varias categorías. A continuación se presenta el modelo (Figura 1) propuesto por Garner (1993):

- Factores predisponentes: contribuyen a generar una vulnerabilidad a padecer un TCA.
- Factores desencadenantes: aquellas situaciones de estrés que inducen a la aparición del trastorno en un momento dado.
- Factores de mantenimiento: prolongan la duración del trastorno o interfieren en el proceso de recuperación.



**Figura 1.** Los TCA como alteraciones multideterminadas (Garner, 1993)



Tradicionalmente los TCA han sido considerados trastornos de origen cultural y ambiental, sin embargo, en los últimos 15 años, han pasado a destacar los factores genéticos (ej: sexo femenino, inicio en la pubertad, ciertas características temperamentales -neuroticismo, impulsividad, obsesividad, búsqueda de novedad-, disfunción 5-HT, etc) los cuáles explican la mayor parte de la vulnerabilidad a sufrir estos trastornos.

Además, las causas remotas y mediatas de los TCA son múltiples, independientemente del modelo empleado, se tiene que considerar que el antecedente más importante que explica su desarrollo es haber tomado la firme decisión de hacer dieta, con el propósito de modificar la apariencia y sentirse bien (Calvo, 2002). Además, en las actualizaciones más recientes del modelo etiopatogénico, se enfatizan las emociones negativas como precipitantes del trastorno.

## **CURSO**

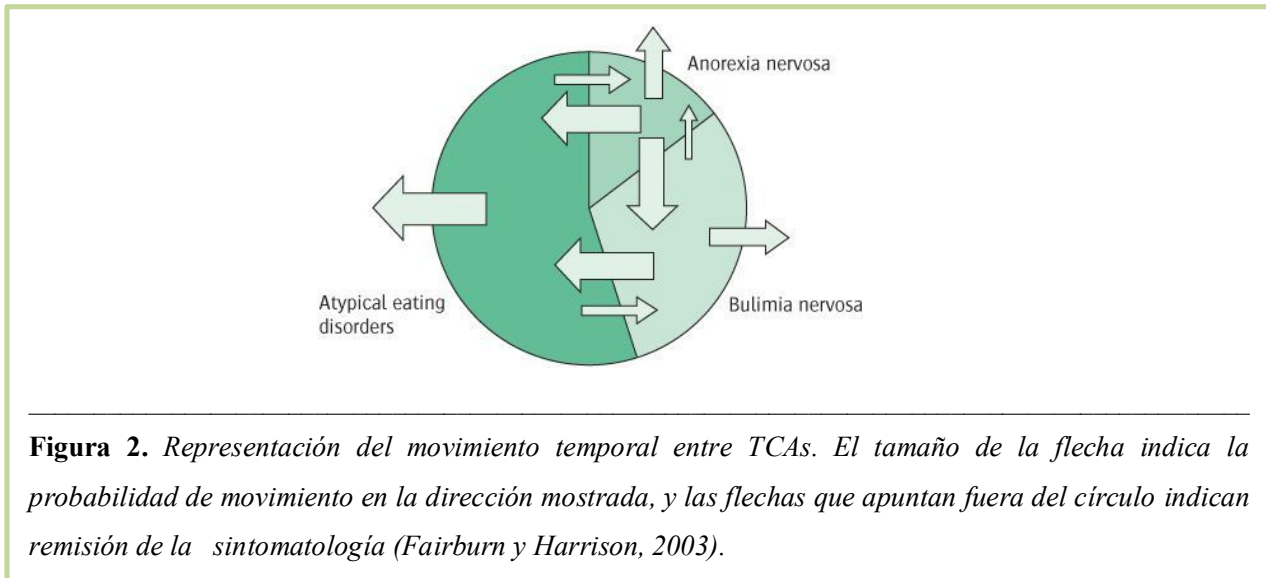
El curso de los TCA es heterogéneo, lo cual está en gran parte determinado por la gravedad clínica. De este modo, existen evoluciones tanto de curso corto y episodio único, de curso con patrón fluctuante de recaídas y remisión, como de curso largo y persistencia de los síntomas clínicos.

No obstante, se puede afirmar que existe una tendencia relativa a la cronicidad, dándose esta situación en uno de cada cinco casos (Insalud, 2000). Esta prolongación del trastorno a lo largo del tiempo lleva asociado un posible deterioro integral de la persona.

En la franja de la adolescencia, se sitúa como la tercera enfermedad “crónica” más frecuente, con una mortalidad global del 5 al 10%, la más frecuente de todos los trastornos mentales (Herzog et al., 2000). No obstante, es importante señalar que, a mayor tiempo de seguimiento tras el tratamiento, mayor probabilidad de recuperación total o parcial (Keel y Broen, 2010).

Por otra parte, se ha observado que en muchos casos existen migraciones entre las distintas categorías diagnósticas incluidas en los TCA. Por ejemplo, es frecuente observar que de un episodio de AN se pasa a un trastorno de BN, o se pasa a un trastorno de TCA-NE, siendo poco frecuente la transición contraria. Estos cursos evolutivos están descritos en la “Teoría Transdiagnóstica” de los TCA (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Esta teoría está encuadrada dentro de los enfoques de corte cognitivo-conductual de los TCA, y señala como elemento focal en estos trastornos una alteración cognitiva central, caracterizada por la sobrevaloración del control

del peso y la figura, y una preocupación excesiva de qué comer (ej. alimentos sin grasa), los diferentes subtipos de TCA comparten la misma psicopatología. Este marco conceptual intenta explicar las oscilaciones en cuanto al curso de las evoluciones de los diagnósticos en TCA. La siguiente figura (figura 2) ilustra las principales migraciones entre categorías diagnósticas (Fairburn y Harrison, 2003).



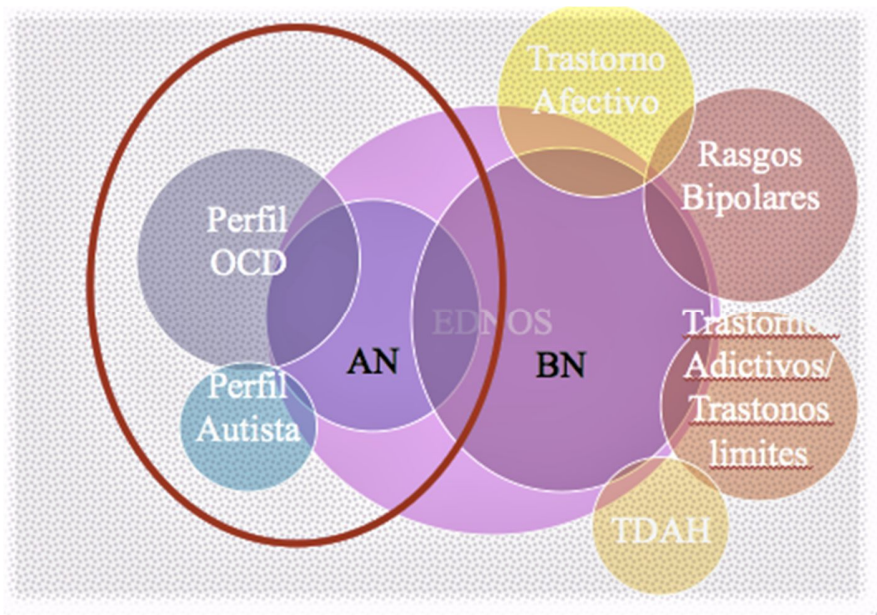
## COMORBILIDAD

Los TCA no suelen aparecer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. La comorbilidad de los TCA con otros diagnósticos del Eje I y II es bastante alta (Flament, Godart, Fermanian, y Jeammet, 2001; Halmi et al., 1991; Kaye, Bulik, Thorton, Barbarich, y Masters, 2004), lo cual aumenta la dificultad diagnóstica.

A continuación se nombran las comorbilidades más frecuentes y que pueden requerir otro tipo de atención:

- Mentales: trastornos relacionados con sustancias, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, de la personalidad, del estado de ánimo y del control de los impulsos.
- Orgánicas: diabetes mellitus, obesidad, síndromes de mala absorción y enfermedades del tiroides.

En concreto, Hollander (2007) hicieron una propuesta de clasificación conjunta de los TCA, el trastorno obsesivo-compulsivo y el autismo, basado en las características fenotípicas y endofenotípicas que comparten dichos trastornos. Esta propuesta sigue la línea de investigación que relaciona aquellos trastornos que se sitúan en el espectro impulsivo/compulsivo, dado las características que comparten (Potenza, Koran, y Pallanti, 2009).



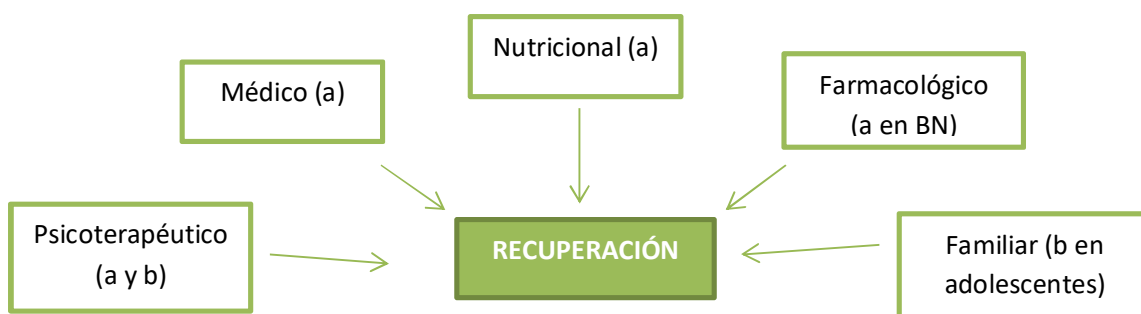
**Figura 3.** Comorbilidad de los TCA con otros trastornos del Eje I (adaptado de Hollander et al., 2007).

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Dada la gravedad que presentan estos trastornos, las intervenciones terapéuticas muestran ciertas características: deben iniciarse inmediatamente tras el diagnóstico, deben tener la frecuencia y duración suficientes como para asegurar la mejora, y por último exige un plan de acción integral, habitualmente de cuidados escalonados, en el que colaboren distintos profesionales, que actúen de forma coordinada, ofreciendo una serie de servicios (cuidados médicos, normalización nutricional, intervenciones psicológicas y psiquiátricas, entre otras) específicos para estos trastornos.

Características de las intervenciones terapéuticas		
De forma precoz	Intensivas, extensivas	Interdisciplinarias, coordinadas, multimodales, específicas

A continuación, se presenta distintos tipos de intervenciones y el grado de evidencia (Morandé, Graell y Blanco, 2014):



Nivel de evidencia

A: Extremadamente recomendable (buena evidencia de que es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).

B: Recomendable (moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).

Las modalidades terapéuticas en las que se hayan estas intervenciones se dividen en función del número de horas que el paciente recibe tratamiento. Entre las intensivas encontramos la hospitalización, el hospital de día y el tratamiento ambulatorio intensivo. Entre las no intensivas encontramos módulos ambulatorios de tratamiento y el seguimiento intervencionista. La decisión de qué modalidad será la más adecuada para la paciente dependerá de la forma clínica del trastorno y del estadio evolutivo en que se encuentre la enfermedad (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA EN TCA**

Este apartado pretende recopilar las principales aproximaciones terapéuticas con evidencia empírica en el tratamiento de los trastornos alimentarios: terapia cognitivo-conductual, terapia familiar y terapia interpersonal. Así mismo, incluye aquellos tratamientos que incorporan la

entrevista motivacional (desarrollada en el próximo capítulo). A continuación, se expone una tabla resumen (Tabla 3) de dichos tratamientos.

**Tabla 3.** Principales aproximaciones terapéuticas, se describen las guías de intervención en TCA apoyado en evidencia empírica.

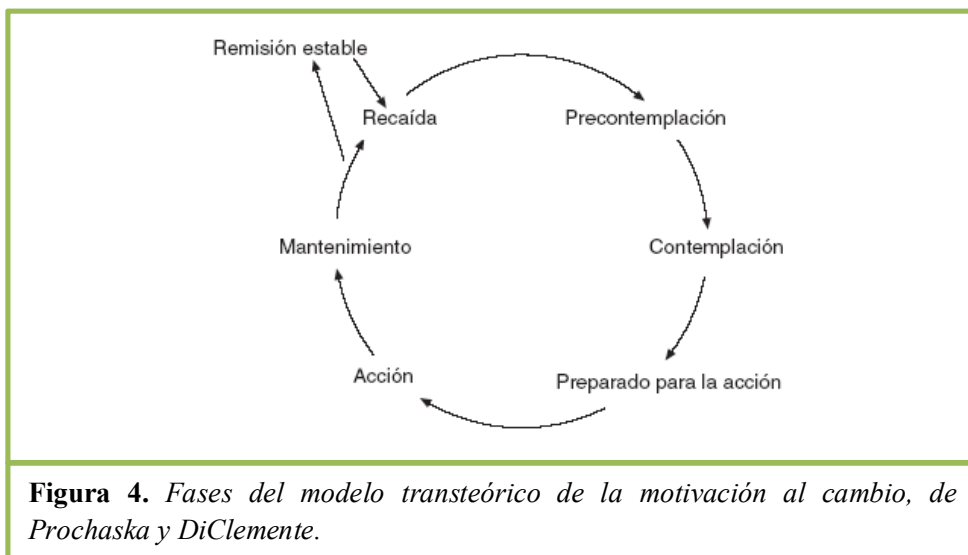
Año	Autores	Puntos Clave
<b>Terapia Cognitivo- Conductual (TCC)</b>		
1985	Fairburn, C.	Modificación de los patrones alimenticios, conductas de control de peso (purgas, uso de laxantes, diuréticos, dietas estrictas...) y la sobrevaloración excesiva de la figura, el peso y su control.
2003	Fairburn, C. Cooper, Z y Shafran, R.	Teoría Transdiagnóstica: Mecanismos adicionales -comunes a todos los TCA-: perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia a los cambios en el estado de ánimo, y dificultades interpersonales.
<b>Terapia Cognitivo-conductual + Entrevista Motivacional (EM)</b>		
1993, 1997	Treasure y Schmith	Terapia cognitivo-conductual. Integrado con el modelo de cambio de Prochanka y DiClemente y EM.
2007	Treasure, Smith y Crane	Terapia cognitivo-conductual grupal aplicada a padres. Enseña habilidades para ser cuidadores expertos: mejorar la comunicación familiar a través de la EM.
<b>Terapia Interpersonal</b>		
1997	Fairburn	Dificultades interpersonales en la vida del paciente que influyen en el TCA.
<b>Terapia Sistémica o Familiar</b>		
1997, 2000	Dare y Eisler	Terapia sistémica para trabajar con el sistema familiar y cambio de roles. Terapia Multifamiliar. Forma intensiva: varias familias reciben el tratamiento de forma conjunta, conviviendo durante el día.
2001	Dare, Lock, Le Grange y Agras	Familia como principal catalizador de cambio en <i>adolescentes</i> con AN. Padres encargados de: rehabilitación nutricional, aumento ponderal y fortalecimiento las crisis de la adolescencia.

Es necesario conocer tanto los tipos de tratamiento como el formato en que se ofrecen, y las diferencias en términos de eficacia, eficiencia y efectividad que ofrece la evidencia empírica sobre cada uno de ellos. De este modo, se podrá ofrecer a las pacientes el tratamiento (o secuencia y/o combinación de tratamientos) que mejor se adecúe a su caso individualizado. En el Anexo 1 se

muestran las recomendaciones de tratamiento según la Guía de Práctica Clínica Española del Sistema Nacional de Salud (2008).

### **DIMENSIÓN IMPORTANTE EN EL TRATAMIENTO EN TCA: ETAPAS Y MOTIVACIÓN AL CAMBIO**

La motivación al cambio puede ser definida como “la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar” (Miller y Rollnick, 1999). La Figura 4 muestra el modelo transteórico del cambio, de Prochaska y DiClemente (1984), el cual asume que el cambio de conducta es un proceso gradual, dividido en fases:



Si bien fue aplicado originalmente a población de fumadores y/o alcohol (o con trastornos adictivos), su aplicación a pacientes con TCA ha sido probada (Ward et al., 1996; Blake et al., 1997). Conocer la etapa del cambio en el que se encuentra la paciente puede ayudar a ajustar el contenido de las sesiones.

La **entrevista motivacional**, articulada por Miller y Rollnick (1991), es una técnica sofisticada que tiene que aprender el terapeuta para guiar al paciente hacia el cambio en su salud. El terapeuta adquiere un estilo de asistencia directa, centrada en el paciente, que ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta, para provocar un cambio en el comportamiento (Rollnick y Miller, 1996). Dado que una de las características las pacientes con TCA es que encuentra aspectos positivos en los síntomas del trastorno (ej. mayor atención de familia y compañeros, más atractivas, mayor control sobre sus vidas), típicamente expresan ambivalencia ante el hecho de

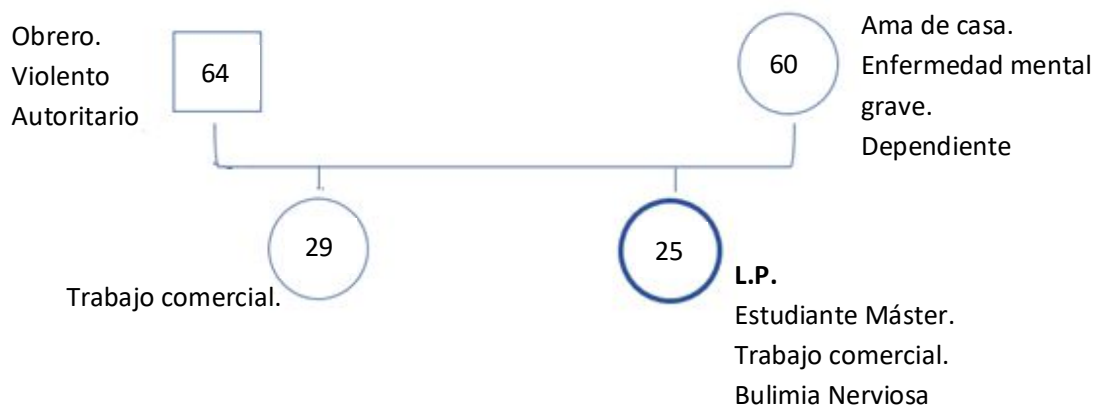
cambiar, creen que no pueden mantener estos aspectos positivos normalizando su salud (Serpell, Treasure, Teasdale y Sullivan, 1999). Esta técnica aporta una herramienta para aumentar la motivación del paciente, ayudando a afrontar situaciones en las que las estrategias habituales que promueven el cambio de conductas no son eficaces sin la motivación necesaria por parte de la paciente. En TCA, Treasure y Schmidt (1993) han elaborado algunas guías clínicas para AN y BN basada en la integración de esta técnica a TCC.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### DATOS IDENTIFICATIVOS Y MOTIVO DE CONSULTA

Se presenta un breve resumen de los datos autobiográficos. L.P. es una mujer de nacionalidad española, tiene 25 años, está soltera, y vive con sus padres. Ha obtenido una Licenciatura y actualmente está cursando un Máster, el cual compagina con trabajos temporales.

Es la pequeña de dos hermanas, aunque la hermana mayor, con la cual mantiene una buena relación, no reside actualmente en el domicilio familiar (Figura 5). L. P. mantiene una relación distante con sus padres, refiriendo haber sufrido maltrato psicológico por parte de su padre desde pequeña, al igual que el resto de mujeres de su familia. Desde hace cinco años, la madre fue diagnosticada de una enfermedad mental grave, encontrándose actualmente en tratamiento.



**Figura 5.** Genograma del caso

Se resume las dos primeras sesiones de Evaluación del caso. Acude por primera vez a consulta el 28 de enero de 2017, por voluntad propia. La demanda principal se centra en el tratamiento de su problema de alimentación. Según la paciente, su problema es la falta de control con la comida, no siendo capaz de seguir la dieta que a ella le gustaría, por lo que presenta episodios de atracones tras los cuales se produce la conducta de vómito auto-inducido. Refiere que en los últimos meses ha aumentado la frecuencia de atracones y purgas, llegando a una frecuencia diaria, lo cual ha aumentado el grado de interferencia en su vida, lo que ha promovido su urgencia en buscar ayuda. Comenta no poder explicar lo que le pasa a sus padres; en un primer momento refiriendo miedo a no ser entendida y una posible expulsión del domicilio familiar, aunque más tarde explica respecto a su madre “no quiero darle más problemas de los que ya tiene”. En la tercera sesión de Evaluación, acude junto a su hermana, con la cual mantiene una buena relación y a la cual ha explicado su problema. La hermana mantiene la misma opinión respecto a los padres.

Cuando acude a la primera sesión está tomando paroxetina, recetado por el médico de cabecera en enero de 2017, ante la descripción de la paciente de síntomas depresivos y ansiosos. A las dos semanas refiere haber cambiado de fármaco, tomando a partir de entonces fluoxetina. El médico de cabecera no tiene constancia de los episodios de sobreingestas/purgas, ya que la paciente teme que sus padres se enteren.

En el momento de la evaluación, la paciente pesa 54 kg y mide 1.57 m, lo que resulta en un Índice de Masa Corporal (IMC) de 22.

## **HISTORIA DEL PROBLEMA**

L.P. refiere haber estado preocupada por el peso “desde siempre”. Recuerda haber hecho todo tipo de dietas; las primeras, a la edad de 12 años, las realizaba junto a su hermana (días enteros a base de fruta y ayunos prolongados). Más tarde, comenzó a hacer uso de diuréticos en el contexto de la amistad, yendo con amigas a herbolarios para comprar todo tipo de productos adelgazantes. También empezó a realizar ejercicio físico con el fin de adelgazar desde pequeña, yendo al gimnasio con su hermana o con amigas. Recuerda estos intentos por adelgazar como algo normal que realizaba con personas de su entorno.

La primera dieta restrictiva “seria”, momento en el que la paciente sitúa el inicio del trastorno, la lleva a cabo a los 18 años, tras la ruptura de una breve relación sentimental con una persona que la



insulta por su físico, atribuyendo la paciente su imagen corporal como causa del abandono. En mayo de ese año, comienza una dieta altamente restrictiva junto a ejercicio excesivo, bajando 12 kg en un mes, en ese momento alcanza su peso mínimo (46kg). En esta época empieza a hacer uso de diuréticos (cola de caballo, infusiones “adelgazantes”, alcachofa...). En junio de ese mismo año, al mes de haber comenzado la dieta, realiza la primera purga (vómito) tras la ingesta de comida calórica en una celebración familiar. A partir de ese momento comienzan los atracones seguidos de purgas; refiere un comienzo gradual, teniendo una frecuencia de una vez a la semana al comienzo del problema. Desde entonces, se han sucedido periodos sin vómitos (máximo de 7 meses) con otros de alta sintomatología, relacionándolo con el nivel de ansiedad de cada momento.

A los 20 años comienza otra relación de pareja, tras una primera etapa de estabilidad, al año decidieron irse a vivir juntos y las discusiones comenzaron a ser frecuentes, momento a raíz del cual refiere un aumento de la sintomatología (atracon seguido de vómito), llegando a una frecuencia de tres veces al día. A los 23 años, ella descubre una infidelidad por parte de él, y decide terminar la relación. Tras la ruptura, estuvo en tratamiento psicológico durante un año, en el que dice haber trabajado de forma exclusiva la dependencia emocional.

Relata un aumento de la sintomatología de atracones/purgas, junto a las ideas de muerte, a partir de las navidades de 2016. Refiere que en la época navideña comenzó a sentir un gran vacío, provocado por lo que estas fechas representan. Además, experimentó gran angustia en las comidas familiares, aumentando la frecuencia de atracones y purgas. En enero de 2017 acude al médico de cabecera, refiriendo sintomatología ansiosa y depresiva, entre la que destacan grandes dificultades para conciliar el sueño. El médico le receta paroxetina, momento a partir del cual L.P. dice sentir una disminución de la sintomatología depresiva, y desaparición de los pensamientos de muerte, sin embargo, continua la sintomatología de BN.

En el momento de acudir a consulta, a finales de enero de 2017, L.P. mantiene una alta restricción alimentaria, no realizando la cena, y tiene varios alimentos “prohibidos” (pan, pasta, bollería) que son los que ingiere durante los atracones, los cuales siempre van seguidos de vómitos; éstos tienen una frecuencia de tres veces en semana, presentándose a cualquier hora y sitio, siempre y cuando la paciente se encuentre sola; además, sigue haciendo uso de diuréticos. Expresa que estas conductas crean una alta interferencia en otras áreas de su vida, y refiere estar “en un punto horrible” en el que necesita ayuda.

## ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

La evaluación se extendió durante las primeras 2 sesiones, que tienen una periodicidad semanal. Para ello se hizo uso de diversas herramientas de evaluación.

- **Entrevista semiestructurada:** entrevista elaborada por el centro ITEM que permite una comprensión global del paciente, a la vez que se establecen las bases de la relación terapéutica. De forma previa a la entrevista, se pregunta el motivo de consulta mediante contacto telefónico, donde la paciente especifica que tiene problemas alimentarios. Las áreas evaluadas son las siguientes: motivo de consulta, peso corporal, conducta alimentaria, imagen corporal, tratamientos previos, historial médico, historia familiar, historia social y del desarrollo, y síntomas comórbidos.

Así mismo, se emplearon una serie de cuestionarios, que podrían dividirse en dos grupos.

Aquellos específicos para la evaluación de los TCA:

- **BITE:** *Test de Investigación de la Bulimia de Edimburgo (Bulimia Investigatory Test Edimburgh):* instrumento autoadministrado diseñado por Henderson et.al, para valorar sintomatología bulímica. Consta de 33 ítems, agrupados en dos subescalas. La escala de síntomas está formada por 30 ítems (respuesta sí/no), mientras que la de gravedad está formada por 3 ítems (escala tipo Likert de 0: nunca a 7: cinco veces al día). La puntuación total es la suma de ambas escalas, situándose en 25 la puntuación directa a partir de la cual se establece el diagnóstico de Bulimia Nerviosa. La fiabilidad entre ítems es de 0,96 para la escala de síntomas y de 0,62 para la de gravedad. La versión adaptada y validada en español fue desarrollada por T. Rivas et al. (2004).
- **EDE-Q:** *Cuestionario Examen de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorders Examination-Questionnaire):* cuestionario autoadministrado (Fairburn y Beglin, 1993), consta de 40 ítems con respuesta en una escala tipo Likert (0: nunca; 6: todos los días), que hace referencia a la frecuencia de ciertas conductas en el último mes o últimos 3 meses, y evalúa cuatro subescalas: restricción dietética, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura corporal. El punto de corte está establecido en 4 (Carter et al., 2001). La versión en castellano ha sido validada en población española (Villoreal et al., 2011; Penelo et al., 2012; Peláez-Fernández, Labrador y Raich,

2013). Se ha encontrado una consistencia interna satisfactoria en las cuatro subescalas y en la puntuación global del EDE-Q ( $\alpha \geq 0,81$ ) de la versión española del cuestionario (Villarroel et al., 2011).

Aquellos que abarcan otras áreas de interés para la evaluación psicopatológica:

- **BDI-II:** *Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory- II)*: Creado por Beck et al. (1996). Este cuestionario evalúa la existencia o severidad de síntomas de depresión. Consta de 21 ítems, con cuatro posibles respuestas, seleccionando el encuestado la que mejor se aplique a su caso. La puntuación global permite estimar la intensidad de la depresión. Esta segunda edición fue adaptada al español por Sanz, Navarro y Vázquez (2003), y muestra una buena consistencia interna ( $\alpha=0,89$ ).
- **DEERS:** *Escala de Dificultades de la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale)*: desarrollada por Gratz, K. L., y Roemer, L (2004), la adaptación española llegó de la mano de Hervás y Jódar (2008). Mide diferentes aspectos desadaptados de la regulación emocional, estando la versión española compuesta por 5 factores: desatención, confusión, rechazo, interferencia y descontrol. La escala está compuesta por 28 ítems, en los cuales el sujeto debe seleccionar en una escala de uno a cinco (siendo 1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”) la frecuencia con la que se siente identificado con cada afirmación. La escala DEERS original demostró tener una alta consistencia interna ( $\alpha=0,93$ ) y una buena fiabilidad test-retest ( $\rho= 0,88$ ,  $p < ,01$ ) (Gratz y Roemer, 2004). En cuanto a la versión española, presentó una alta consistencia interna ( $\alpha=0,93$ ) (Hervás y Jódar, 2008).
- **STAI:** *Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (State Trait Anxiety Inventory)* desarrollado por Spielberger et al. (1970), este instrumento permite la autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio y como rasgo latente; de modo que el inventario consta de dos partes con 20 ítems cada una de ellas, empleando una escala tipo Lickert de 0-3. Se ha hecho uso de la adaptación española de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero, 2011; la cual presenta una consistencia interna  $\alpha$  de entre 0,89-0,95 en ansiedad estado (A/E), y entre 0,82-0,91 en ansiedad rasgo (A/R).
- **UPPS-P:** *Cuestionario de Impulsividad (Impulsive Behaviour Scale)*: desarrollado por Whiteside y Lynam (2001); la validación española fue realizada por Verdejo, Lozano, Moya, Alcázar y Pérez (2010). Se trata de una medida de autoinforme, en la versión

española, la versión corta (Cándido, Orduña, Perales, Verdejo y Billieux, 2012) consta de 20 ítems que miden cinco rasgos diferentes de la impulsividad: *Urgencia negativa*, *Falta de perseverancia*, *Falta de premeditación*, *Búsqueda de sensaciones* y *Urgencia positiva*; cada una de ellas medida a través de cuatro ítems. La consistencia interna oscilan entre  $\alpha=0,61$  y  $0,81$ .

## ANÁLISIS FUNCIONAL

A continuación, se expone el análisis funcional del caso clínico, que pretende explicar cómo surgen y cómo y por qué se mantienen las conductas de atracón y vómito.

### Antecedentes:

#### **Factores predisponentes/Variables moduladoras**

##### - *Variables ambientales, sociales y familiares:*

Durante el proceso de evaluación, L.P. describe una serie de factores referentes a su entorno físico, social y cultural que han influido e influyen en su conducta.

En referencia a su contexto más próximo, L.P. refiere que las interacciones en el ámbito familiar han sido siempre ambivalentes y conflictivas. Por una parte, vive en una familia que da gran importancia al físico y a la imagen corporal; siendo juzgada su valía a partir del cumplimiento de ciertos estándares estéticos. Dice haber sido señalada siempre como “el patito feo de la familia”, recibiendo críticas directas de su padre. La relación con su padre ha sido y sigue siendo conflictiva, refiere que siempre la ha insultado tanto a ella como a su madre y hermana, y que siempre la han juzgado en base a sus logros estéticos y laborales. En cuanto a su madre y hermana, no ha recibido nunca críticas de su parte, pero sí le han transmitido a través de sus comportamientos (elevado autocuidado físico), la importancia de la imagen física en relación a su logro personal. Además, nombra la desestructuración familiar en lo referente a las comidas como factor de riesgo: no recuerda la realización de comidas en familia, cada miembro se cocina y come por su cuenta.

En las relaciones sociales también ha visto fomentado este culto por la delgadez, siendo reforzada positivamente por sus amistades cada vez que adelgazaba, y recibiendo constantes críticas por parte de sus parejas sentimentales con relación a su cuerpo.

Todo ello se ha visto a su vez fomentado por los valores socioculturales imperantes en la actualidad en relación al físico y la belleza. Como es ampliamente conocido, los medios de comunicación ensalzan la delgadez como ideal de belleza, y transmiten el mensaje de que cambiar el cuerpo “es fácil” y se trata simplemente de “fuerza de voluntad”, por lo que las personas que no se ajustan a los modelos estéticos imperantes, tienen este modelo de delgadez internalizado (la paciente a través de su familia), tienen una mayor facilidad de ser sensibles a la frustración, y que expresen su insatisfacción con la vida a través de este medio, y lo atribuyen a tener una “debilidad” personal.

- *Variables personales o disposicionales:*

Por un lado, los antecedentes maternos de trastorno psicopatológico (esquizofrenia) indican una posible predisposición biológica a sufrir algún tipo de patología mental. En referencia a esta vulnerabilidad biológica, también se ha de tener en cuenta el temperamento de la paciente, quien muestra cierta tendencia a la impulsividad, y a la búsqueda sensaciones novedosas.

No obstante, para que estos factores activen esta vulnerabilidad a sufrir esta patología alimentaria, es necesario entender su interacción con la historia de aprendizaje de la paciente. Dentro de dicha historia destaca el continuo intento de alcance del ideal estético, que ha sido muy reforzado, principalmente desde el ámbito familiar; esto significa que su conducta, en gran medida, ha estado marcada por discriminativos externos. La comparación continua con referentes familiares y culturales ha provocado el desarrollo de una elevada insatisfacción y valoración negativa de su propio cuerpo. Por otra parte, la ausencia de discriminativos internos provocan la ausencia de aprendizaje de conductas de autocontrol, que junto al aprendizaje por modelado de conductas desadaptativas en su regulación emocional, han dado lugar a una tendencia a solucionar sus problemas de forma impulsiva, y con escasa capacidad de solucionar sus dificultades emocionales desde una perspectiva adaptativa. Además, mediante la interacción de todos estos factores, la paciente ha desarrollado una personalidad con rasgos neuróticos, tendente a la emocionalidad negativa, y de desconfianza hacia los otros.

Además, la paciente presenta un estilo cognitivo rígido, con una marcada tendencia al perfeccionismo. Esto, junto al sentimiento continuo de presentar sobrepeso y una baja autoestima, incrementa el riesgo de padecer una patología alimentaria. Por último, mencionar que la paciente ha desarrollado un conjunto de creencias negativas y alteraciones cognitivas en relación a su

cuerpo, la cual se ha formado a lo largo de su historia de aprendizaje, en la cual han influido en gran medida las críticas y burlas recibidas hacia su apariencia física.

- *Fortalezas o factores de protección:*

La paciente presenta una serie de recursos personales, que ayudan a que la gravedad de esta enfermedad no impacte de forma notable en su entorno personal. El primero va referido al contexto social, tiene unas adecuadas habilidades sociales, por lo que mantiene un pequeño círculo de apoyo (hermana, primo, algunos amigos). Además, es relevante el papel de su abuela materna en relación a las conductas problemas, ya que es la única persona de su familia que mantiene unos hábitos alimenticios (comidas en horas regulares, primer, segundo y tercer plato, cantidades adecuadas) y hace esfuerzos porque su nieta los siga cuando va a visitarla, también le lleva comida a casa. Referente al área académica, la paciente tiene buenas capacidades cognitivas y de rendimiento, tiene estudios superiores, cursando actualmente los de segundo ciclo, por lo que esa área, aunque ha encontrado dificultades, se ha mantenido activa. Además, L.P. trabaja actualmente, lo que le permite tener cierta independencia económica. Por último, mencionar como fortaleza la motivación intrínseca que ha mostrado la paciente respecto al cambio, acudiendo por voluntad propia a terapia.

**Variables desencadenantes**

- *Variables remotas*

Existen una serie de situaciones de estrés que inducen la aparición del trastorno. Por un lado, las críticas continuas sobre su aspecto hacen que L.P. inicie sus primeras dietas restrictivas. Adicionalmente, las conductas problema parecen dispararse a partir de un acontecimiento vital que implica un cambio brusco, como es su primera ruptura sentimental.

- *Variables inmediatas*

En la actualidad, las conductas problema de sobreingestas/purgas aparecen ante múltiples situaciones que generan en la paciente sentimientos de rechazo y de soledad, principalmente. Aunque otras emociones negativas, como el aburrimiento, también funcionan como estímulo discriminativo para la aparición de estas conductas.

### **Conductas problema relacionadas con la patología alimentaria**

- *Preocupación excesiva hacia la figura y el peso*: aumentada a través de un sesgo atencional por el cual solo se compara con aquellas personas que están más delgadas que ella. Además, tiende a la generalización, por lo cual, “todas las personas son más delgadas”. También está presente el pensamiento dicotómico “todo-o-nada”, por lo que la paciente tiende a ver las cosas en términos extremos, así tiende a clasificar los días en buenos o malos, sentir que tiene autocontrol (periodo restrictivo) o que carece de este (atracones), considera las comidas como las “que engordan” y las que no, etc.
- *No presenta adecuados patrones alimentarios de cinco comidas*.
- *Dietas restrictivas*: la paciente realiza varios tipos de dietas: evita comer (ayunos completos, sobre todo tras episodios de atracón), restringe la cantidad de comida ingerida y evita ciertos tipos de comida (aquella que considera que engorda).
- *Ingesta compulsiva*: ingesta en periodos determinados de grandes cantidades de alimentos, superiores a lo que se consideraría normal.
- *Conductas compensatorias*: vómito autoinducido y uso de laxantes.
- *Conductas de comprobación*: mirarse repetidamente el grosor de los muslos, compararse con otras chicas, etc.
- *Conductas de evitación*: evita ciertas situaciones sociales relacionadas con celebraciones y presencia de grandes cantidades de comida, así como la exposición de ciertas partes del cuerpo, como los muslos y la barriga (ej.: no se pone en bikini)
- *Estado de ansiedad*: ante este estado de alerta y preocupación constante, la activación fisiológica es elevada, presentando la paciente tensión muscular, pulsaciones elevadas, cansancio, entre otros.
- *Estado de ánimo depresivo*: sentimientos de vacío, desesperanza, culpabilidad...En este ánimo influyen las cogniciones de valía directamente relacionadas con la IC, “no valgo nada porque estoy gorda”. A nivel motor, se observa aumento del llanto y disminución de actividades sociales. Se produce una disminución de la actividad fisiológica.
- *Dificultad para conciliar el sueño y dificultades de concentración*: derivado de todas las conductas previamente mencionadas, es a su vez un problema en sí mismo.

### **Conductas problema no directamente relacionadas con el TCA**

La paciente presenta una serie de conductas problema que no se relacionan directamente con la patología alimentaria, y que dadas las condiciones y los tiempos del periodo de prácticas en las cuales se plantea la intervención *no son abordadas*. Por tanto, quedan pendientes de una evaluación en profundidad y la correspondiente intervención y aquí son descritos:

- Su elevada impulsividad: en todas las áreas de la vida, no sólo la alimentaria. Especialmente observable en cuanto al sexo, pues la paciente tiene relaciones sexuales con diferentes parejas con una frecuencia elevada. Esto puede tener consecuencias negativas como enfermedades, embarazo no deseado, etc.
- Su entorno familiar: la paciente ha crecido y vive en una familia desestructurada en la cual el padre tiene un estilo autoritario, las peleas son frecuentes, existe falta de confianza entre otros. Se obtiene la colaboración de la hermana y se la apoya con psicoeducación.
- Sus relaciones sociales: la paciente describe la falta de amigos de confianza y de tener una pareja con angustia y sentimientos de vacío.

### **Consecuentes**

#### **A corto plazo**

Estas conductas problema (restricción alimentaria, purgas, comprobación y evitación) proporcionan a L.P. la sensación de control en su vida, relacionado con conseguir esa esperada delgadez, lo cual es muy reforzante ya que es una sensación que no experimenta en otras áreas (y así conseguir disminuir las críticas familiares, y posibilitar gustar a los otros). Además, la conducta restrictiva, que es la única visible para los demás se ve reforzada por el entorno, el cual valora la preocupación y cuidado por el cuerpo. En cuanto a los episodios de atracones, facilitan un importante reforzamiento negativo, al ayudar a eliminar o disminuir emociones valoradas como negativas por la paciente (soledad, rechazo, aburrimiento...); mientras que a su vez obtiene un reforzamiento positivo al generar un estado de excitación y euforia. Además, la comida en sí mismo actúa como refuerzo positivo, el placer de comer alimentos que la gustan.



### **A medio/largo plazo**

Las consecuencias de sus conductas problema son muy negativas en casi todas las áreas de su vida: aumentan las emociones negativas (tristeza, culpa, vergüenza, entre otros), provocan daños en su salud (mareo y cansancio especialmente notables tras vómitos, hinchazón en la cara, caída de pelo), las relaciones sociales se ven afectadas ya que las conductas de evitación hacen que pierda contactos, y su peor estado anímico genera más conflictos familiares. En cuanto al rendimiento académico y laboral, también se han visto afectados (ha disminuido ligeramente su rendimiento, se siente menos competente al compararse con los demás), ya que su concentración ha disminuido.

## **FORMULACIÓN CLÍNICA**

### **Hipótesis de adquisición**

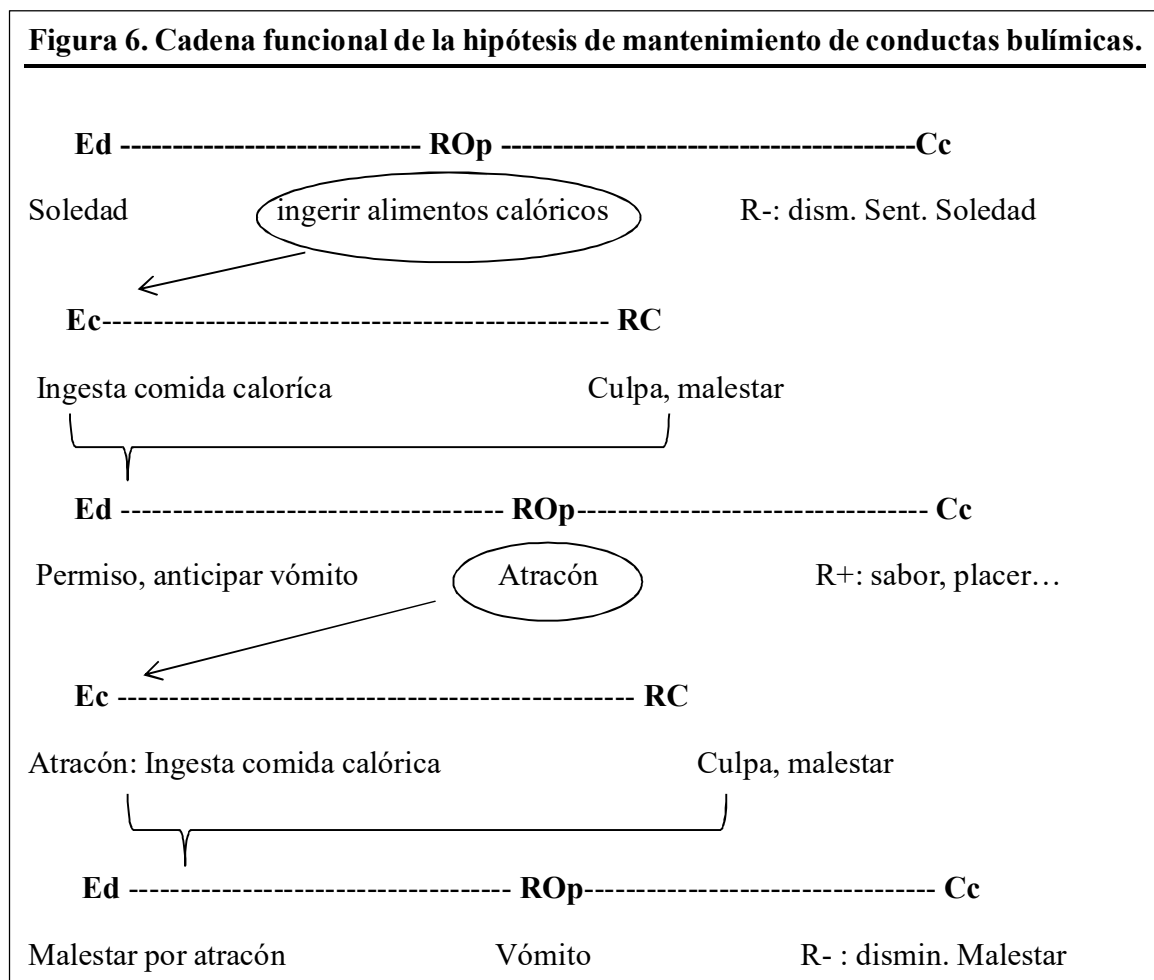
Desde pequeña L.P. realiza dietas restrictivas en las que pierde peso, recibiendo aprobación familiar, lo que produce una asociación por reforzamiento positivo entre dieta, el bienestar y una mayor autoestima. La conducta de dietas restrictivas se ve aumentada tras una ruptura sentimental, que la paciente atribuye a su peso. A partir de este momento, además del reforzamiento positivo asociado a la dieta, cobra relevancia el mecanismo contrario, es decir, el castigo ante la conducta de comer alimentos calóricos. Se hipotetiza que esta asociación aversiva lleva a que L.P. mantenga conductas de evitación ante estos alimentos, convirtiéndose en “alimentos prohibidos”. Esta asociación a su vez lleva a que la paciente experimente sentimientos de culpabilidad cada vez que los ingiere, elicitando verbalizaciones de fracaso personal. Por último, la evitación constante de alimentos calóricos a los que se somete la paciente aumenta el valor reforzante de estos alimentos.

### **Hipótesis de mantenimiento**

Tras los periodos de restricción, se producen una serie de "fracasos" al comer alimentos prohibidos, discriminada tal conducta por emociones que la paciente experimenta como negativas, tales como la soledad o el sentimiento de rechazo; la conducta de ingesta se ve reforzada negativamente mediante la disminución de las emociones negativas previamente nombradas. Sin embargo, tras este reforzamiento inmediato, aumenta la emocionalidad negativa y surgen alteraciones cognitivas como "estoy como una foca", "si como pan nunca voy a estar delgada", etc. La culpa y el malestar experimentado finalmente elicitán verbalizaciones de permiso: "qué más da un bollo más" junto a

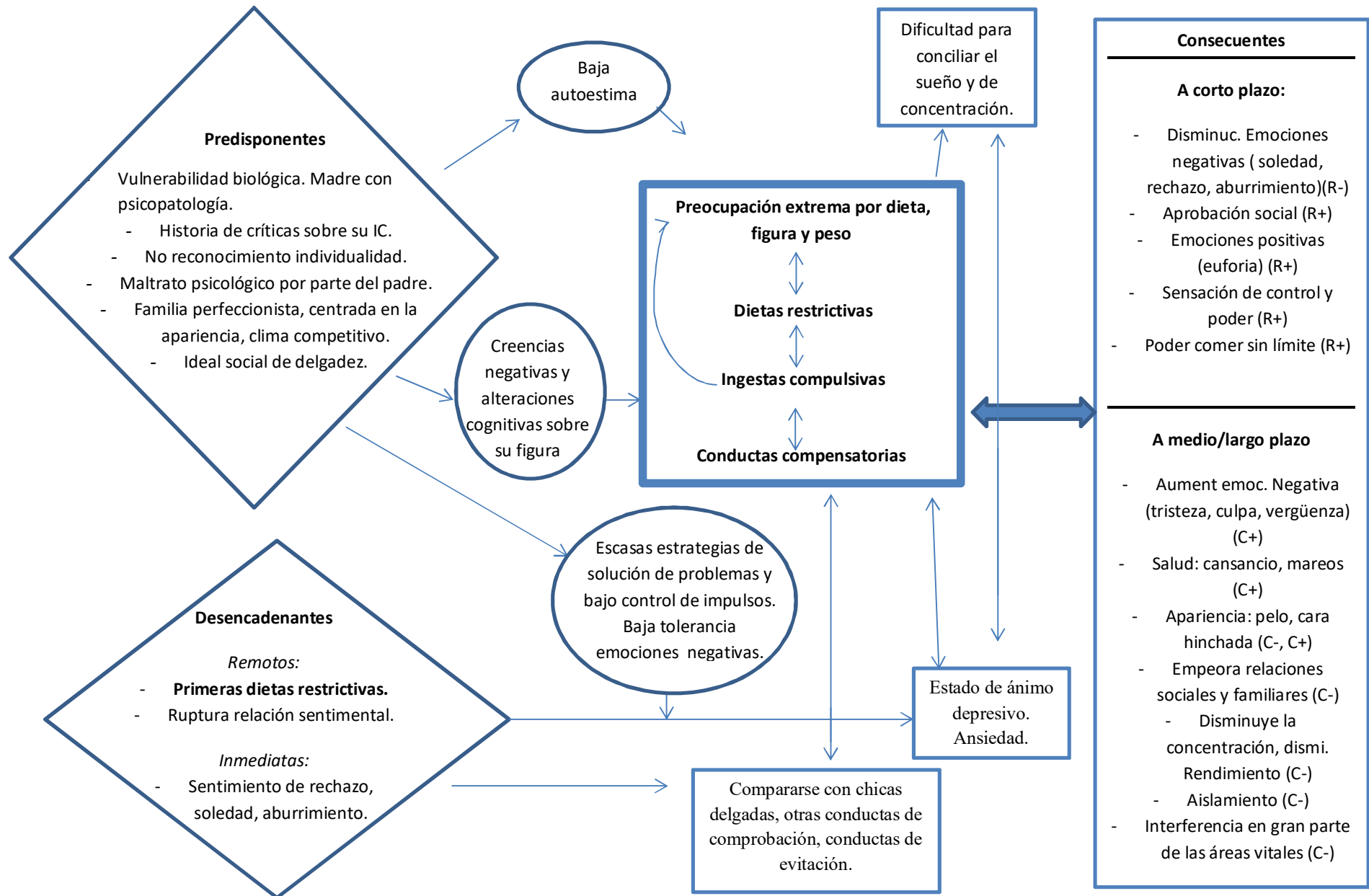
la anticipación del vómito, lo que discrimina la conducta de atracón, que se mantiene por el valor reforzante de la comida. El atracón lleva a una serie de sensaciones, condicionadas (culpa) e incondicionadas (malestar intestinal) que discriminan el vómito, el cual es reforzado negativamente por la disminución de tales sensaciones. Como respuesta a estos episodios de sobreingestas, que a su vez exacerbaban la preocupación por la figura y el peso, L.P. comienza un nuevo periodo de restricción alimentaria, reforzado nuevamente por la sensación de autocontrol, generándose así un círculo en el cual la dieta propicia el episodio de sobreingesta, y es a su vez la respuesta a éste.

A continuación, se detalla esta cadena funcional (figura 6), a partir de cualquier situación que genere en la paciente una emoción negativa que haga la función de estímulo discriminativo.



Por último, se presenta un resumen (figura 7) de la formulación clínica del caso L.P.

**Figura 7. Cuadro resumen formulación clínica de caso de L.P**



## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

Según la información que se pudo recoger y contrastar mediante las entrevistas, cuestionarios y auto-registros, se pudo determinar la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM-5 (APA, 2013), de (F50.2) Bulimia Nerviosa [307.25]. Los criterios diagnósticos de la BN se especifican en el Anexo 2.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se trata de un experimento de caso único (N=1), en el cual se utiliza un diseño sin retirada A-B (Montero y Leon, 2007). Por lo tanto, el individuo es el propio control, y se mide el cambio/efecto que produce el tratamiento sobre los objetivos terapéuticos establecidos.

## **INTERVENCIÓN**

### **TRATAMIENTO MÁS ADECUADO PARA EL CASO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Según la APA (American Psychiatric Association, 2000), la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) es el tratamiento más investigado y con mayor apoyo empírico para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, siendo eficaz en las principales áreas disfuncionales del trastorno: episodios de atracones, dietas restrictivas y actitudes disfuncionales hacia la imagen corporal; hallándose además una reducción significativa de la sintomatología asociada (depresión, ansiedad).

La TCC cuenta con numerosos estudios que la comparan con una gran variedad de tratamientos, aunque en su mayoría se trata de estudios poco recientes. Los hallazgos empíricos de la literatura muestran:

- a) Mayor eficacia demostrada de la TCC frente a la Terapia Interpersonal (Fairburn et al., 1995; Agras et al., 2000).

- b) Mayor eficacia demostrada de la TCC frente a la Terapia puramente Conductual (Fairburn et al., 1991).
- c) Mayor eficacia demostrada de la TCC frente a la Terapia de Apoyo Expresivo, de orientación psicodinámica (Garner et al, 1993).
- d) Mayor eficacia demostrada de la TCC frente a la TCC más la exposición con prevención de respuesta (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce, 1998).
- e) Mayor eficacia demostrada de la TCC frente a la medicación antidepresiva (tricíclicos y fluoxetina). La combinación de TCC y la medicación es modestamente superior a sólo aplicar TCC (Wilson, Fairburn y Agras, 1997).

Dado que los estudios mencionados comparaban la TCC-BN (específica para Bulimia Nerviosa), los ensayos más recientes confirman que la TCC (en su versión extendida) es un tratamiento transdiagnóstico con evidencia para la AN.

## **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

Con base en el análisis funcional del caso clínico, se plantea como objetivo central de la terapia la supresión de la sintomatología alimentaria característica del trastorno por Bulimia Nerviosa. No se va a abordar otros problemas psicológicos/familiares asociados mencionados previamente.

### **Objetivos específicos relacionados con la patología alimentaria.**

1. Incrementar y mantener la adherencia al tratamiento (en base a la búsqueda de la motivación al cambio de la paciente).
2. Incorporar un patrón alimentario de cinco ingestas diarias.
3. Reducir el número de atracones.
4. Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida de peso (vómitos autoinducidos, uso de diuréticos y dietas restrictivas).
5. Mejorar su autoconcepto, no centrándose únicamente en la figura y el peso.

## **ELECCIÓN DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EN FUNCIÓN DE LOS OBJETIVOS**

### **1. Mejorar la adherencia al tratamiento (incremento de la motivación al cambio).**

- Explicación de su modelo de funcionamiento personal.
- Balance de beneficios y daños de abandonar/continuar con la conducta problema.
- Evaluación de consecuencias a medio/largo plazo de abandonar/continuar con la conducta problema.
- Evaluar y potenciar expectativas de autoeficacia.

### **2. Incorporar un patrón alimentario de cinco ingestas diarias.**

- Planificación de las ingestas.
- Autorregistro de ingestas (Fairburn, 1995).
- Técnicas de control estimular.

### **3. Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a pérdida de peso (vómitos autoinducidos, uso de laxantes y dietas restrictivas).**

- Psicoeducación: efectos de las dietas extremas, empleo de métodos inadecuados para controlar el peso (Fairburn, 1995), concepto de IMC y peso natural (teoría del *set-point*).
- Autorregistro de conductas compensatorias (Fairburn, 1995).
- Técnica de resolución de problemas (D’Zurrilla y Nezu, 1999).
- Entrenamiento en respiración diafragmática.
- Exposición a alimentos “prohibidos”.

### **4. Reducir el número de atracones.**

- Psicoeducación: problemas físicos derivados de los atracones (Fairburn, 1995), curva de la ansiedad.
- Planificación de actividades alternativas (Fairburn, 1995).
- Técnicas de control estimular.
- Técnica de solución de problemas (D’Zurrilla y Nezu, 1999).

### **5. Mejorar su autoconcepto, no centrándose únicamente en la figura y el peso.**

- Identificar la sobrevaloración de la importancia de la figura y el peso (tarta de la autoestima) y sus consecuencias.

- Activación conductual: identificar y llevar a cabo nuevas actividades gratificantes relacionadas con otras áreas de su autoconcepto.
- Reestructuración cognitiva: modificación de las alteraciones cognitivas relacionadas con la autoestima e imagen corporal.

## **APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO**

El tratamiento se llevó a cabo en 20 sesiones de 60 minutos de duración. La periodicidad de las sesiones fue semanal, salvo entre las sesiones 12 y 13, en las que hubo un periodo de dos semanas sin intervención, debido a que la paciente alegó no poder acudir por motivos de trabajo y estudios. La intervención se inició tras dos sesiones de evaluación. A partir de la tercera consulta, las sesiones constan siempre de una misma estructura, la cual es explicada a la paciente al finalizar la fase de evaluación. Dicha estructura estándar es la siguiente:

- Revisión periodo inter-sesiones: la paciente cuenta cómo ha ido la semana y los acontecimientos importantes o situaciones problemáticas que han surgido.
- Revisión de las tareas asignadas para casa.
- Trabajo en los objetivos concretados para ese día.
- Establecimiento de tareas para casa para la próxima sesión.
- Peso en consulta de la paciente: al seguir el modelo de intervención de Fairburn (2003), el IMC se evalúa de forma directa y semanal, no informando a la paciente directamente de su peso (se habla de IMC como indicador de salud)

Además, con una frecuencia aproximada de dos semanas se tienen sesiones conjuntas con la hermana de la paciente (últimos 15 minutos de la sesión). Estas sesiones posibilitan por una parte ampliar la información proporcionada por L.P, y por otra supone un apoyo directo a la paciente, tanto a nivel emocional (acompañamiento, escucha...) como en la reducción de síntomas (fomento buenos hábitos alimentarios, acompañamiento durante y tras las comidas, distracción, dificultad conductas purgativas, etc.). El trabajo con la hermana se centra por tanto en la proporción de información con relación al TCA y de pautas básicas dirigidas a la consecución de los objetivos terapéuticos.

A continuación se describe el contenido trabajado en las sesiones, organizado según el tipo de técnica empleada:

### **1. Psicoeducación.**

Se ofrece a lo largo de todo el tratamiento, si bien la mayor parte se trabaja en las primeras sesiones, se trata de proporcionar información adaptada al paciente acerca de:

- *Empleo de métodos inadecuados para controlar el peso:* dieta como desencadenante y mantenedor de los episodios de atracones, la conducta de vómito como conducta compensatoria, mitos e ineficacia del vómito autoinducido y de los diuréticos para controlar el peso.
- *Consecuencias de la BN:* problemas físicos comúnmente asociados a la BN (atracones, vómito autoinducido y uso de diuréticos), como son pérdidas dentales, de pelo, úlcera de hiato, problemas electrolíticos/cardíaco, problemas renales por la deshidratación.
- *El peso:* el indicador de salud como IMC, como tasa metabólica/ teoría del set-point, ¿puedo tener el peso que quiero?
- *Curva de la ansiedad y su sistema tripartito de respuesta* (cognitivo, fisiológico y conductual).
- *Autoevaluación, autoconcepto, autoestima:* diferencias y relación entre conceptos, aspectos importantes sobre los que las personas podemos juzgarnos y cómo en los TCA existe una idea sobrevalorada acerca de la figura y el peso.
- *Conductas de comprobación y evitación:* mantenedoras del problema.
- *Dieta estricta:* tipos (evitar comer, contención dietética y restricción dietética), círculo dieta-ingesta compulsiva, efectos de hacer dieta (físicos, cognitivos y emocionales).

### **2. Tareas de motivación al cambio**

Estas tareas se introducen tras las primeras sesiones, en las cuales se han sentado las bases – a través de la formulación del caso y la psicoeducación- para una discusión detallada de los pros y los contras del cambio. Estas sesiones son consideradas como necesarias, ya que si



bien la paciente acude por voluntad propia y manifiesta el deseo de abandonar las conductas de atracones y vómitos, no ocurre lo mismo con las conductas de restricción alimentaria. La paciente ve estas conductas como egosintónicas, y por tanto no las quiere abandonar. Por ello, una vez explicado el papel de la dieta restrictiva en el mantenimiento de los patrones de la BN (sobreingestas/purgas), se trabaja la motivación al cambio, promoviendo que sea la paciente quien tome la decisión de modificar estas conductas (incluida la dieta extrema), y no sea algo impuesto por el terapeuta. Las tareas incluidas son las siguientes:

- a) Creación de una lista de pros/contras actuales del cambio, ¿en qué mejoraría tu vida si?
- b) Creación de una lista de pros y contras futuros del cambio, ¿qué te gustaría que pasaría dentro de 5 años, qué te gustaría que se dijera de ti?
- c) El coste de cambiar, ¿qué pierdo o no sé comunicar ahora de otra manera?
- d) Discusión autoeficacia percibida, posibles barreras, y toma de acción.

### 3. Técnicas conductuales

- *Autoobservación y auto-registros.*

La monitorización de las ingestas es una parte fundamental del tratamiento. El objetivo de esta tarea es, por una parte, que la paciente adquiera información acerca de su problema alimentario, y por otra, que esta adquisición de conciencia del problema ayude al cambio. A continuación se presenta el formato de registro. El asterisco indica si la paciente considera esa ingesta excesiva, y en la siguiente columna (V/L) se registra el empleo de vómito autoinducido o laxantes; la última columna está reservada para cualquier incidencia que influya en las comidas, así como los sentimientos que se producen antes y después de la ingesta.

Hora	Comida y bebida consumidas	Lugar	*	V/L	Contexto y comentarios

Nota. Registro de control alimentario. Extraído de Fairburn (1995).

- *Instauración patrón alimentario de 5 comidas: Modelado*

El objetivo será hacer cinco ingestas planificadas al día: tres principales y dos tentempiés. Dado que L.P. presenta un patrón completamente desestructurado de ingestas, la instauración de las cinco comidas diarias supondrá regular el circuito de hambre-saciedad, que actualmente es caótico, mientras a su vez, supondrá la desaparición de uno de los métodos de restricción alimentaria que presenta la paciente: no comer durante largos periodos de tiempo. L.P. deberá guiarse por la planificación establecida, con el fin de regular sus sensaciones de hambre y saciedad, las cuales están alteradas dado el patrón desestructurado de alimentación que ha mantenido hasta el momento. La instauración de las ingestas se hizo de forma gradual, comenzando por el desayuno y la comida, las cuales le suponían menor dificultad; a continuación se introdujo la cena; y por último los tentempiés (almuerzo y merienda). El cambio de rutina según los días de la semana (horario de comida, compañía o no...) debidos a trabajo y estudios supusieron una dificultad en el establecimiento de dichos patrones.

- *Entrenamiento en respuesta alternativa.*

Esta técnica de autocontrol se emplea principalmente para el manejo de los impulsos de comer compulsivamente. Consiste en entrenar a la paciente para que ponga en práctica conductas que interfieren o impiden la conducta problema (episodios de sobreingestas).

En primer lugar, se le pide a L.P. que confeccione una lista con todas las actividades alternativas que se le ocurran, las cuales sean incompatibles con comer, y se trabajan en terapia para ver cuáles son más adecuadas. Se promueven aquellas que implican acción, frente aquellas que son más pasivas (Ej: ver la tele – no es incompatible con comer-). Una vez elegidas, se le pide a L.P. que las escriba en un trozo de papel tamaño tarjeta, para que lo pueda tener siempre a mano, y las ponga en práctica ante el impulso de comer compulsivamente).

- *Técnicas de control estimular*

Este grupo de estrategias busca la alteración de los factores que preceden a la conducta problema (atracción y conductas compensatorias) e inciden sobre ella inhibiendo su aparición.

Al principio se comenzará manejando los contextos de forma que L.P. se exponga lo mínimo posible a estímulos que estén fuertemente asociados a las conductas que se desea reducir/eliminar, para ir progresivamente fortaleciendo la presencia de conductas alternativas más deseables, mientras va adquiriendo herramientas que le ayudan a enfrentarse a estas situaciones más conflictivas.

- Cambios en el medio social: se utiliza la presencia de otras personas como medio de influir en el comportamiento. Concretamente, la presencia de su hermana, la cual conoce el problema, disminuye tanto los atracones como las purgas (no ocurre con otras personas), por lo que se trabaja junto a la hermana para que aumente el número de veces en las que hacen las ingestas juntas. Por otra parte, L.P. refería que las únicas veces que comía bien era en casa de su abuela, ya que en ella llevaba a cabo pautas adecuadas de alimentación, por lo que se establece que dos días/sem. coma con ella.
- Restringir los estímulos discriminativos: evitar el contacto innecesario con la comida (comer únicamente a las horas establecidas, ir a comprar comida solo cuando sea necesario y de forma planificada), no llevar más dinero del necesario, limitar la comida disponible...
- Presentar estímulos discriminativos que incrementen la probabilidad de aparición de la conducta que se quiere instaurar: llevar lista de la compra, llevar el tentempié preparado al trabajo...
- Modificar las condiciones fisiológicas: hacer la compra después de comer, no dejar que pasen más de 3-4 horas sin comer...
- Cambios en la secuencia habitual de conductas: se indica a la paciente que ponga los cubiertos en el plato una vez introducido el alimento en la boca, que mastique suficientemente la comida antes de tragar, y que vuelva a repetir este patrón; se consigue de este modo cortar una ingesta excesivamente rápida, que podría provocar un atracón al tener la paciente una sensación de saciedad reducida al acabar la comida e ingerir cantidades excesivas de alimento.

#### **4. Técnica de solución de problemas**

Se plantea esta técnica como modo de afrontamiento de situaciones problemáticas y se analizó, de forma conjunta con la paciente (haciendo uso de los autorregistros), cómo las ingestas compulsivas tienden a darse en momentos de estrés.

Se muestra a la paciente el procedimiento y se practica con ella paso a paso la técnica haciendo uso de una situación problemática que desembocó en un atracón en el autorregistro del día previo a la sesión. Se le pide que ponga en práctica la técnica a partir de este momento en su vida diaria. Si bien se le explica que las habilidades para solucionar problemas son útiles en muchas áreas, se le pide que preste especial atención a aquellas situaciones que suelen generar problemas alimentarios; para ello, cuando surja un problema debe escribirlo en la columna 6 (contexto y comentarios) del registro diario de alimentación, y describir en el reverso de la página los pasos que ha seguido para resolverlo. Por último, debe hacer una revisión del proceso seguido al día siguiente.

#### **5. Técnicas de reestructuración cognitiva**

El abordaje cognitivo tiene lugar de manera transversal durante todo el tratamiento, según los temas tratados en terapia. No obstante, su énfasis es mayor durante las últimas sesiones.

En primer lugar, se proporciona información a la paciente sobre la relación entre cogniciones, conducta y emociones. Se hace especial énfasis en cómo actúan los pensamientos como mediadores del malestar emocional. Se pregunta por estas dificultades de pensamiento/creencias y verbaliza en sesión 13 “me estoy poniendo obesa” por las dificultades de seguir las cinco ingestas. Se decide trabajar sobre este pensamiento:

- Cuestionamiento socrático: ¿En qué momento se comienza a estar obeso?, ¿puede la obesidad concretarse en un peso específico?, ¿pensabas la semana pasada que estabas obesa?, ¿puede pasarse a estar obeso de un día para otro?
- Generación de contra-argumentos: ¿considerarías que otras personas con tu talla o peso están obesas?; aquí se analiza si se aplican las mismas normas rígidas y estrictas a sí misma. También, si está confundiendo la impresión subjetiva “me siento obesa” con la objetiva “estoy obesa estadísticamente hablando”.

- Identificar errores de atribución: hemos visto como el peso fluctúa a lo largo del día y del mes sin que ello signifique un cambio de peso global, ¿puede deberse esa sensación de estar aumentando de peso a otros factores que no sean la realización de las cinco ingestas diarias? La paciente refiere ante esta pregunta que, dado al uso continuado de diuréticos en los últimos meses, el médico le alertó de una posible retención de líquidos temporal tras la retirada de los diuréticos.
- Prueba de realidad: se trabaja con la paciente en terapia este pensamiento, mostrándole la gráfica de peso (refleja el IMC, se muestra la línea sin datos numéricos), donde se muestra que las fluctuaciones en el peso han sido mínimas.
- Por último, se busca una conclusión razonable (pensamiento alternativo) que usará para regir su conducta. Ej: “que me sienta más gorda ahora mismo no quiere decir que lo esté”, “las fluctuaciones de peso son normales”.

Además, se analizan las formas de pensamiento irracional subyacentes a los pensamientos negativos automáticos; para ello se hace uso de los autorregistros ABC (antecedentes, conductas y consecuencias). Algunas de las alteraciones cognitivas identificadas como características de L.P. fueron: pensamiento dicotómico “si engordo un kilo, no podré parar de engordar”, sobregeneralización “el otro día hice las cinco ingestas y me sentía mal, así que si sigo haciendo las ingestas siempre me sentiré mal”, interpretación de pensamiento “la gente me mira porque tengo las piernas demasiado gordas”, los debería “tengo que estar perfecta”, abstracción selectiva “solo puedo tener control a través de la comida”, etiquetado “soy una gorda”, personalización “se reían cuando pasé por delante, seguro que se estaban riendo de mí”. Una vez identificados, se procede al debate socrático de sus ideas irracionales, y se trabaja la generación de pensamientos alternativos.

Se emplea la metáfora del reproductor de DVD (extraída de Fairburn, 2008) para explicar que la mente reproduce automáticamente pensamientos diversos, y que hay que aprender a detectar cuándo se está reproduciendo el DVD de los problemas alimentarios (activación del sistema de creencias que mantiene el TCA), para parar a tiempo y seguir lo aprendido durante la terapia. Se trabaja la identificación de los estímulos que activan dichos pensamientos.

## **6. Técnica de control de la respiración**

Se introduce esta técnica como método para facilitar la exposición, mediante la disminución de la hiper-activación fisiológica que ésta pueda provocar en los primeros momentos. La elección de esta técnica de relajación frente a otras se debe a su mayor rapidez de aprendizaje y facilidad de utilización en la vida cotidiana.

## **7. Técnica de exposición**

Se hará uso de esta técnica con el fin de introducir aquellos alimentos “prohibidos” para la paciente en su vida diaria. En este caso, los alimentos prohibidos son tratados como estímulos fóbicos, cuya evitación mantiene el miedo a ingerirlos, por lo que se emplea la exposición como técnica para hacer frente a dicha evitación. La clave será impedir que la evitación se convierta en una señal de seguridad (periodo libre de ansiedad). De forma previa, se habrá educado a la paciente sobre el funcionamiento de la ansiedad y su triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y conductual); y se habrá entrenado en respiración diafragmática como técnica de relajación que favorezca la exposición.

La técnica de exposición seleccionada es la autoexposición, ya que permite reducir el tiempo de dedicación a esta técnica durante las sesiones y además facilita el mantenimiento de los resultados terapéuticos. A continuación, se describen los pasos a seguir:

1. Confeción lista de alimentos prohibidos: ir a un supermercado y apuntar las comidas que le gustan pero es reacia a comer por el efecto que tenga en su figura o peso.
2. Jerarquizarlos en función del malestar que le produzcan: cuadrante con cuatro grupos de comidas (poco, algo, moderadamente y muy prohibidas)
3. Introducirlos en las comidas, al principio en aquellas en las que la paciente se sienta cómoda. Se prepara la situación donde se van a ingerir estos alimentos antes de hacerlo.
4. Al principio la cantidad de comida no es importante, aunque la meta es que la paciente coma cantidades normales.

Se continúa hasta que no presenta ansiedad sobre la comida. Una vez logrado, puede elegir si desea ingerirlos o, por lo menos, no llevar a cabo una dieta tan estricta.

## 8. Prevención de recaídas

En esta etapa se comprueba que las expectativas de L.P. son realistas, se le enseña a distinguir una “caída” de una recaída, y se repasan los logros alcanzados y las estrategias que han sido más útiles a lo largo de la terapia. A su vez, se repasan los factores de riesgo y, por último, se prepara un plan de acción en caso de que surjan. Por último, se traza un plan de mantenimiento a largo plazo.

A continuación, se presenta para cada sesión la relación entre el trabajo realizado, las tareas para casa y los objetivos terapéuticos trabajados (tabla 3).

**Tabla 3.** *Relación entre objetivos, técnicas y trabajo realizado.*

Sesión	Objetivos	Trabajo realizado	Tareas entre sesiones
<b>FASE DE EVALUACIÓN</b>			
1-2		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentación de la terapeuta.</li> <li>-Inicio de la alianza terapéutica</li> <li>- Evaluación de la historia biográfica y conductas problema.</li> <li>- Evaluación de los objetivos de la paciente.</li> <li>- Explicación del tipo de tratamiento.</li> </ul>	-Cuestionarios PRE.
<b>FASE DE INTERVENCIÓN</b>			
3	1, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devolución de cuestionarios.</li> <li>- Explicación del AF: mecanismos de mantenimiento.</li> <li>- Psicoeducación sobre métodos inadecuados para el control del peso y su función mantenedora del TCA.</li> <li>- Introducción monitorización alimentaria.</li> <li>- Entrevista con la hermana.</li> </ul>	-Autorregistros alimentarios.
4	1, 2, 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión autorregistros.</li> <li>- Introducción patrón regular de comidas y estrategias para corregir pautas inadecuadas de alimentación.</li> <li>- Psicoeducación: consecuencias de la BN (ayuno, atracones, vómito autoinducido y uso de diuréticos).</li> <li>- Importancia seguimiento médico.</li> </ul>	-Autorregistros alimentarios. -Carta odiada BN.
5	1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión autorregistros. Patrón regular de comidas.</li> <li>- Técnicas de control estimular.</li> <li>-Revisión de la tarea: dificultades que ha generado.</li> <li>- Balance de ganancias y pérdidas del cambio en el presente.</li> <li>- Entrevista con la hermana.</li> </ul>	-Autorregistros alimentarios.
6	1 y 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión autorregistros. AF purgas.</li> <li>- Balance de ganancias y pérdidas del cambio en el futuro.</li> </ul>	-Autorregistros alimentarios.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN UN CASO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

		- Conclusiones e implicaciones de la decisión: importancia otorgada al cambio, confianza en conseguirlo, dificultades para cambiar.	.
<b>7</b>	3 y 4	-Revisión autorregistros. AF episodios de sobreingesta. -Identificación antecedentes de los atracones. - Explicación curva de la ansiedad. - Planificación actividades alternativas. - Psicoeducación: IMC	-Autorregistros alimentarios.
<b>8</b>	3	-Revisión autorregistros. AF dieta restrictiva. - Psicoeducación: el peso natural. - Entrevista con la hermana.	-Autorregistros alimentarios.
<b>9</b>	3 y 4	-Revisión autorregistros. -Técnica de resolución de problemas. -Revisión del progreso: avances, barreras	-Autorregistros alimentarios. - Resolución de problemas (RP).
<b>10</b>	3, 4, y 5	-Revisión autorregistros y resolución de problemas. -Psicoeducación autoevaluación, autoconcepto, autoestima. - “Tarta de la autoestima”	-Autorregistros alimentarios y RP. - Lista de actividades gratificantes.
<b>11</b>	3, 4, y 5	-Revisión autorregistros y resolución de problemas. -Elección y planificación de actividades gratificantes. - Psicoeducación conductas de comprobación y evitación. - Consulta con la hermana.	-Autorregistros alimentarios y RP. -Autorregistro ctas de comprobación.
<b>12</b>	3, 4, y 5	-Revisión autorregistros y resolución de problemas. - Revisión puesta en práctica actividades agradables. -Revisión, cuestionamiento y abordaje cognitivo conductas de comprobación.	-Autorregistros alimentarios y RP.
<b>13</b>	5	- Revisión, cuestionamiento y abordaje cognitivo “sentimiento de gordura”. - Metáfora del reproductor de DVD. -Identificación de otros pensamientos y creencias que mantienen el TCA. - Identificación de estímulos que activan dichos pensamientos y creencias.	-Autorregistros alimentarios y RP.
<b>14</b>	3 y 5	-Psicoeducación: dieta estricta, triple sistema de respuesta de la ansiedad y técnica de exposición. - Identificación reglas dietéticas (autorregistro). - Revisión, cuestionamiento y abordaje cognitivo sobrevaloración control alimentario. - Entrenamiento respiración diafragmática.	-Lista alimentos prohibidos. - Práctica respiración diafragmática.
<b>15-18</b>	3 y 5	-Jerarquía alimentos prohibidos (4 grupos). -Planificación introducción alimentos prohibidos.	



		- Abordaje de cambios en la ingesta debidos a la influencia de eventos externos y cambios de humor. - Reestructuración cognitiva.	
<b>19</b>	2,3,4 y 5	-Refuerzo de progresos. -Prevención de recaídas.	- Cuestionarios POST.
<b>20</b>	2,3,4 y 5	-Mantenimiento preventivo. -Recogida de cuestionarios. -Cierre.	

Nota: al inicio de todas las sesiones se repasa el periodo inter-sesiones, y al finalizar se recoge el peso en la consulta.

### FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPEUTA

La terapeuta es una alumna en prácticas del Máster de Psicología General Sanitaria de la UAM. La terapeuta elabora la planificación de las sesiones con el apoyo y supervisión de las terapeutas del centro de prácticas ITEM, y las lleva a cabo de manera individual. La paciente es informada de la situación bajo la cual se llevará a cabo su tratamiento, y se le pide firmar un documento donde acepta las condiciones.

La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos (Luborsky, 1994). Bordin (1976) la definió como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta. Para generar una buena alianza, la terapeuta debe mostrarse ante la paciente de manera empática, genuina, flexible y generar la confianza necesaria (Fairburn, 1995). De este modo, desde la evaluación y durante todo el tratamiento, la terapeuta trata de mostrar estas características que faciliten la intervención. Además, se anima a la paciente a participar de forma activa en la formulación del caso y se evitan actuaciones paternalistas, dándole la responsabilidad de su toma de decisiones. Se enfatiza la idea de que el tratamiento precisa de un trabajo en equipo (terapeuta-paciente). Por otra parte, los sesgos en la toma de decisiones clínicas por parte de la terapeuta tratan de ser minimizados mediante el empleo de estrategias objetivas de evaluación basadas en la evidencia y la supervisión periódica del caso por el equipo terapéutico.

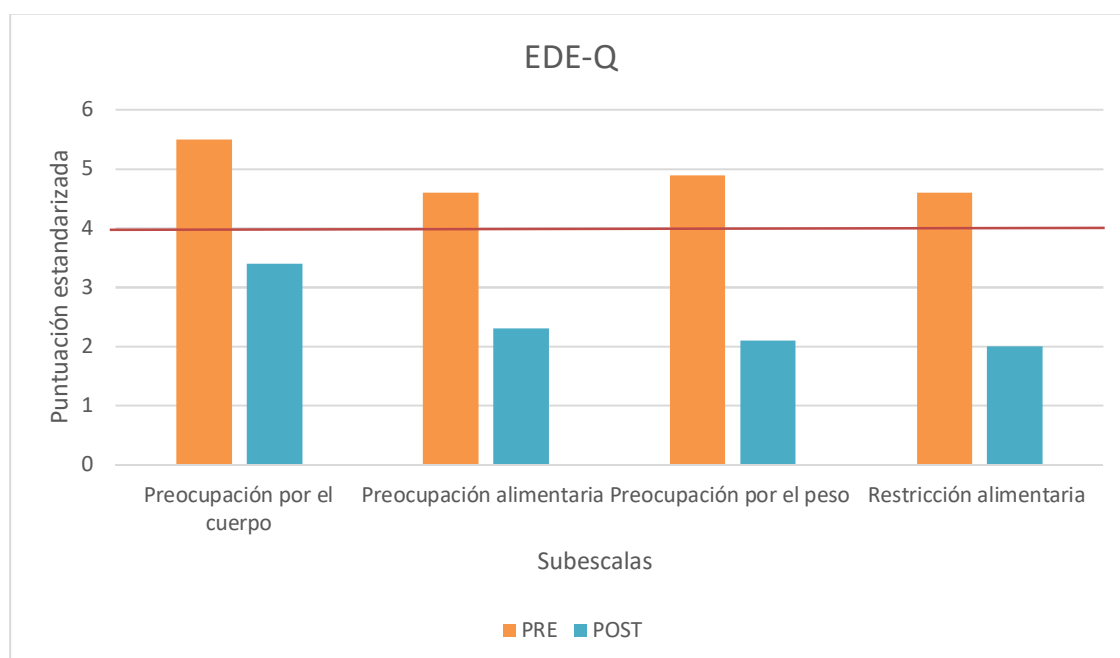
## EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: RESULTADOS

Con el objetivo evaluar los resultados de la intervención, se describe a continuación el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos.

### ANÁLISIS CUANTITATIVO

#### - Psicopatología alimentaria (a través del EDE-Q)

Durante la evaluación inicial, la paciente puntuó por encima del punto de corte (establecido en 4) en todas las subescalas. En los resultados POST se observa una disminución de la puntuación en todas ellas, situándose por debajo del punto de corte.

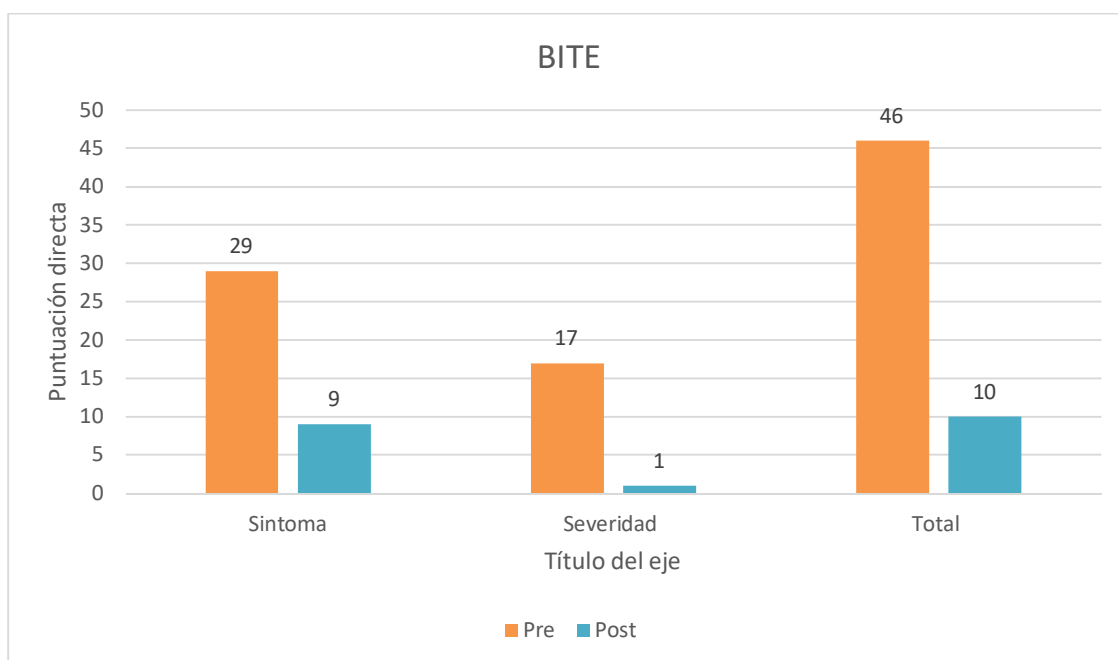


A continuación, se detalla la frecuencia de atracones y purgas en los últimos 28 días, según se recoge en ítems concretos del EDE-Q. Como se observa, los atracones desaparecen por completo, mientras que se mantienen purgas esporádicas relacionadas con la ingesta de alimentos “calóricos”, aunque sea en pequeñas cantidades.

ITEM EDE-Q.	PD PRE	PD POST
<b>Frecuencia atracones</b>	6 (todos los días)	0 (ningún día)
<b>Frecuencia purgas</b>	6 (todos los días)	1 (1-5 días)

- Sintomatología bulímica (BITE)

En la fase PRE, la paciente puntuó 29 en síntomas, lo cual indica la *presencia de un patrón alimentario alterado y presencia de episodios de sobreingestas*; la puntuación en severidad fue *alta*, 17 puntos; la puntuación global fue 46, lo cual indica *diagnóstico de Bulimia Nerviosa*. En la fase POST, las puntuaciones descienden por debajo de los puntos de corte para el diagnóstico de BN.



- Sintomatología depresiva (a través del BDI-II)

La paciente mostró una puntuación equivalente a *depresión grave* en la evaluación inicial; mientras que en la evaluación POST se observa un descenso de 18 puntos, situándose en *depresión leve*.

A continuación, se muestra la puntuación expresada en puntuaciones directas (PD) y se señala el rango de depresión correspondiente.

BDI-II	PD PRE	PD POST
<b>Puntuación directa</b>	34 (" <i>Depresión grave</i> ")	16 (" <i>Depresión leve</i> ")
	<i>Grave</i> (Rango 29-63)	<i>Leve</i> (Rango 13-19)

- Regulación emocional (a través del DERS)

En la evaluación inicial, la paciente mostró puntuaciones normales en las subescalas referentes a la atención dirigida hacia las emociones y la comprensión de las mismas; mientras que en las subescalas referentes a pasos posteriores de la regulación emocional (aceptación, estrategias de regulación emocional eficaces y grado de interferencia) mostraba dificultades. Los resultados obtenidos tras el tratamiento indican una disminución de tales dificultades, situándose no obstante dos de las subescalas (aceptación-rechazo y regulación-descontrol) en valores ligeramente superiores a la media poblacional. Estos resultados se ven reflejados en la escala total, en la que se observa una disminución de 22 puntos (de 88 a 62), situándose a 3 PD de la población general.

	Paciente PRE	Paciente POST	Mujeres población general
<b>Escala total</b>	88	62	59,1
<b>Atención- Desatención</b>	6	6	9,6
<b>Claridad- Confusión</b>	6	8	7,9
<b>*Aceptación- Rechazo</b>	24	16	14,9
<b>*Regulación- Descontrol</b>	38	22	16,5
<b>*Funcionamiento-Interferencia</b>	14	10	10,2

- Sintomatología ansiosa (a través de STAI)

La paciente presentaba ansiedad elevada en el momento de la evaluación inicial (A/E) y alta propensión ansiosa de manera estable (A/R). En la evaluación post-tratamiento, se observa que los niveles descienden en ambos casos, hasta niveles medios comparados con la población general.

STAI	Centil PRE	Centil POST
<b>Ansiedad estado</b>	75	50
<b>Ansiedad rasgo</b>	85	50

- Comportamiento impulsivo (UPPS-P)

En la fase PRE, la paciente obtiene puntuaciones superiores a la media poblacional en las tres subescalas: “urgencia negativa”, lo cual indica una elevada tendencia a ceder ante los impulsos fuertes cuando éstos van acompañados de emociones negativas; la “búsqueda de sensaciones”, indicando una elevada preferencia por la estimulación continua; y la “urgencia positiva” lo cual señala una elevada tendencia a ceder ante los impulsos precedidos de emociones positivas. En la fase POST se observa una disminución de las puntuaciones en estas escalas, aunque “búsqueda de sensaciones” y “urgencia positiva” siguen siendo ligeramente superiores a la puntuación media poblacional.

	Paciente PRE	Paciente POST	Mujeres población general
<b>Urgencia negativa</b>	14	8	9,65
<b>Falta de premeditación</b>	5	6	8,04
<b>Falta de perseverancia</b>	6	6	7,61
<b>Búsqueda de sensaciones</b>	16	12	10,34
<b>Urgencia positiva</b>	16	11	9,90

## ANÁLISIS CUALITATIVO

El análisis del discurso verbal de la paciente es un indicador útil para valorar el cambio de actitudes y comportamientos producidos a lo largo de la terapia. El análisis cualitativo de estos discursos verbales PRE-POST, enriquecen y ofrecen una visión más global de la mejora o no de la paciente. Voy a su vez, a seguir los cinco Objetivos propuestos al inicio:

Con relación a la **mejora de la adherencia al tratamiento (incremento de la motivación al cambio)** – Objetivo 1-, hay un cambio en las verbalizaciones respecto a la eliminación de las conductas de dieta restrictiva. Mientras en las primeras sesiones verbalizaba “yo lo que quiero es comer poco sin atracones ni vómitos”, o “no voy a comer más porque entonces subiré de peso”, a partir de la sexta sesión verbaliza “sabía que había consecuencias negativas, pero hasta que no las ves escritas no te das cuenta de que afecta a toda tu vida”, “si salir de la BN implica no saltarme comidas entonces lo haré, porque quiero salir de esto”. Si bien han existido fluctuaciones en este aspecto durante la terapia, se ha vuelto a trabajar en este objetivo cada vez que han surgido nuevos obstáculos. El resultado ha sido la posibilidad de trabajar y observar los cambios en el resto de objetivos, lo cual no habría sido posible sin una adecuada adherencia al tratamiento.

En cuanto al Objetivo 2, **incorporar un patrón alimentario de cinco ingestas diarias**, se observa un cambio radical en el discurso de la paciente. Mientras que al comienzo indicaba “soy un desastre, me salto la comida y al final termino comiendo un montón de chucherías de la máquina expendedora que es lo único que hay en la universidad”, al finalizar la terapia el discurso es completamente distinto “voy a comer a casa temprano, y me llevo preparada la merienda a clase”.

Respecto al Objetivo 3, **reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a pérdida de peso**, L.P. refiere abandonar el uso de diuréticos de forma inmediata tras la psicoeducación sobre la ineffectividad de este método, además hace referencia a las consecuencias en su salud que el uso prolongado de éstos podrían tener. De igual modo, expresa el temor a las consecuencias físicas de los vómitos; concretamente refiere la utilidad de las primeras sesiones sobre psicoeducación: “ahora casi no vomito porque me da miedo las consecuencias físicas de hacerlo, y me he dado cuenta de que al saber que no puedo

vomitando tengo menos atracones”. Por último, en cuanto a las dietas restrictivas, L.P. refiere ser capaz de tomar alimentos prohibidos para ella durante años “me he tomado una hamburguesa por primera vez en mucho tiempo”, no evitando cuando abandona el tratamiento casi ningún tipo de comida, aunque sigue restringiendo la cantidad de comida ingerida de dichos alimentos “probé un trozo de tarta, pero no pude comerla entera”.

En cuanto a la **reducción del número de atracones** (Objetivo 4), la paciente expresa una reducción progresiva en la cantidad y frecuencia de estos episodios, verbalizando en la última sesión una frecuencia de uno a la semana y en cantidades que podrían ser consideradas normales (ej: seis galletas), aunque la paciente sigue experimentando pérdida de control en estas ingestas no panificadas.

Por último, con relación a su **autoconcepto** (Objetivo 5: mejora del autoconcepto), la paciente expresó gran asombro ante la sobrevaloración que le atribuía a la figura y el peso (“siempre había sabido que le daba mucha importancia pero al verlo reflejado en el dibujo me ha impactado, incluso me agobia mirarlo”), y tomó un papel activo en la ampliación de las áreas que influían en este aspecto, aumentando el número de actividades agradables y siendo capaz de atribuir valía a estas otras áreas de desarrollo personal (ej.: “llevaba mucho tiempo queriendo dibujar pero nunca lo había considerado algo relevante, ahora he descubierto que me relaja y tener tiempo para relajarse también es importante”).

Además, en paralelo, se observan cambios en su **estado de ánimo**, tanto en su expresión no verbal como en su discurso, mientras antes indicaba “no puedo disfrutar de nada porque estoy todo el rato pendiente de mi cuerpo”, al finalizar expresa que ha sido capaz de disfrutar de momentos sin pensar por un rato en qué dirán de su cuerpo. También se observa una disminución de la **ansiedad**, especialmente visible ante acontecimientos relacionados con la comida, en los cuales antes estaba en tensión por tener que dar explicaciones de por qué no comía ciertos alimentos o incluso se veía obligada a comerlos por quedar bien, experimentando altos niveles de ansiedad, y recurriendo al vómito autoinducido después.

## DISCUSIÓN

Para el tratamiento de este caso clínico se ha llevado a cabo una intervención cognitivo-conductual, siguiendo una serie de pasos: evaluación, formulación del caso (análisis funcional (AF), elección de técnicas adecuadas de intervención en función del AF y la planificación del tratamiento; también se describe finalmente la aplicación del tratamiento propiamente dicho.

En primer lugar, como se ha mencionado, el caso de L.P. encaja con los criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa, según criterios DSM-5 (APA, 2013). Este dato, meramente descriptivo, resulta relevante a la terapeuta de cara a la bibliografía a consultar y las nociones básicas que debe conocer de cara al tratamiento. No obstante, para enfocar la intervención lo realmente relevante ha sido la funcionalidad de las distintas conductas-problema de la paciente, de manera que las técnicas de intervención seleccionadas doten a la paciente de herramientas que le permitan realizar conductas más adaptativas a medio y largo plazo.

En relación a la valoración de la intervención llevada a cabo, a continuación se valora la eficacia, la efectividad y la eficiencia del tratamiento.

En primer lugar, la *eficacia* hace referencia a los logros de los objetivos terapéuticos en condiciones propias de investigación (Ballesteros, 2015), o lo que es lo mismo, “la capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada, que sean superiores a la no-intervención, a otras intervenciones estándares disponibles o, incluso, a uno de sus componentes aislados” (Ferro y Vives, 2004, p. 98). Por tanto, ésta no puede ser medida mediante diseño de caso único al no realizarse comparación alguna. No obstante, existe un extenso cuerpo de investigación que avala que, hasta la fecha, el tratamiento más eficaz para la BN es la terapia cognitivo-conductual (Agras, Walsh, Fairburn et al., 2000). Sin embargo, estos datos no garantizan que ese tratamiento sea eficaz en todos los casos (Toro, Cervera, Feliu et al., 2003)

La *efectividad* hace referencia al grado en que un tratamiento logra los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual (Ballesteros, 2015), es decir, apunta hacia el éxito social y la satisfacción del paciente (Ferro y Vives, 2004). En este sentido, se puede concluir que el tratamiento ha sido *efectivo*, puesto que se observaron mejorías notables en los objetivos



terapéuticos propuestos: se estableció una correcta adherencia al tratamiento, que se observa en la implicación de la paciente en el mismo (asistencia y realización de tareas), la paciente estableció un patrón de cinco ingestas diarias, se redujo las conductas compensatorias, se disminuyó la cantidad y frecuencia de los episodios de sobreingestas/atracones, y por último, la paciente experimenta una mejoría en su autoconcepto o definición de su identidad basado otros valores. Además, cabe señalar la propia percepción subjetiva de la paciente en relación con los cambios producidos tras la intervención, que se plasman en sus muestras de agradecimiento; en la última sesión expresa: “te agradezco todo lo que me has ayudado, hacía años que no pasaba tiempo sin vomitar y estar pensando todo el rato en mi físico”. Por último, también existe un reconocimiento de dichos cambios por parte de su círculo social, como su hermana, que lo expresa directamente a la terapeuta, como por parte de amistades, que le verbalizan a la paciente el cambio positivo que observan en ella.

Por último, la *eficiencia* hace referencia a la relación coste-beneficio de la propia intervención (Ballesteros, 2015), en este sentido, el tratamiento no ha supuesto ningún coste económico para la paciente, ni tampoco para su familia o la comunidad, ya que ha sido asumido completamente por el equipo terapéutico, que ofrecía el tratamiento de forma gratuita. Los costes en otras áreas tampoco han sido significativos, pues el tratamiento no ha supuesto pérdidas para la paciente, más allá del tiempo empleado en el mismo, que se adecúa al número de sesiones necesarias para la correcta aplicación del mismo. Por otro lado, la paciente se ha beneficiado del tratamiento al experimentar mejoría tanto en las áreas objeto de tratamiento como en otras áreas de modo indirecto (estado de ánimo, ansiedad, impulsividad, manejo emocional, entre otras), y de igual modo ha notado mejoría en sus relaciones sociales. Por todo ello, se puede concluir que la intervención ha sido *eficiente*.

En cuanto a la *generalización* de las conductas aprendidas, podemos considerar que un factor fundamental ha sido la puesta en práctica de las técnicas aprendidas en su entorno cotidiano. Por ejemplo, se le pide que practique la respiración diafragmática como tarea para casa, en un primer momento se entrena en esta técnica con objeto de emplearla como facilitador de la exposición a alimentos “prohibidos”, no obstante, se observa como L.P. la generaliza a otras situaciones estresantes que no estaban directamente relacionadas con la comida. También se

observó cuando comenzó a reestructurar pensamientos en situaciones distintas a las de discusión (ej: situaciones sociales).

En cuanto al *mantenimiento* a lo largo del tiempo de dichos resultados, existen una serie de elementos para tener en cuenta. En primer lugar, como ya ha sido mencionado, además de los cambios relacionados con la sintomatología alimentaria, también se ha observado mejoría con relación a otros síntomas comúnmente asociados a los TCA (depresión o sintomatología ansiosa). A su vez, esta paciente presentaba un perfil mantenedor de la patología (elevada impulsividad y dificultades de regulación emocional). Estos síntomas no se abordaron de manera directa en sesión; en el caso de la ansiedad y depresión, se consideraron secundarios al TCA, por lo que se esperaba que al disminuir la patología alimentaria, también disminuirían los primeros. En el caso de la impulsividad y las dificultades de regulación emocional han sido abordados de manera indirecta, no obstante, se considera que influyen en el mantenimiento del trastorno alimentario, por lo que un abordaje más directo de dicha sintomatología sería necesario para un adecuado mantenimiento de los resultados a largo plazo. Por otro lado, la paciente continúa conviviendo en un ambiente disfuncional, lo que dificultará el mantenimiento de los cambios. No fue posible establecer sesiones de seguimiento dadas las características de la intervención, por lo que estas cuestiones no han podido ser correctamente evaluadas.

Este trabajo cuenta con una serie de *limitaciones* que han de ser mencionadas. La principal limitación de la intervención ha sido la duración de la misma. Al tratarse de una intervención dentro de un periodo de prácticas, la duración estaba previamente estipulada en cinco meses. Este periodo, en principio, es suficiente para tratar la sintomatología central del trastorno (Fairburn, 2008), sin embargo, al dedicar las primeras sesiones a tareas de motivación al cambio, junto a la no asistencia de la paciente a un par de sesiones, ha provocado que algunas partes de la sintomatología central no hayan sido abordadas.

La justificación de esta elección es que, sin la correcta adherencia al tratamiento, el abordaje de la sintomatología central de la BN no sería posible. Dado que la paciente mostraba ambivalencia ante el cambio de las conductas restrictivas, se consideró prioritario trabajar la motivación al cambio. En cuanto al resto de conductas problema relacionadas con la sintomatología alimentaria, se valoró la interferencia de éstas en la vida de la paciente y se

estableció el orden de abordaje. En concreto, la conducta de evitación en relación con situaciones de exposición de imagen corporal no ha sido abordada; si bien estas conductas no interferían en el día a día de la paciente, sí eran problemáticas en situaciones concretas (ej: ponerse el bikini en verano), por lo que habría sido conveniente trabajarlo. Durante la terapia se explicó la influencia de las conductas de evitación en la sobrevaloración de la imagen y el peso, y, por tanto, el mantenimiento de la imagen negativa de sí misma; no obstante, para su correcto abordaje, habría que haber empleado la técnica de exposición en vivo, por la carencia de tiempo no fue posible.

Además, como ha sido mencionado, la paciente muestra una serie de dificultades adicionales que mantienen el trastorno alimentario y que no han sido abordados en esta intervención: dificultades en la regulación emocional, bajo control de la impulsividad y dificultades en las habilidades sociales. Si bien las dos primeras han sido abordadas indirectamente, la terapeuta considera la necesidad de un abordaje directo para su mantenimiento a largo plazo.

Por último, existen otras áreas en las que la paciente tiene dificultades, como es la de las relaciones sociales y la familia. Esta última área es de gran relevancia, pues la paciente convive en el seno de una familia disfuncional (roles difusos, padre autoritario, madre sumisa, penalización de expresiones emocionales...). Parece imprescindible una evaluación en profundidad de esta área y su correspondiente abordaje, que a priori sería el *de familia como instrumento* sobre el que operamos para producir cambios.

Por último, quisiera concluir con una **autoevaluación del trabajo desempeñado**. Si bien los resultados de este diseño de caso único están en consonancia con la evidencia empírica, creo que este dato no aporta información relevante dada la gran cantidad de evidencia acumulada hasta la fecha. Por ello, quisiera mostrar la que en mi opinión es la mayor aportación de este caso: la descripción del proceso de evaluación, formulación del caso, diseño y aplicación del tratamiento por una terapeuta novel, o lo que es lo mismo, que carece de experiencia. Personalmente, me he sentido segura durante el proceso terapéutico, lo cual atribuyo a tres factores: 1) los conocimientos adquiridos durante los años de formación, 2) el seguimiento de las guías de TCC para la BN, las cuales dan instrucciones precisas de los pasos a seguir y 3) la supervisión continua por parte del equipo terapéutico. En este sentido, el TCC permite al terapeuta tener una guía de actuación, por lo que puede resultar una ventaja respecto a otras

terapias; por otra parte, la supervisión continua permite un proceso de revisión constante, por lo que creo que es completamente necesario durante las primeras intervenciones como terapeuta. Al respecto, señalaría que durante las primeras sesiones tuve la tentación de evaluar e intervenir en áreas sobre las que no tenía capacidad de actuación, y que, aunque en mi opinión fueran relevantes, se desviaban de los objetivos terapéuticos consensuados con la paciente; la puesta en común de estas dudas con el equipo me ayudó a redirigir los objetivos de las siguientes sesiones. De igual modo, ante la dificultad que la paciente planteaba con algunas tareas (ej.: carta a la BN como enemiga), la supervisión del equipo me ayudó para más adelante evaluar las dificultades que estas tareas suponían a la paciente, así como a seleccionar nuevas formas de abordar los mismos objetivos (ej.: trabajo en terapia de los pros y contras de la recuperación). Por último, durante el tratamiento se establecieron tiempos de revisión conjunta de la paciente de los logros obtenidos, así como las dificultades encontradas, y la evaluación de aquellas herramientas que le eran de mayor utilidad; considero estos periodos de gran relevancia para el correcto avance en la consecución de los objetivos, así como para fortalecer la relación terapéutica con la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. (2009). *Guia de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de salud del Ministerio de Sanidad y consumo. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T y Kraemer, H.C. (2000). A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57 (5), 459-466.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Practice guideline for the treatment of eating disorders*. Washington, DC: APA.
- Ballesteros, F. (2015). *Efectividad de los tratamientos psicológicos en el ámbito aplicado*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260
- Calvo, S.R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Cándido, A., Orduña, E., Perales, J. C., García, V., y Billieux, J. (2012). Validation of a short Spanish version of the UPPS-P Impulsive Behaviour Scale, *Trastornos Adictivos*, 14(3), 73-78.
- Cooper, M.J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.

- Cyders, M. A., Littlefield, A. K., Coffey, S., y Karyadi, K. A. (2014). Examination of a Short Version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1372-1376.
- Dare, C. y Eisler, I. (1995). Family therapy for anorexia nervosa. En: DM Garner y PE Garfinkel, editores. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G (1995). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Fairburn, C. G (2008). *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., y Dalle, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 2–8.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-521.
- Fairburn, C.G., y Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal Psychiatry*, 147(4), 401-418.
- Ferro, R., y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 16, 97-99
- Flament, M.F., Godart, N.T., Fermanian, J., y Jeammet, P. (2001) Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 6, 99–106.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepulveda, A. R., Munoz, E. (2003) *Trastornos del Comportamiento Alimentario: prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Documentos Técnico de Salud Pública, nº 85. Instituto de Salud Pública.

- González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T. y Raich, R. M. (2010). Seguimiento a los 30 meses de un programa de prevención: el IMC como predictor de sintomatología alimentaria en chicas escolarizadas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 95,35-43
- Graell, M., Villaseñor, A., y Morandé, G. (2014). Clínica y evaluación de los trastornos de alimentación de la edad prepuberal. En Morandé, G., Graell, M., Blanco, M.A., coords. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Panamericana.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Richards, A., Blais, M. A., y Keller, M.B (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1), 20-6.
- Hoek, H., y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*,25 (34), 383-396.
- Hollander, E. (2007). Anxiety and OC spectrum disorders over life cycle. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 11(2), 5-10.
- Instituto Nacional de la Salud (1995). *Protocolo de los trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Instituto Nacional de Salud (2000). *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid: INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, N., Barbarich, N., y Masters K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221.
- Keel, P.K., y Brown, T.A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3): 195-204.
- Le Grange, D., y Lock, J. (2007). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. New York: Guilford Press.

- Leyva, B., Henarejos, S., y Martínez, A. (2014). Revisión de las Herramientas en Español para la detección del Comportamiento Alimentario en Adultos. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 20(3), 109–117.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W., y Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (1999). *‘La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.’* Barcelona: Ed. Paidós.
- Morandé, G. y Casas. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, 243-260.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 215-219.
- Morandé, G., Graell, M., y Blanco, M.A. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad*. Editorial Panamericana.
- Olesti, M., Piñol, J.L., Martín, N., De la Fuente, M., Riera, A., y Bofarull, J.M. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.



- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-90.
- Penelo, E., Villarroel, A., Portell, M., y Raich, R.M. (2011). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). An Initial Trial in Spanish Male Undergraduates. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 76-83
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2006). La evaluación de los trastornos de la Conducta alimentaria. En V. C. Caballo (Ed.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 211-233). Madrid: Pirámide.
- Potenza, M. N., Koran, L. M., y Pallanti, S. (2009). The relationship between impulse control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions. *Psychiatry Research*, 170(1), 22–31.
- Prochaska, J., y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones. psicología. *Panace@*, 16, 97-99
- Raich, R.M., Sánchez-Carracedo, D., y Mora, M. (2003). Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. En T. Gutiérrez Rosado, R.M. Raich, D. Sánchez Carracedo y J. Deus (eds): *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud* (pp. 239-278). Madrid: Alianza Editorial.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L., y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34: 281–291.
- Ruiz - Lázaro, P. M. (2002) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Trabajo presentado en el Congreso Virtual de Psiquiatría INTERPSIQUIS.

- Ruiz, P., Alonso, J., Velilla, J., Lobo, A., Martín, A., y Paumard, C.(1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatria Infanto Juvenil*, 3, 148-62.
- Sepulveda, A.R., Carrobles, J.A., y Gandarillas, A.M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8, 102.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J y Sullivan, V. (1999). ‘Anorexia nervosa: Friend of foe?’ *International Journal of Eating Disorders*, 25: 177
- Smink, FRE., Van Hoeken, D y Hoek, HW. (2012) Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 14:406–14.
- Steinhausen, H.C. y Jensen, C. M. (2015), Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders*, 48: 845–850.
- Telch, C. F., Agras, W. S., y Linehan, M. M. (2000). Group Dialectical Behavior Therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569-582.
- Turón-Gil, V. J. (2014). Revisión histórica y concepto de los trastornos de la conducta alimentaria. En Morandé, G., Graell, M., Blanco, M.A., coords. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral*. Madrid: Panamericana.
- Vives, MC y Ferro, R.F (2005). Análisis Funcional y Tratamiento de un Caso de Bulimia Nerviosa. *Análisis y Modificación de la Conducta*. 31, 135.

## ANEXOS

### Anexo 1. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa, según el DSM-V.

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa, según el DSM-V
<p><b>A. Episodios recurrentes de atracones.</b> Caracterizados por los siguientes hechos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</li><li>2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.</li></ol>
<p><b>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso.</b> Ej: vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, <b>al menos una vez a la semana durante tres meses.</b></p>
<p><b>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</b></p>
<p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa</p>
<p><i>Especificaciones gravedad actual:</i></p> <p><b>Moderada:</b> un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

**Anexo 2.** Recomendaciones de tratamiento según la guía de práctica clínica del SNS.

Recomendaciones de tratamiento según la guía de práctica clínica del SNS
<p><b>1. Terapia cognitivo-conductual</b></p> <p><u>Bulimia Nerviosa</u></p> <p>La TCC-BN es una forma específicamente adaptada de TCC y se recomienda que se realicen entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento. A las personas con BN que no responden al tratamiento con la TCC o no quieren realizarla se les puede ofrecer otro tratamiento psicológico.</p> <p>Los adolescentes con BN pueden ser tratados con TCC adaptada a las necesidades de su edad, nivel de desarrollo y, si es apropiado, incorporar la intervención de la familia.</p> <p><u>Trastorno por atracón</u></p> <p>A las personas adultas con trastorno por atracones (TA) se les puede ofrecer la TCC específicamente adaptada.</p>
<p><b>2. Autoayuda (guiada o no)</b></p> <p><u>Bulimia Nerviosa</u></p> <p>Se considera que un posible comienzo del tratamiento en la BN es iniciar un programa de AA (guiada o no). La AA (guiada o no) sólo es suficiente en un número limitado de personas con BN.</p>
<p><b>3. Terapia Interpersonal</b></p> <p><u>Bulimia Nerviosa</u></p> <p>La TIP debería considerarse como una alternativa a la TCC aunque convendría informar a las personas afectadas que su realización implica de 8 a 12 meses hasta alcanzar resultados similares a los de la TCC.</p> <p><u>Trastorno por Atracón</u></p> <p>La TIP-TA puede ser ofrecida a personas con TA persistente</p>
<p><b>4. Terapia familiar (sistémica o no)</b></p> <p><u>Anorexia Nerviosa</u></p> <p>Indicada en niños y adolescentes con este trastorno.</p>