

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Eficacia clínica de la Terapia Cognitiva-Conductual
en el trastorno de bulimia nerviosa en pacientes guatemaltecos

Eileen Menegazzo Mena

Guatemala
2006

**Eficacia clínica de la terapia cognitiva-conductual
en el trastorno de bulimia nerviosa en pacientes guatemaltecos**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Eficacia clínica de la Terapia Cognitiva-Conductual
en el trastorno de bulimia nerviosa en pacientes guatemaltecos

Trabajo de investigación presentado por
Eileen Menegazzo Mena
para optar al grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala
2006

Agradezco a:

Dios, por darme la fuerza de cada día para llegar hasta donde estoy
el día de hoy;

mis padres, por darme la oportunidad de estudiar y convertirme en
una profesional, así como apoyarme durante todos estos años;

Dr. Emilio Quinto, por su colaboración en la elaboración de este
trabajo.

PREFACIO

La investigación en el ámbito de la psicología en Guatemala es bastante limitada, por lo que no se cuenta con datos acerca de la epidemiología de los diferentes trastornos psicológicos ni sobre la orientación psicoterapéutica que los profesionales están utilizando en sus terapias.

Este estudio pretende demostrar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa por medio de su aplicación en dos casos diagnosticados con dicho trastorno de la alimentación; sin embargo, esto no fue posible debido a la falta de pacientes interesadas en recibir este tratamiento como parte de un estudio.

A pesar de esta gran limitación, este trabajo estudia la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en pacientes guatemaltecas diagnosticadas con bulimia nerviosa haciendo una revisión de casos anteriormente tratados por un terapeuta cognitivo conductual en una clínica de la ciudad capital. En ningún momento se pretendió realizar un manual de Terapia Cognitiva Conductual.

CONTENIDO

PREFACIO	ii
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE GRÁFICAS	vi
RESUMEN	vii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	
A. Bulimia nerviosa	03
1. Características diagnósticas	03
2. Subtipos	03
3. Síntomas y trastornos asociados	04
4. Epidemiología, curso y pronóstico	05
5. Etiología	05
6. Diagnóstico diferencial	06
B. Tratamiento para la bulimia nerviosa	06
1. Tratamientos bien establecidos	07
2. Tratamientos probablemente eficaces	07
a. Terapia farmacológica	07
b. Terapia interpersonal	08
3. Tratamientos en fase experimental	09
4. Factores predictores del éxito y fracaso de los tratamientos para la bulimia nerviosa	11
C. Terapia Cognitiva Conductual	11
1. Modelo cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa	11
2. Curso del tratamiento	12
a. Primera etapa	13
1) Sesión 1	13

2) Sesión 2: Revisión de hojas de monitoreo	14
3) Sesiones 3 a 8	14
b. Segunda etapa	16
1) Reducción del patrón dietético	16
2) Preocupaciones acerca de la figura y peso corporal	19
c. Tercera etapa	19
3. Adaptaciones de la terapia cognitivo-conductual para el trabajo con adolescentes	20
D. Estudios sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa	22
III. METODOLOGÍA	
A. Limitaciones	24
B. Justificación	24
C. Participantes	24
D. Ambiente	25
E. Instrumentos	25
F. Diseño	25
G. Análisis de datos	25
1. Caso No. 1	26
2. Caso No. 2	36
IV. DISCUSIÓN	46
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. BIBLIOGRAFÍA	57
VIII. APÉNDICE	64

LISTA DE TABLAS

Tabla

1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la bulimia nerviosa	04
2. Fases intermedias de la terapia interpersonal	10
3. Instrucciones del monitoreo	17
4. Monitoreo de pensamientos disfuncionales	20
5. Plan de mantenimiento	21
6. Sesión 2, ejemplo del diario de monitoreo de XX	34
7. Tarjeta de defensa	35
8. Sesiones No. 3 a No. 5, diarios de monitoreo de XX	35
9. Sesión No. 3, diarios de monitoreo de YY	45
10. Sesión No. 7, diario de monitoreo de YY	45
11. Distorsiones cognitivas del caso XX y caso YY	47
12. Técnicas aplicadas con XX	49
13. Técnicas aplicadas con YY	50
14. Resultados obtenidos en la E.E.A.G.	52

LISTA DE FIGURAS

Figura

1. Modelo cognitivo-conductual de mantenimiento de la bulimia nerviosa.....	12
2. Hoja de monitoreo.....	18

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica

1. Genograma de XX	28
2. Conceptualización del caso XX	29
3. Genograma de YY	37
4. Conceptualización del caso YY	39
5. Caso XX, monitoreo de atracones a lo largo de la terapia	51
6. Caso YY, monitoreo de atracones a lo largo de la terapia.....	51
7. Caso XX, monitoreo de medidas compensatorias a lo largo de la terapia	52
8. Caso YY, monitoreo de medidas compensatorias a lo largo de la terapia	52

RESUMEN

El trabajo de investigación que se presenta a continuación, aborda el tema de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento de pacientes guatemaltecos diagnosticados con bulimia nerviosa. Con el propósito de llevar a cabo este estudio, se estudiaron dos casos de mujeres diagnosticadas con este trastorno de la alimentación que fueron tratadas con esta modalidad de psicoterapia.

Para poder evaluar la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual, se midieron el número de atracones y medidas compensatorias utilizadas, así como también la escala de Impresión Global Clínica. Los resultados encontrados demuestran que la Terapia Cognitiva-Conductual es clínicamente efectiva para el tratamiento de los síntomas presentados en la bulimia nerviosa. Esta modalidad de psicoterapia aparte de ser efectiva en el tratamiento de este trastorno de la alimentación, es estructurada y con una duración aproximadamente de 18 sesiones, lo que la convierte en la terapia de elección para el tratamiento de la bulimia nerviosa.

El uso de esta terapia requiere del conocimiento de los fundamentos de la Terapia Cognitivo-Conductual, así como también de las técnicas a utilizar en las diferentes sesiones.

I. INTRODUCCIÓN

Para hablar acerca de la bulimia nerviosa, debemos hablar de los trastornos de la alimentación y de “bulimia”. Los trastornos alimenticios son aquellos que <<se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria>> (DSM-IV), estos son: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; la “bulimia” se define como una <<ingesta voraz>> (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000).

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio en el que la persona se resiste a mantener un peso corporal mínimo normal, presenta un miedo al aumento de peso y una distorsión de la figura corporal. Este se encuentra dividido en dos subtipos: el restrictivo y purgativo, presentando este último episodios de “bulimia” (DSM-IV).

La bulimia nerviosa es un trastorno alimenticio en el que la “bulimia” o atracón, es el síntoma más sobresaliente (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000).

En la actualidad, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y tienen una preocupación clara por lo que deben y no deben comer, estudios demuestran que 40% de niñas de 9 años han hecho dietas, e incluso niños de cinco años se preocupan por su dieta. (Daw, 2001). Entre 1% y 2% de adolescentes femeninas sufren ya sea de bulimia o anorexia; adolescentes masculinos también pueden padecer de algún tipo de trastorno alimenticio (World Health Organization, 2000).

El proceso de globalización de los últimos años ha influido en Guatemala y otros países en vías de desarrollo llevando a las jóvenes una imagen de “belleza” distorsionada; por esta razón los trastornos alimenticios han aumentado su incidencia.

Según datos de la Coalición de Desórdenes Alimenticios de Estados Unidos, 1.1-4.2% de mujeres sufren de bulimia nerviosa, de las cuales 4.5% la reportan en el primer año de estudios universitarios (Eating Disorders Coalition, 2000). Un estudio realizado en Guatemala en el 2004 en una Universidad privada, demostró que la prevalencia de trastornos alimenticios en alumnos de primer año era de 10.9%, 7.69% del sexo femenino y 3.2% del sexo masculino –razón hombre mujer de 1:2- (Bollat, 2005)

En Guatemala, algunos de los psicólogos que trabajan con trastornos alimenticios han adoptado un enfoque ecléctico en su terapia; también, se trabaja con psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual e interpersonal.

Un estudio hecho en Estados Unidos de América, demostró que 50% de los terapeutas tienen una orientación ecléctica cuando se trata de trastornos alimenticios y un 33% una orientación cognitivo-conductual; los psicólogos y terapeutas generalmente escogen adaptar el tratamiento a las necesidades

individuales de cada paciente en vez de el nivel de pruebas empíricas a favor de algún tratamiento (Von Ranson y Robinson, 2006).

Aunque en Guatemala no existen estudios a nivel nacional relacionados con la prevalencia de la bulimia nerviosa, se han realizado diversos estudios alrededor del mundo sobre la eficacia de la Terapia Cognitiva-Conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa; incluso el DSM-IV la considera como primera opción para el tratamiento de este trastorno; ninguno de estos estudios ha sido realizado en Guatemala. Por esta razón, se realizó este trabajo de investigación con el objetivo de demostrar, que al igual que en otros países, esta terapia posee eficacia clínica en el tratamiento de pacientes guatemaltecos diagnosticados con este trastorno de la alimentación.

Con este objetivo, se desarrolló esta investigación utilizando un estudio retrospectivo de casos que permitió comprobar la eficacia de dicha terapia, disminuyendo los síntomas de la enfermedad en más del 50%.

El tema se delimitó a casos específicos que acudieron al Centro de Terapia Cognitiva buscando ayuda para este problema; debido a la falta de pacientes dispuestos a participar en el estudio, se realizó un estudio de casos tratados anteriormente en dicho Centro.

II. MARCO TEÓRICO

A. Bulimia nerviosa

1. Características diagnósticas. Siguiendo los criterios del DSM-IV, la bulimia nerviosa se distingue por la presencia de atracones y métodos compensatorios inapropiados para mantener un peso, o bien evitar el aumento del mismo. Además de esto, la persona debe tener una preocupación marcada por su figura y peso.

Para empezar, se debe definir primero qué es un atracón. Según Fairburn, existen ciertos criterios para poder hacer esto; primero es una ingesta de grandes cantidades de comida de una forma impulsiva, episódica y descontrolada en un período corto de tiempo, generalmente menos de dos horas. El período de atracones generalmente finaliza solamente cuando la persona llega a un punto de malestar físico y es seguido por sentimientos de culpa y remordimiento (Fairburn y Wilson, 1993:21).

<<Los métodos compensatorios se refieren a aquellas conductas que las personas diagnosticadas con este trastorno adoptan para evitar la ganancia de peso o mantener el peso que ya tienen. Algunos de estos métodos compensatorios son inducción de vómitos, el uso de laxantes y diuréticos, dietas estrictas y ejercicio excesivo. Los vómitos son la conducta compensatoria más común entre estas personas, el 80-90% de estos sujetos presentan este tipo de conducta>> (DSM-IV).

Tanto los atracones como las conductas compensatorias deben estar presentes al menos durante un período de tres meses, con una frecuencia de dos veces por semana como mínimo.

En resumen, para poder realizar el diagnóstico de bulimia nerviosa se deben cumplir con tres criterios. Primero, la persona debe presentar episodios de atracones; segundo, deben estar presentes conductas compensatorias para mantener o evitar la ganancia de peso; y tercero, existe una preocupación marcada por la figura y peso corporal (Fairburn y Wilson, 1993:8).

La tabla No. 1 muestra el criterio diagnóstico para el trastorno de bulimia nerviosa encontrado en el DSM-IV.

2. Subtipos. Como se puede apreciar en la Tabla No. 1 y como se mencionó anteriormente, existen dos subtipos de este trastorno, el tipo purgativo y no purgativo.

En la bulimia nerviosa tipo purgativo, la persona ha adoptado conductas compensatorias tales como vomitar o utilizar algún tipo de laxante o diurético. El tipo no purgativo, es aquel donde la

persona ha adoptado otro tipo de conductas compensatorias tales como hacer dietas estrictas o hacer ejercicio excesivo –este tipo de ejercicio es aquel que se realiza con el único propósito de influenciar el peso y figura y cuando es pospuesto causa un sentimiento de culpa (Mond, Hay, Rodgers, Owen, 2006).

El DSM-IV incluye esta distinción, ya que existe evidencia que estos dos grupos se diferencian en cuanto a su comportamiento alimenticio (Fairburn y Wilson, 1993:9).

Tabla No. 1: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de bulimia nerviosa

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo. C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses. D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. <i>Especificar tipo:</i> Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (DSM IV)

3. Síntomas y trastornos asociados. Los pacientes diagnosticados con bulimia nerviosa, generalmente tienen un peso dentro del considerado normal, pero pueden llegar a presentar cambios por encima o debajo de la media de normalidad. Generalmente, durante los períodos entre atracones tratan de consumir alimentos bajos en contenido calórico.

El DSM-IV menciona que los pacientes con este trastorno, muchas veces han padecido de algún tipo de trastorno del estado de ánimo, como distimia y depresión mayor, y síntomas de ansiedad. También,

la dependencia química se puede presentar, especialmente el abuso de alcohol (Hales, Yudofsky, Talbott, 2000).

Debido a los vómitos frecuentes y uso de laxantes y diuréticos, pueden llegar a aparecer ciertas complicaciones médicas en pacientes con bulimia nerviosa.

Estas complicaciones médicas se pueden dividir en: alteraciones fisiológicas, y alteraciones conductuales y físicas.

Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la dilatación aguda del estómago, desgarros del esófago (causados por los vómitos), alcalosis-hipocloremia metabólica, hipopotasemia, debilidad, letargia, arritmias cardíacas que pueden llegar a causar un paro cardíaco, desgaste del esmalte dental, hipotensión, taquicardia, etc. Muchos de estas alteraciones desaparecen cuando las conductas cesan, aunque hay algunas como el desgaste del esmalte dental que son permanentes.

Las alteraciones conductuales y físicas más comunes son los atracones, la autoinducción de vómitos y el aumento de las glándulas parótidas.

4. Epidemiología, curso y pronóstico. La bulimia nerviosa es un trastorno cuya incidencia es mayor en países industrializados como Estados Unidos, Australia, Europa, Japón, entre otros. No existen suficientes estudios acerca de esta enfermedad en otras culturas o en países en vías de desarrollo, lo que demuestra la necesidad de la investigación en el campo de la psicología en Guatemala.

De los estudios que se han realizado, se ha concluido que en Estados Unidos la bulimia nerviosa se presenta en su mayor parte en personas de raza blanca, 90% de las personas que la padecen son mujeres (DSM-IV).

Según el DSM-IV, la prevalencia de esta enfermedad es de 1-3% entre adolescentes y jóvenes adultas. Entre los hombres, es diez veces menor.

Debido a la falta de estudios longitudinales sobre esta enfermedad, no se dispone de suficiente información acerca de su curso natural y de su evolución; aún así, se puede decir que esta enfermedad se inicia durante la adolescencia o adultez joven. El curso puede ser crónico o intermitente (DSM-IV).

5. Etiología. Según Fairburn, los principales factores implicados en la etiología de esta enfermedad son el tener una historia familiar de desórdenes alimenticios, trastornos afectivos, abuso de sustancias, u obesidad; una historia personal de algún trastorno afectivo, obesidad, diabetes mellitus, o abuso sexual. Otros factores incluyen ciertos rasgos de personalidad, malas relaciones familiares y una preocupación alta, de parte de los padres, con respecto a las dietas e imagen y peso corporal (Fairburn y Wilson, 1993:135).

Al hablar sobre los atracones alimentarios, se puede decir que es una dieta severa la desencadenante de esta conducta, y es un atracón exagerado el que precipita la conducta de vómito (DSM-IV).

6. Diagnóstico diferencial. Se debe tener cuidado al realizar el diagnóstico de bulimia nerviosa y no confundirlo con el de anorexia nerviosa, tipo purgativo; estos diagnósticos no pueden ir juntos.

Algunas enfermedades neurológicas y médicas pueden llegar a presentar una conducta alimenticia alterada, pero se debe tener en cuenta que en estos casos la preocupación con el peso y figura corporal no se encuentra presente (DSM-IV). Entre estas condiciones médicas se encuentran el trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos o el síndrome de Kleine-Levin. Este último es <<un trastorno caracterizado por hipersomnia cíclica, hiperfagia –consumo de grandes cantidades de comida en muy corto tiempo- y desinhibición sexual [...] Generalmente inicia durante la adolescencia en hombres y más tardíamente en la mujer>> (Satín y Godoy, 1992).

B. Tratamiento

En un estudio realizado en la Universidad de Barcelona en 2001, se revisaron los diferentes tratamientos para los trastornos alimenticios –anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón- y se clasificaron de acuerdo a la publicación realizada por un Comité de Expertos de la American Psychiatric Association en tres categorías: (1) Tratamientos bien establecidos, (2) Tratamientos probablemente eficaces y (3) Tratamientos en fase experimental (Saldaña, 2001: 381-382).

<<En los últimos 15 años, las orientaciones de terapia psicológica para bulimia nerviosa han sido bastantes variadas entre ellas: terapia de conducta, exposición con prevención de respuesta, terapia cognitiva conductual, terapia de reducción de estrés, terapia psicodinámica, terapia focal breve, psicoterapia no-directiva, terapia familiar sistémica, terapia psicoeducativa y terapia interpersonal, así como terapias psicofarmacológicas>>; sin embargo sigue siendo la terapia cognitivo conductual la que ha resultado ser más efectiva a corto y largo plazo (Saldaña, 2001: 385-386).

Sin importar si los tratamientos se encuentran establecidos o en fase experimental, todo tratamiento para bulimia nerviosa debe tener los siguientes objetivos: reducción/eliminación de los atracones y conductas purgativas, mejorar actitudes en cuanto a la alimentación, minimizar las dietas estrictas, incrementar variedad de alimentos consumidos, tratamiento de las características clínicas del trastorno alimentario, abordar las diferentes áreas que contribuyen al mantenimiento del problema y prevención de recaídas (Saldaña, 2001:386).

1. Tratamientos bien establecidos. Estos son recomendados debido a que poseen una confianza clínica considerable establecida a partir de diferentes estudios realizados en los últimos 15 años. Aquí encontramos a la terapia cognitiva conductual. (Saldaña, 2001: 382, 385)

La terapia cognitiva conductual fue propuesta como un tipo de tratamiento para la bulimia nerviosa por Christopher Fairburn. Hoy en día se tiene suficiente información para considerar este tipo de terapia como la primera opción para tratar a pacientes que sufren de esta enfermedad. Los únicos pacientes que no deben utilizar este tratamiento como primera opción, son aquellos que necesitan hospitalización debido a la gravedad de su enfermedad (Fairburn y Wilson, 1993:362); las cuatro indicaciones más comunes para la hospitalización parcial o total son: depresión mayor o riesgo de suicidio, cuando existe una alteración electrolítica grave o cuando la salud es una preocupación, cuando la paciente se encuentra en el primer trimestre de gestación y los hábitos alimenticios están muy alterados y cuando otros tratamientos ambulatorios han fracasado (Saldaña, 2001:386).

El único tipo de psicoterapia que se ha mostrado igualmente eficaz a esta terapia, a largo plazo, ha sido la terapia interpersonal (Fairburn, 1994).

2. Tratamientos probablemente eficaces. Estos son aquellos recomendados debido a que poseen una confianza clínica moderada. En esta categoría encontramos a la terapia interpersonal y terapia farmacológica (Saldaña, 2001: 382, 387).

a. Terapia farmacológica. Entre los fármacos que han sido estudiados para el tratamiento de la bulimia nerviosa se encuentran los antidepresivos tricíclicos y no tricíclicos -inhibidores de monoaminooxidasa y de la recapturación de serotonina-, supresores de apetito y anticonvulsivos (Fairburn y Wilson, 1993:252). Esta modalidad de terapia ha sido empleada con el objetivo de reducir los atracones y síntomas de depresión/ansiedad; sin embargo, ésta debe ser utilizada en conjunto con terapia cognitivo conductual para optimizar sus efectos –no se recomienda el uso individual-. Es importante mencionar que el uso de fármacos durante la terapia cognitiva conductual para bulimia nerviosa, no incrementa la eficacia de este tipo de psicoterapia (Saldaña, 2001:387).

Entre los fármacos más utilizados en el tratamiento de la bulimia nerviosa, encontramos:

- Antidepresivos tricíclicos. La Imipramina y la Desipramina han sido los más estudiados en el tratamiento de pacientes bulímicas; sin embargo, no se han encontrado resultados constantes que demuestren que el uso de estos fármacos disminuyan la frecuencia de atracones (Fairburn y Wilson, 1993:255).
- Inhibidores de Monoaminooxidasa. En estudios no controlados, éstos han demostrado mejorar los síntomas bulímicos; sin embargo, los efectos secundarios de estos medicamentos son difíciles de tolerar. Los inhibidores de MAO no son utilizados en la práctica clínica para el tratamiento de la

bulimia debido a las restricciones que se deben tener en la dieta, siendo los alimentos ricos en tiramina y dopamina (p.e. queso añejo, cerveza e hígado de pollo) un riesgo a la vida de los pacientes debido a que causan una hipertensión sanguínea; sin embargo, se debe mencionar que la mayor parte de las pacientes bulímicas no consumen estos alimentos (Fairburn y Wilson, 1993:256).

- Inhibidores de la recaptura de serotonina. Estos han resultado ser mas efectivos (Turon, 1999); entre los más utilizados se encuentran la Fluoxetina y Fluvoxamina.

En el caso de la Fluoxetina, se prefieren dosis altas de hasta 60 mg. diarios (Fairburn y Wilson, 1993: 256) ya que produce efectos tales como reducción de frecuencia de atracones, peso y severidad de la enfermedad (M.L. *et al.*, 2002), así como también en la reducción de vómitos (Goldstein, *et al.*, 1995).

En el caso de la Fluvoxamina, varios estudios han demostrado que al utilizarla en pacientes diagnosticados con bulimia nerviosa, estos responden de mejor manera a la Terapia Cognitiva-Conductual (Ricca, *et al.*, 2001).

b. Terapia interpersonal. Ésta es una terapia focalizada a corto plazo cuyo fin es ayudar a los pacientes a identificar y modificar las dificultades interpersonales actuales (Fairburn, 1994). Se ha mostrado tan eficaz a largo plazo como la terapia cognitivo conductual, sin embargo no existen suficientes estudios que comprueben una confianza clínica considerable (Saldaña, 2001: 387).

De acuerdo a la terapia interpersonal, existen cuatro focos de dificultades interpersonales los cuales se abordan durante la fase intermedia de tratamiento. Estos se presentan en la Tabla No. 2: Fases intermedias de la terapia interpersonal.

La terapia interpersonal para bulimia nerviosa se desarrolla en 19 sesiones a lo largo de 18 semanas; se enfoca en las relaciones interpersonales del paciente, considerando éstas como el factor que mantiene el trastorno, sin hacer referencia en ningún momento a los síntomas alimentarios salvo en el período de diagnóstico (Diéguez, 1999: 120).

Como en cualquier tipo de psicoterapia, la interpersonal plantea ciertos objetivos dependiendo de la fase de tratamiento. Durante la fase inicial los objetivos son: establecer el rapport y presentar la forma de trabajo que se tendrá a lo largo de la terapia –se incluye información acerca de los fundamentos del tratamiento y cómo los problemas de alimentación se mantienen debido a dificultades en las relaciones interpersonales del paciente- (Diéguez, 1999:120).

Durante las próximas cuatro sesiones, la terapia se enfoca en identificar las áreas de problema tomando en cuenta cuatro aspectos: 1) una revisión detallada del pasado del paciente, con el objetivo de comprender el contexto en el que se originó el trastorno y cómo este se mantiene, así como se relación con el funcionamiento interpersonal, autoestima, ánimo y acontecimientos vitales –se revisa la historia del trastorno y las fluctuaciones de peso, el funcionamiento interpersonal antes y después del

trastorno, acontecimientos vitales importantes y problemas de autoestima y depresión-; 2) exploración exhaustiva de las relaciones interpersonales actuales en todos los ámbitos de la vida social, tomando en cuenta la frecuencia de los contactos, intimidad, reciprocidad, expectativas y aspectos satisfactorios e insatisfactorios; 3) identificación de los precipitantes de los episodios de atracón que sirven como marcadores de dificultades; 4) identificación del foco del problema –duelo, disputas interpersonales, transición de roles y déficit interpersonal- (Diéguez, 1999:120).

La fase intermedia consiste en trabajar sobre el foco elegido anteriormente –en general, es uno o dos-, el cual es previamente discutido con el paciente; ver Tabla No. 2 que explica las estrategias utilizadas.

La fase de terminación tiene como objetivo preparar al paciente para el afrontamiento de problemas interpersonales en el futuro y posibles recaídas (Diéguez, 1999: 120).

Es posible, que la terapia interpersonal sea considerada como una opción de tratamiento para aquellas personas bulímicas que han fracasado en obtener resultados positivos mediante la terapia cognitivo conductual (Saldaña, 2001: 387).

3. Tratamientos en fase experimental. Estos tratamientos son aquellos para los que aún no existe suficiente evidencia empírica de su posible eficacia, o una inconsistencia de los resultados publicados (Saldaña, 2001: 387).

Los tratamientos incluidos aquí son: 1) manuales de autoayuda sin o con supervisión terapéutica, 2) los programas grupales breves psicoeducativos, 3) versión abreviada del programa de terapia cognitiva conductual administrado por no profesionales (Saldaña, 2001: 387). Aunque la terapia individual para la bulimia nerviosa ha sido constantemente investigada, no se han hecho estudios sobre la eficacia de la terapia familiar para este trastorno. En cuanto a la anorexia nerviosa, este tipo de terapia ha demostrado tener resultados positivos, por esta razón existe la propuesta que ésta también puede ser beneficiosa para pacientes con bulimia nerviosa (Le Grange, Lock y Dymek, 2001)

- La terapia dialéctica conductual. Esta terapia fue desarrollada en un inicio por Marsha Linehan en la Universidad de Washington, en Seattle para el tratamiento del desorden de personalidad límite, y su eficacia clínica ha sido demostrada en dos grandes estudios (Kiehn y Swales, 1995); en los últimos años ha sido adaptada para el tratamiento de trastornos alimenticios (Spet, 2002).

Este enfoque considera a los atracones como una estrategia maladaptativa de regulación de emociones, por lo que sugiere que al facilitar la capacidad de regulación de emociones de una forma adaptativa y efectiva, puede ser una forma útil de tratamiento (Wiser y Telch, 1999); partiendo de esto, el propósito de la terapia es entrenar al paciente en las destrezas para disminuir, afrontar, eliminar y tolerar estas emociones (Spet, 2002).

Tabla No. 2: Fases intermedias de la terapia interpersonal

Foco de problema	Definición	Objetivos estratégicos
Duelo	Reacción anormal, duelo retrasado, dificultades en la elaboración	Objetivo.- Elaborar el duelo y restablecer relaciones e intereses. Estrategia.- Reconstruir la relación con el fallecido, revisar las circunstancias de la muerte, explorar sentimientos positivos y negativos, y ayudar a expresar afectos.
Disputas interpersonales	Expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa.	Objetivo.- Identificar la disputa, modificar patrones de comunicación. Estrategia.- Determinar la fase: Impasse- renegociación; disolución-duelo. Relacionar expectativas no recíprocas con disputas y éstas con la depresión.
Transición de roles	Dificultades para afrontar cambios requeridos por el nuevo rol: pérdida de apoyo y vínculos, manejo de emociones concomitantes, necesidad de nuevas habilidades, baja autoestima.	Objetivo.- Facilitar el duelo del antiguo rol, adquirir habilidades y restaurar el autoestima. Estrategia.- Revisar aspectos positivos y negativos de los roles antiguo y nuevo, explorar sentimientos ante la pérdida y el cambio, y propiciar el desarrollo de nuevos apoyos y habilidades.
Déficit interpersonales	Relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes	Objetivo.- Reducir el aislamiento, fomentar nuevas relaciones Estrategia.- Revisar aspectos positivos y negativos de las relaciones pasadas, explorar pautas repetitivas, explorar sentimientos hacia el terapeuta.

La terapia dialéctica conductual presenta cuatro componentes básicos:

- Entrenamiento consciente (el paciente se torna consciente de sus emociones)
- Regulación de emociones (reducción o eliminación de emociones negativas)
- Tolerancia al estrés negativo (aprender a tolerar emociones dolorosas)
- Efectividad interpersonal (entrenamiento en habilidades sociales) (Spet, 2002)

Siendo una terapia similar a la cognitivo conductual, los pacientes utilizan “diarios” en los cuales registran sus experiencias emocionales, conductas, y las destrezas de dialéctica conductual que han practicado. Los pacientes también trabajan con hojas de “Análisis de cadenas conductuales”, en las cuales registran las secuencias de situaciones, reacciones internas y conductas maladaptativas (Spet, 2002).

La dialéctica primaria de esta terapia es el enfoque doble de aceptación y cambio de emociones dolorosas que el paciente experimenta; el rol principal del terapeuta es llevar al paciente a encontrar un balance entre estos dos factores (Spet, 2002).

Aunque es un enfoque relativamente nuevo para el tratamiento de la bulimia nerviosa, se han realizado diferentes estudios para estudiar su eficacia clínica; en un estudio se encontró que esta modalidad de terapia se asociaba con una disminución de las conductas purgativas, sin embargo este estudio no menciona la eficacia a largo plazo; otro estudio realizado, presenta una mejoría en una paciente bulímica de hasta seis meses después de terminado el tratamiento (Safer, Telch, Agras, 2001). En otro estudio realizado en el año 2001, 89% de las participantes con trastorno por atracones cesaron esta conducta por completo, este porcentaje bajó a un 56% seis meses después (Telch, Agras, Linehan, 2001).

4. Factores predictores de éxito y fracaso de los tratamientos para la bulimia nerviosa. Aunque existen diversas opiniones sobre cuáles son los factores que predicen el éxito que tendrá determinado tipo de psicoterapia en el tratamiento de un trastorno, se ha podido observar que entre las variables asociadas con pobres resultados en la terapia para bulimia nerviosa se encuentran: baja autoestima, bajo peso o anorexia nerviosa, gravedad o frecuencia alta de atracones, comorbilidad con trastornos de personalidad, depresión, actitudes negativas hacia el peso y la figura y una historia de obesidad (Saldaña, 2001: 388).

En cuanto a los predictores de mejoría, se han encontrado: menor psicopatología alimentaria, de vómitos y atracones; así como también un alto grado de motivación (Saldaña, 2001:387).

C. Terapia Cognitivo-Conductual para bulimia nerviosa.

Como se mencionó anteriormente, esta terapia es la primera elección para el tratamiento de la bulimia nerviosa, ya sea o no combinada con terapia farmacológica.

A continuación se presenta una descripción detallada del tratamiento para bulimia nerviosa propuesto por Fairburn en su libro *Binge Eating: Nature, Assessment and treatment*.

1. Modelo cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa. Para comprender el tratamiento cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, es necesario primero estudiar el modelo que se plantea para esta enfermedad (Ver Figura 1).

Primero es importante considerar los atracones y los métodos compensatorios inadecuados que la persona utiliza (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos, etc.) como el punto de partida para explicar este modelo. Existe una relación entre los atracones y las dietas estrictas, ya que son estas las

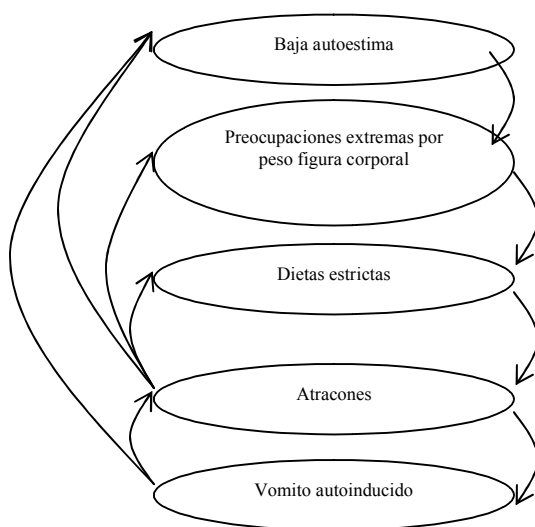
que actúan como disparadores de los atracones, por lo tanto el eliminar las dietas se convierte en una meta de la terapia cognitivo-conductual.

Una vez analizada la relación entre los atracones y las dietas, es importante considerar la relación que existe entre las dietas estrictas y las preocupaciones acerca del peso y figura corporal, las cuales se ven relacionadas con una baja autoestima; esto se logra mediante la revisión de diarios de monitoreo.

El análisis de las preocupaciones acerca del peso y figura corporal de una persona bulímica, evidencia la existencia de ciertas distorsiones cognitivas relacionadas con este componente del modelo de la enfermedad. Entre las distorsiones más comunes se encuentran el pensamiento dicotómico, perfeccionismo extremo y baja autoestima (Fairburn y Wilson, 1993:391).

El problema de bulimia nerviosa va más allá de los atracones, y el tratamiento se debe enfocar tanto en las conductas como en los pensamientos y sentimientos (Fairburn y Wilson, 1993:369-371).

Figura No.1: Modelo cognitivo-conductual de mantenimiento de la bulimia nerviosa



(Fairburn y Wilson, 1993:369)

2. Curso del tratamiento. El tratamiento cognitivo conductual para la bulimia nerviosa tiene una duración aproximadamente de 20 semanas. Es una terapia semiestructurada, orientada hacia resolver el problema en el presente y futuro, sin preocuparse por el pasado. Este tipo de tratamiento se enfoca en los factores que mantienen el problema, y no los que lo causaron.

Las 20 semanas de tratamiento se dividen en tres etapas:

- a. Presentación del modelo cognitivo conductual de la bulimia nerviosa y establecimiento de un patrón dietético.
- b. Generación de alternativas cognitivo-conductuales

c. Prevención de recaídas y seguimiento (Fairburn y Wilson, 1993:365).

La Terapia Cognitivo-Conductual trabaja con el modelo descrito anteriormente de la base hacia arriba; es decir, trabaja primero en el aspecto conductual intentando disminuir los atracones, conductas compensatorias y las dietas, una vez logrado esto la segunda etapa de la terapia se enfoca en la reestructuración cognitiva.

a. Primera etapa: Establecimiento de la relación terapéutica y explicación del modelo cognitivo de la bulimia. Las metas de esta etapa son explicar el modelo cognitivo-conductual del mantenimiento de la enfermedad y reemplazar los atracones por un patrón regular de alimentación (Fairburn y Wilson, 1993:366).

1) Sesión 1. En esta sesión se debe orientar al paciente en cuatro áreas:

- Estructuración del tratamiento: Consiste en 19 sesiones en un tiempo de 20 semanas. Las etapas 1 y 2 consisten en ocho sesiones cada una y la etapa 3 en tres sesiones.
- Contenido del tratamiento: Se explica el modelo cognitivo de la enfermedad haciendo ver a la paciente que el problema no son solamente los atracones y conductas compensatorias, sino que estos aspectos son el resultado de dietas estrictas las cuales a su vez son directamente influenciadas por las preocupaciones por el peso y figura que son resultado de una baja autoestima. Se establece un patrón normal de alimentación. Se hacen intentos de identificar, cuestionar y modificar conductas, pensamientos y actitudes relevantes.
- Resultados probables: Es importante aclarar al paciente que es común que las dificultades con la alimentación sigan presentes al final del tratamiento, pero también es común que se siga mejorando los próximos 4 a 8 meses. Los pacientes no deben pensar que quedarán “curados”, el problema puede reaparecer en situaciones estresantes.
- Estilo de tratamiento y necesidad de compromiso: Este tipo de tratamiento requiere un compromiso al 100%; mientras exista más compromiso del paciente hacia su terapia, mayor es la probabilidad de obtener buenos resultados al terminar el tratamiento.

Una vez explicado el modelo cognitivo-conductual de la enfermedad, de la manera que se hizo anteriormente, se introduce el monitoreo. La importancia del monitoreo es que ayuda al paciente a examinar sus hábitos alimenticios y las circunstancias bajo las cuales surge el problema y ayuda al paciente a modificar sus hábitos alimenticios y pensamientos automáticos. Para hacer esto se debe dar instrucciones escritas al paciente (Ver Tabla No. 3) así como un ejemplo de la hoja de monitoreo (Ver Figura No. 2).

2) Sesión 2: Revisión de las hojas de monitoreo.

A partir de la sesión 2, todas las sesiones deben comenzar con una revisión de las hojas de monitoreo. Durante la primera etapa estas hojas se analizan detalladamente junto con el paciente. Se debe explicar que es importante que escriba lo que comió, inmediatamente después de hacerlo.

En esta sesión se introduce la toma de peso semanal. Se pide al paciente que se pese una vez a la semana en una mañana de su elección. Puede haber algún tipo de resistencia, ya que las personas con este trastorno tienen una preocupación excesiva por su figura y peso.

El pesarse en intervalos semanales es una parte importante del tratamiento. Debido a que los hábitos alimenticios del paciente estarán cambiando y ciertas instrucciones conductuales están diseñadas para activar las preocupaciones del paciente referentes a su figura y peso, es razonable que ellos monitoreen su peso para tener información de lo que está pasando.

Se debe aconsejar a los pacientes para que no hagan inferencias acerca de su peso basándose en menos de 4 tomas de peso semanales.

3) Sesiones 3 a 8

Una vez terminadas las dos primeras sesiones de tratamiento, el paciente debe haber establecido una relación terapéutica con el psicólogo o terapeuta, así como también manejar información sobre la estructuración del tratamiento, el modelo cognitivo-conductual de la enfermedad y el uso de hojas de monitoreo. A partir de estas sesiones el terapeuta debe introducir las principales estrategias conductuales para recobrar el control sobre los atracones. Al final de cada sesión se debe dar un número limitado de tareas al paciente, y revisarlas la siguiente sesión.

Durante estas sesiones se debe educar al paciente en ciertos aspectos:

- **Peso corporal:** Se le debe decir el índice de su masa corporal y se debe decir cuando esta bajo su peso normal (debajo de 18), un peso normal (20 a 27) y sobrepeso (27 o más). Se debe recomendar que no se ponga como meta un número exacto de libras, sino un rango aceptable.
- **Consecuencias físicas de los atracones, vómitos y abuso de laxantes:** Se debe informar acerca de las complicaciones físicas en personas con bulimia nerviosa.
- **La ineffectividad de los vómitos o abuso de laxantes:** Los atracones usualmente involucran el consumo de grandes cantidades de energía y el vómito autoinducido no se deshace de todo lo que se ha comido. Los vómitos autoinducidos propician los atracones de dos formas: primero, como los pacientes creen que vomitando sacarán todo lo que han comido tienden a relajar sus controles

dietéticos llevándolos a los atracones; y segundo, descubren que es más fácil vomitar si su estómago está lleno entonces comen excesivamente (atracones).

- Los efectos adversos de hacer dietas: El hacer dietas es un factor que causa los atracones. Existen tres tipos de dietas: evitar comer por largos períodos de tiempo, evitar comer ciertos tipos de comida y restringir la cantidad total de comida consumida.

Se debe aconsejar a los pacientes acerca de sus hábitos alimenticios, vómitos y uso de laxantes.

- Recomendar un patrón regular de alimentación

Se debe pedir al paciente que restrinja su alimentación a tres comidas planeadas durante el día, más dos o tres refacciones planeadas con tres horas de diferencia entre ellas; estas comidas no deben ser seguidas de vómitos o uso de laxantes. Aunque el paciente no tenga apetito o las circunstancias lo hagan más difícil, el paciente no debe omitir ninguna comida planeada.

Al introducir una comida planeada, se cambia la rutina de atracones y dietas excesivas, lo cual logra mejorar los hábitos alimenticios de los pacientes.

- Uso de conductas alternativas

Se debe pedir que identifiquen actividades que gustan realizar que no sean compatibles con los atracones. Estas actividades deben ser realizadas entre comidas planeadas para reducir los períodos donde se dan los atracones.

- Control de estímulos

Estas técnicas incluyen medidas como no realizar otras actividades mientras se come, restringir la comida a un solo ambiente en la casa, limitar la cantidad de comida disponible cuando se come, practicar dejar un poco de comida en el plato.

- Vómitos

En muchos casos los vómitos paran automáticamente al parar los atracones, ya que al no consumir una cantidad de comida que sea considerada como un atracón, no surgirá el sentimiento de culpa que lleve a la persona a recurrir a una medida compensatoria para evitar la ganancia de peso. Si el paciente siente ganas de vomitar después de comer, se le pide que realice una de las actividades que identificó previamente.

Al final de la etapa 1 de tratamiento (sesiones 7 u 8) el terapeuta debe tener una sesión con el paciente y las personas con quien éste vive. Esto es para: primero, animar al paciente a hablar acerca de su problema; segundo, el paciente explica el modelo cognitivo del problema y así el terapeuta se asegura que lo haya entendido; tercero, al educar a los parientes o amigos acerca del problema estos pueden ayudar a facilitar el tratamiento y recuperación del paciente.

En un estudio realizado por Stewart, se predice que la disminución de la conducta purgativa al llegar a la sexta sesión, mejora los resultados de la terapia cognitiva (Stewart, Crow, Halmi, Mitchell, Wilson, Kraemer, 2000), tanto a corto como a largo plazo (Fairburn, Stewart, Walsh, Wilson, Stice., 2004). Los pacientes con bulimia nerviosa que no reducen significativamente su comportamiento purgativo al llegar a la sexta sesión de esta terapia, no responderán positivamente a este tratamiento. Estos pacientes deben buscar otro tipo de terapia (Miller, 2001:1).

b. Segunda Etapa: Sesiones 9 a 16, modelo cognitivo de las emociones. Aparte de hacer énfasis en el patrón regular de alimentación, el uso de conductas alternativas y el pesarse semanalmente, esta etapa se enfoca en las formas de hacer dieta, preocupaciones acerca de figura y peso corporal y otras distorsiones cognitivas.

1) Reducción del patrón dietético

La meta de este tratamiento es reducir, si no eliminar por completo, la tendencia de estos pacientes a hacer dietas. Como se mencionó anteriormente el terapeuta debe discutir con el paciente la relación entre hacer dietas y los atracones. Al hacer esto es importante identificar los pensamientos automáticos que pasan por la mente de los pacientes en el momento en el que abandona sus intentos de controlar su alimentación. Generalmente estos son “He roto mi dieta” o “Estoy fuera de control”, que caen bajo la categoría de pensamiento dicotómico.

Durante la etapa 1 se trabaja con el primer tipo de dieta, en esta etapa se trabaja con los otros dos tipos, el evitar ciertos tipos de comida y el tratar de consumir pequeñas cantidades de energía – pequeñas porciones-.

Para eliminar el segundo tipo de dieta, el primer paso es identificar qué comidas se están evitando y ordenarlas en orden jerárquico empezando por la más evitada. En la siguiente sesión esta lista se divide en grupos de cuatro y en las siguientes semanas el paciente introducirá progresivamente estas comidas en su dieta, empezando por las más fáciles.

La eliminación del tercer tipo de dieta, se logra de una manera similar a la anterior. Revisando las hojas de monitoreo se observa si el paciente está consumiendo muy poca energía y se le pide que coma más progresivamente hasta que consuma de 1500 a 1800 kcal. diariamente.

Una vez los pacientes hayan reducido sus atracones y ya no lo hagan regularmente, el terapeuta y el paciente deben tratar de identificar los precipitantes para estos episodios de atracones. Muchas veces estos atracones son precipitados por factores externos de carácter interpersonal –por ejemplo, peleas con el novio, problemas familiares o con amigos, problemas en el trabajo-, por lo que se debe ayudar al paciente a desarrollar habilidades de resolución de problemas.

Tabla No. 3: Instrucciones para el monitoreo

Instrucciones para el monitoreo

El propósito del monitoreo es doble: Primero, provee una imagen detallada de cómo comes, de esta manera te hace ver a ti y a tu terapeuta la naturaleza exacta de tu problema alimenticio; y segundo, al percatarte de lo que haces en el mismo momento en que lo haces, el monitoreo te ayuda a modificar conductas que antes parecían automáticas y fuera de tu control. Un buen monitoreo es una de las bases del tratamiento.

Al principio, anotar todo lo que comes puede parecer irritante, pero rápidamente se convertirá en algo natural y de obvio valor. Todavía no hemos encontrado a nadie, cuyo estilo de vida haga este monitoreo algo imposible de lograr.

Se te proporcionará un ejemplo de una hoja de monitoreo. Una nueva hoja debe ser llenada cada día. En la columna 1 anotas la hora en la que comes o tomes algo, y la columna 2 es para que anotes la naturaleza de la comida o bebida que has consumido. Las calorías no deben ser anotadas; en vez de hacer esto, debes dar una descripción simple de lo que comiste o tomaste. Cada ítem debe ser agregado a la lista lo antes posible después de haber sido consumido. Recordar que comiste o tomaste algunas horas antes no es satisfactorio, ya que no te ayudará a modificar tu conducta. Cuando consideres un episodio como un tiempo de comida, debes identificarlo con llaves. Refacciones u otros episodios de comida no deben llevar llaves.

La columna 3 es para especificar dónde consumiste la comida o la bebida. Si esto fue en casa, debes especificar en qué ambiente fue.

Debes dibujar asteriscos en la columna 4 junto a los episodios de comida que consideraste en ese momento ser excesivos. Es esencial que anotes toda la comida que consumes entre atracones.

La columna 5 es para anotar cuándo vomitas, o tomas laxantes o diuréticos.

La columna 6 debe ser usada como un diario para anotar los eventos que influenciaron tu alimentación; por ejemplo, si una discusión precipitó un atracón, debes anotarlo. Puedes desear anotar otros eventos importantes, aún cuando no hayan tenido efecto alguno en tus atracones. Es buena idea anotar todas las emociones fuertes, por ejemplo, sentimientos de depresión, ansiedad, aburrimiento o soledad, o sensación de gordura. La columna 6 debe ser utilizada para anotar tu peso cada vez que te peses.

Obviamente, si haces el monitoreo como se te pide, deberás llevar tus hojas de monitoreo contigo a todo lugar. Se hará una revisión de tus hojas de monitoreo en cada sesión de tratamiento, por lo tanto debes recordar traerlas.

Traducido textualmente de *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (1993)

Figura No. 2: Hoja de Monitoreo

Día: _____ Fecha: _____

Hora	Comida y líquidos consumidos	Lugar	Atracones	Vómitos/Laxantes o diuréticos	Contexto
7:35	1 toronja 1 taza café negro	Cocina			Me siento muy gorda
11:10	1 manzana	Trabajo			
3:15	2 chocolates 1 dona 1 pastelito	Supermercado	*		Todos me vieron en el supermercado, estoy fuera de control.
3:30	2 huevitos de chocolate 2 donas	Cocina	*	V	Me detesto a mi misma. No puede dejar de llorar
5:10	½ pinta de leche 1 plato de cereal 1 plato de cereal 1 pan pita con queso cottage	Cocina	*		
6:00	1 vaso de agua 1 papa horneada 1 lata de Pepsi	En el jardín de afuera	*	V	Me pesé. Pesó 90 Lbs. Estoy muy gorda. Me siento gorda y fea.
9:00	1 taza de sopa 1 cubo de hielo 1 taza de café	Cocina			
10:00	1 taza de café	Sala			
11:20	1 taza de café 6 galletas 4 pedazos de chocolate 2 pedazos de pan tostado 2 vasos de agua	Cocina	*	V (2 veces) L	¿Por qué hago esto? No lo puedo evitar Me pesé y peso 92 Lb. Me siento gorda Tomé 21 Nylax

(Fairburn y Wilson, 1993:373)

Los pasos a seguir para la resolución de problemas son:

- 1°. Identificar un episodio reciente precipitado por factores externos donde se tuvo poco control.
- 2°. Se debe considerar todas las formas de manejar el problema
- 3°. Se debe considerar los pros y contras de cada forma de manejar el problema
- 4°. Se selecciona una alternativa
- 5°. Los pasos requeridos para llevar a cabo la alternativa escogida se enumeran
- 6°. Se evalúa el proceso de resolución de problemas.

Una vez practicado esto con el terapeuta, se le debe pedir al paciente que lo practique en casa en cada oportunidad que tenga, y que lo anote en su hoja de monitoreo en la columna 6 como “problema” y escriba los pasos en la parte de atrás de la hoja.

2) Preocupaciones acerca de la figura y peso corporal

La recaída es menos probable si estas preocupaciones son tratadas exitosamente. Para hacer esto se utilizan tanto técnicas cognitivas como conductuales para modificar patrones de pensamiento y de conducta que son erróneos.

El primer paso para entrenar a los pacientes en la reestructuración cognitiva, es identificar el pensamiento automático; una vez hecho esto se siguen los siguientes pasos:

- 1°. Se anota el pensamiento automático exactamente igual como lo dijo el paciente
- 2°. Los argumentos y evidencia que apoyan este pensamiento deben ser cuestionados
- 3°. Los argumentos y evidencia que pongan este pensamiento en duda deben ser identificados.
Hecho esto, el paciente considera lo que otras personas pensarían en la misma situación.
- 4°. El paciente debe llegar a una conclusión razonable que debe ser utilizada para gobernar su comportamiento.

Se debe pedir al paciente que realice esto en su casa utilizando una hoja de pensamientos disfuncionales, cuyo formato se encuentra ejemplificado en la Tabla No. 4: Monitoreo de pensamientos disfuncionales.

- Otras distorsiones cognitivas

Como se mencionó anteriormente, las distorsiones cognitivas más comunes son el pensamiento dicotómico, perfeccionismo y baja autoestima.

Al terminar la segunda etapa de tratamiento, los atracones y vómitos autoinducidos son infrecuentes o nulos, y los pensamientos automáticos y actitudes son menos comunes.

c. Tercera etapa: Sesiones 17 a 19, prevención de recaídas. Consiste en tres sesiones, en intervalos de dos semanas para asegurarse que el cambio se mantenga. A los pacientes que aún presentan síntomas y se encuentran preocupados por el final cercano de su tratamiento, se les debe reasegurar que es usual que sigan mejorando en los siguientes meses después de finalizar su tratamiento.

Es importante hacer ver a los pacientes con bulimia nerviosa, que el hecho de sentir que pierden el control sobre su alimentación en un futuro no es una recaída; el terapeuta debe preparar una hoja de mantenimiento, como la ilustrada en la Tabla No. 5: Plan de mantenimiento, para que el paciente lleve consigo a todo lugar para que pueda utilizarla en momentos donde tenga mucha ansiedad o estrés.

Ahora bien, se ha dado una descripción de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la bulimia, pero lo importante es que esta terapia realmente sea efectiva en el momento de tratar a pacientes con este trastorno.

Tabla No.4: Monitoreo de pensamientos disfuncionales

Instrucciones: Cuando mi ánimo se ponga más encendido o peor, me preguntaré a mí mismo ¿qué pasa por mi mente ahora?, tan pronto sea posible escribiré el pensamiento o la imagen en la columna de pensamientos automáticos

Fecha/Hora	Situación	Pensamiento automático	Emoción	Respuesta alterna	Resultado
Lunes 11:00 am	Me vi al espejo	Estoy muchísimo más gorda	Ansiedad 95%	No me he engordado, porque mi ropa me queda igual que antes	Ansiedad 30%

Situación: ¿Qué eventos o recuerdos me llevaron a sentir la emoción desagradable? ¿Qué sensaciones físicas molestas tuve?

Pensamiento automático: ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por mi mente? ¿En que % creía en ellas en ese momento?

Emociones: ¿Qué emoción (enojo, ansiedad, tristeza) tuve en ese momento?

(Quinto, 2002,26)

3. Adaptaciones de la terapia cognitivo-conductual para el trabajo con adolescentes. La terapia descrita anteriormente es la comúnmente trabajada con personas adultas, sin embargo en un estudio realizado por la Universidad de Stanford, se plantean algunas adaptaciones para que ésta sea más eficaz en cuanto al trabajo con adolescentes diagnosticados con bulimia nerviosa. Entre estas adaptaciones se encuentran:

- Se sugiere tener mayor contacto con el/la paciente al inicio del tratamiento para lograr una alianza terapéutica. Se podría tener contacto telefónico o dos sesiones semanales.
- Educar e involucrar a los padres y personas significativas en la vida de la/del adolescente tratado al final de la primera etapa de tratamiento.
- Simplificar el lenguaje y estilo de comunicación.
- Tener más flexibilidad en cuanto a las tareas y el uso de diarios de monitoreo, al menos al principio del tratamiento; en vez de esperar un diario de monitoreo de todos los días, trabajar con dos o tres días que sí haya realizado.

- Ser más flexibles en cuanto a la manera en que se utiliza el tiempo durante la sesión, dando también oportunidad de discutir asuntos importantes para él/la paciente tales como crisis con amigos, padres u otros problemas (Lock, 2005).

Tabla No. 5: Plan de mantenimiento

Los problemas alimenticios pueden recurrir en momentos donde experimentemos estrés. Debes ver tu problema como un talón de Aquiles: es la forma en la que estas predispuesta a reaccionar en momentos difíciles. Descubriste durante tu tratamiento ciertas técnicas que te ayudaron a recobrar el control sobre tu alimentación. Estas técnicas que encontraste más útiles se encuentran listadas abajo. Estas deben ser utilizadas bajo dos circunstancias:

1. Si tu problema alimenticio está empeorando
2. Si sientes que estás en riesgo de una recaída

En dichos momentos generalmente existirá un problema implícito. Debes por lo tanto examinar qué está sucediendo en tu vida y buscar cualquier evento o dificultad que pueda ser relevante. Si cualquier problema parece ser relevante, debes considerar todas las posibles soluciones al problema para construir un plan de acción. Además, debes utilizar una más de las siguientes estrategias para tratar tu alimentación:

1. Utiliza un momento para que puedas reflexionar acerca de tu situación actual. Necesitas desarrollar un plan de acción. Reevalúa tu progreso cada día. Algunas estrategias pueden haber funcionado, otras no.
2. Empieza a monitorear otra vez todo lo que comes, cuando lo comes
3. Limita tu alimentación a tres comidas diarias, más dos refacciones planeadas.
4. Planifica tus días por adelantado. Evita largos periodos de tiempo sin hacer nada, así como periodos con demasiadas cosas que hacer. Si sientes que vas a perder el control, planifica tus comidas en detalle para saber exactamente qué y cuándo comerás. En general, debes tratar de mantenerte un paso adelante del problema
5. Identifica los momentos en los cuales es más probable que tengas un atracón y planea actividades alternativas que no sean compatibles con comer.
6. Si piensas demasiado en tu peso, asegúrate de pesarte no más de una vez a la semana. Si es necesario, cesa la pesada semanal. Si quieres bajar peso, hazlo disminuyendo las cantidades que comes en cada tiempo de comida en vez de evitar tiempos de comida o evitando ciertas comidas. Recuerda, debes aceptar tu rango de peso, los cambios graduales son mejores.
7. Si piensas demasiado en tu figura, esto puede ser porque te encuentras ansiosa o deprimida. Tiendas a sentirte gorda cuando las cosas no te salen bien. Debes utilizar los pasos para solucionar problemas para identificar problemas actuales y resolverlos.
8. Si es posible, confía en alguien. Habla acerca de tu problema. Si compartes tu problema será más pequeño. Recuerda, a ti no te importaría que tus amigos compartieran sus problemas contigo.
9. Ponte metas realistas limitas. Trabaja una hora a la vez. Un fracaso no justifica una sucesión de fracasos. Anota cualquier progreso, aunque pequeño, en tus hojas de monitoreo

(Fairburn y Wilson, 1993, 393)

D. Estudios sobre Terapia Cognitivo-Conductual para bulimia nerviosa.

Esta terapia ha sido evaluada en más de 20 estudios controlados y se han comprobado tres principales aspectos. Primero, este tipo de terapia ha probado ser beneficiosa en todos los aspectos de la psicopatología de la bulimia nerviosa con 84% de los pacientes reduciendo la frecuencia de los vómitos autoinducidos y 48% desarrollando una abstinencia a esta conducta, así como 79% y 62% respectivamente para los atracones. Segundo, el mejoramiento de los pacientes parece mantenerse después de 6 a 12 meses terminado el tratamiento según un estudio realizado en el cual se encontró que 2/3 de los pacientes no tenían un desorden alimenticio hasta 6 años después de terminado el tratamiento; este resultado se ve apoyado por aquellos encontrados en otro estudio donde los cambios permanecían cinco años después de terminar el tratamiento (JCP, 2001). Tercero, se encontró que este tratamiento es igual o superior a los otros tipos de tratamiento con los que ha sido comparado (Wilson, 1997:1).

Un estudio realizado por Agras comprueba lo presentado anteriormente, de 140 pacientes que se vieron involucrados en este estudio que terminaron el tratamiento consistente de 18 sesiones de terapia cognitivo-conductual 41% cesaron la conducta de atracones y vómitos autoinducidos (Miller, 2001:1).

Se han desarrollado tratamientos derivados de la terapia cognitiva, como manuales de autoayuda. En un estudio realizado por Thiels, se comparó la efectividad de la terapia cognitiva con manuales de autoayuda basados en terapia cognitiva; los resultados obtenidos muestran una superioridad del 1% de la terapia cognitiva. (Thiels, *et al.*, 1998) Otro estudio realizado por Carter, muestra una superioridad de 3.6% sobre los manuales de autoayuda (Carter, *et al.*, 2003).

La terapia cognitivo-conductual también ha sido comparada con otros tipos de terapia como medicamentos antidepresivos, psicoterapia de apoyo con orientación psicodinámica y psicoterapia de apoyo expresiva. Al ser comparada con medicamentos antidepresivos en un estudio donde participaron 120 mujeres diagnosticadas con bulimia nerviosa, se encontró que el uso de medicamentos combinados con este tipo de terapia es más efectivo que el uso de antidepresivos solos, mientras que la psicoterapia de apoyo con orientación psicodinámica combinada con medicamentos antidepresivos no lo fue (Walsh, Wilson, Loeb, Devlin, Pike, Roose, Fleiss y Waternaux:2001); estos resultados confirman que la bulimia nerviosa, siendo un trastorno psicológico, necesita de una atención multidisciplinaria en algunos casos, y no solamente se debe atacar el síntoma sino que también su causa. En un estudio realizado para comparar este tratamiento con la psicoterapia de apoyo expresiva en el que participaron 60 sujetos, 25 terminando cada tipo de tratamiento, se encontró que la terapia cognitiva fue superior en reducir los vómitos autoinducidos con un 36%, mientras que el otro tipo de terapia solo logró un 12% (Garner, Rockert, Davis, Garner, Olmsted y Eagle:2001).

Estos sólo son algunos de los estudios realizados para estudiar la efectividad clínica de la terapia cognitiva para el tratamiento de la bulimia nerviosa. Ninguno de estos estudios ha sido desarrollado en Guatemala, o en algún país de Latinoamérica.

Actualmente, la terapia cognitiva es la primera elección para el tratamiento de bulimia nerviosa; la combinación de esta modalidad de terapia y medicamentos también produce resultados positivos (Walsh, *et al.*, 1997); sin embargo, esto no quiere decir que sin el uso de medicamentos la terapia cognitiva conductual sea menos eficaz.

III. METODOLOGÍA

A. Limitaciones

El número de personas que reporta padecer el trastorno de bulimia nerviosa y busca ayuda psicológica para tratarla, se ve afectado por el tabú que se maneja en la sociedad con respecto al padecimiento de este trastorno de la alimentación –tabú que nos dice que una persona que padece de bulimia no está tan enferma como una persona que padece de anorexia-, así como también por la falta de información acerca de los mismos, principalmente el de bulimia nerviosa. Debido a esta limitación, en esta investigación solamente se incluye el estudio de casos de dos pacientes que recibieron terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa.

Debido al número de casos estudiados en esta investigación, los resultados obtenidos son válidos solamente para este estudio, por lo que no se pueden generalizar a nivel nacional.

B. Justificación

Aunque no existen estudios realizados en Guatemala, a nivel nacional, acerca del trastorno de bulimia nerviosa, éste es cada día más común en otras partes del mundo; por ejemplo, según Daw , en Estados Unidos existe una cifra de ocho millones de personas afectadas, cifra que se ha duplicado desde 1960. La incidencia de trastornos alimenticios en estudiantes universitarios guatemaltecos es de 10.9% (Bollat, 2005). Esto nos hace concluir que la incidencia de esta enfermedad es un tema que requiere nuestra atención, ya que de no ser tratado este trastorno, la persona afectada puede llegar a morir.

La situación económica que se vive en nuestro país, imposibilita a muchas personas a someterse a tratamientos psicológicos de larga duración, por lo que la terapia cognitiva es ideal para una población como la nuestra; esta terapia no sólo es de corta duración, 18 sesiones aproximadamente, sino que también ha probado ser la más efectiva para el tratamiento del trastorno de bulimia nerviosa.

En Guatemala la investigación en el ámbito de la psicología no es abundante, por lo que no existe ningún estudio que compruebe la efectividad de la terapia cognitiva en nuestro país; se necesitan estudios diseñados para comprobar la efectividad de diferentes terapias en la población guatemalteca.

C. Participantes

El estudio de casos, incluyó a dos pacientes femeninas quienes recibieron terapia cognitiva-conductual para bulimia nerviosa, en un Centro de Terapia Cognitiva. El primer caso presenta a una paciente de 19 años, quien fue diagnosticada con bulimia nerviosa tipo purgativo; el segundo, es una paciente de 36 años, quien fue diagnosticada con bulimia nerviosa tipo no purgativo.

D. Ambiente

Las sesiones de terapia de ambas mujeres, se llevaron a cabo en un Centro de Terapia Cognitiva, el cual se encuentra localizado en un complejo de clínicas médicas. La terapia fue realizada por un psiquiatra terapeuta cognitivo, en un clínica aislada de ruidos y distracciones, equipada con el mobiliario adecuado –incluida una pizarra para marcador. La mayor parte de las sesiones fueron realizadas semanalmente, con una duración aproximada de 45 minutos cada una.

E. Instrumentos

Los pacientes fueron evaluados en el transcurso de la terapia con el Inventario de Beck para la ansiedad y el Inventario de Beck para la depresión, con el objetivo de registrar la mejoría en estos aspectos.

Para la evaluación de los pacientes se utilizó la Escala de Evaluación de la Actividad Global (E.E.A.G.), antes y después de aplicar la terapia.

F. Diseño

Este trabajo de investigación es un estudio retrospectivo de dos casos abordados por un terapeuta anteriormente. Con el objetivo de conocer los casos estudiados, se presenta una transcripción de cada caso, incluidas las sesiones de terapia, con el objetivo de analizar las técnicas utilizadas por el terapeuta con cada paciente, así como también la eficacia clínica de la terapia.

G. Análisis de datos

DESCRIPCIÓN DE CASOS

A continuación se describen las sesiones realizadas con cada una de las pacientes que diagnosticadas con Bulimia Nerviosa, y posteriormente tratadas terapia cognitiva-conductual. La descripción de las sesiones incluye los objetivos de las mismas, así como también las técnicas utilizadas en cada una.

Cabe mencionar que ambos casos presentados a continuación, fueron tratados por un terapeuta cognitivo-conductual anteriormente; la autora de este trabajo de investigación no participó en ninguno de los dos tratamientos. Para obtener la información, se realizó una revisión de ambos casos junto con el terapeuta que los atendió.

CASO No. 1

DATOS GENERALES

XX es una mujer católica de 19 años, con una altura de 1.65m. y un peso de 115 lb. Cursa el primer año en la Universidad y vive con sus padres, dos hermanos y tres hermanas.

MOTIVO DE CONSULTA

XX se presentó al Centro de Terapia Cognitiva, debido a que presenta un miedo hacia la comida y a engordar.

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

A partir de los 15 años comenzó a preocuparse por su cuerpo y su dieta por lo que comenzó a hacer dietas, bajando 15 lb, las cuales recuperó una vez abandonado el patrón de dietas al año siguiente.

Desde hace 8 meses ha presentado atracones semanales, los cuales se dan entre comidas, ingiriendo más del doble de lo que come regularmente. Estos atracones han sido seguidos por medidas compensatorias como vómitos autoinducidos y uso de laxantes (leche de magnesia). La frecuencia de los atracones es de cuatro semanales, y el uso de medidas compensatorias es de tres vómitos semanales y uso de laxantes cada quince días. XX refiere sentir “un miedo horrible a engordar” y “frustración y enojo” después de cada atracón. XX refiere no hacer ejercicio ni dietas estrictas. Su peso se ha mantenido estable y no hay presencia de amenorrea.

La paciente refiere que ha buscado ayuda psiquiátrica en dos ocasiones. La primera ocasión fue hace dos años, en la cual recibió un tratamiento de aproximadamente ocho meses por una aparente depresión; le fueron recetados antidepresivos los cuales no quiso tomar. La segunda ocasión se dio hace un año, sin embargo XX refiere no haber desarrollado una buena relación con él; en esta ocasión se le recomendó acudir a una terapia de apoyo en una Iglesia, a la cual nunca acudió.

Ha consultado con dos nutricionistas, quienes han aconsejado una dieta, sin embargo XX refiere no haber podido seguir ninguna.

Actualmente acude a una naturista.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

XX fue tratada por un psiquiatra hace dos años por una aparente depresión, no se tomaron antidepresivos aunque estos fueron recetados. Refiere tomar alcohol ocasionalmente y fumar socialmente.

XX refiere que su abuela fue alcohólica.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Fue una hija deseada y su nacimiento fue normal. Describe a su padre como “alegre, estricto y molestón” y a su madre como alguien “alegre, buena, reservada y piadosa con respecto a la religión”. Refiere tener una buena relación con ambos.

En cuanto a su estructura familiar, es la quinta de nueve hermanos. Tiene dos hermanos mayores, de 29 y 27 años, ambos casados. Su tercera hermana, de 24 años, estudia en el extranjero. En casa viven su cuarto hermano de 21 años de edad, con quien mejor relación tiene; una hermana de 16 años, una hermana de 14 años, un hermano de 12 años y una hermana de 9 años.

Refiere haber tenido una infancia alegre y su sueño era entrar al colegio de sus hermanas grandes. Tiene buena relación con sus padres y con sus hermanos; refiere que sus padres fueron estrictos y que alguna vez le gritaron. Menciona que algunas veces la molestaban de “gordita” y le hacían burla y al hacer carreras junto con sus hermanos, le ganaban.

Estudió en un colegio privado. En primaria, 1ro. y 2do. grado, refiere haber sido una niña aplicada y recuerda llevarse mal con un grupo de compañeras. En 4to. grado tuvo algunas peleas con las niñas “populares” de su clase; siguió siendo bastante aplicada a los estudios. En secundaria, su rendimiento bajo pero su vida social mejoró.

A nivel social refiere que ha tenido amigas pero no muchas, se relaciona más con su novio y su círculo social. Actualmente tiene una relación de un año cuatro meses con su novio, quien es un año mayor que ella. Refiere haber tenido dos novios más, a los 15 y 16 años, sin embargo considera estas relaciones cortas ya que tuvieron una duración de aproximadamente tres meses.

Ha presentado molestias gástricas. No ha tenido intervenciones quirúrgicas, fracturas o alergias. No presenta sobrepeso, según el índice de masa corporal (IMC).

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El día de la primera sesión con el terapeuta, fue puntual y presentaba buen arreglo personal. Su lenguaje era fluido, y presentaba una actitud colaboradora durante la entrevista. Actividad psicomotora era normal.

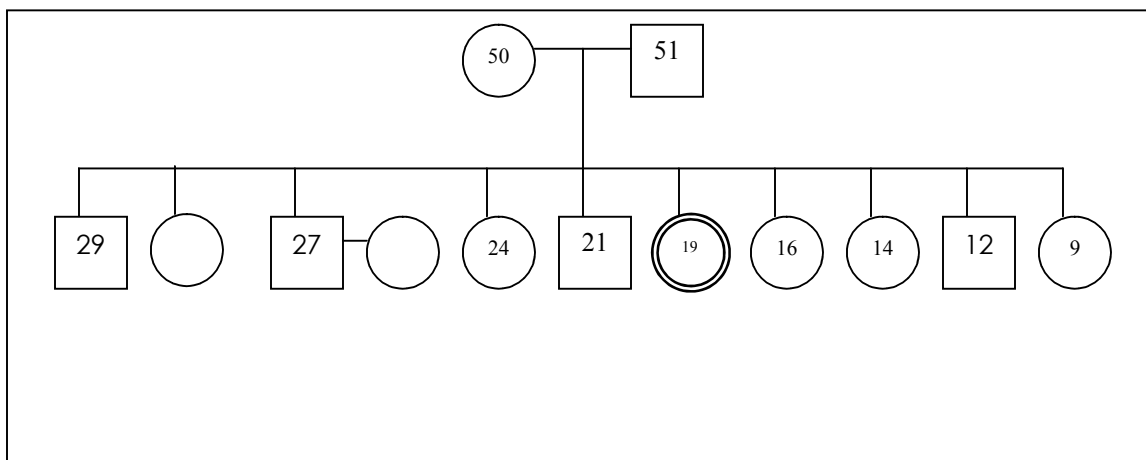
En cuanto a su afecto, el terapeuta reportó una leve ansiedad durante la entrevista, y en cuanto a su ánimo la paciente refirió sentirse tranquila.

En cuanto al contenido de su pensamiento, los temas que se presentaban frecuentemente eran la pérdida de control sobre sus hábitos alimenticios; no existen indicios de delirios ni obsesiones.

Se encontraba atenta y orientada en tiempo, espacio y persona con un juicio adecuado a la realidad.

El terapeuta reporta que sus funciones cognitivas superiores, se encontraban normales.

Gráfica No. 1: Genograma de XX



DIAGNÓSTICO DSM-IV

- I. Bulimia nerviosa [307.51], tipo purgativo
- II. no
- III. no
- IV. Problema de estilo de vida
- V. GAF de 51 a 60; síntomas moderados o dificultad moderada en funcionamiento social, escolar u ocupacional

FORMULACIÓN DE CASO

a. Precipitantes

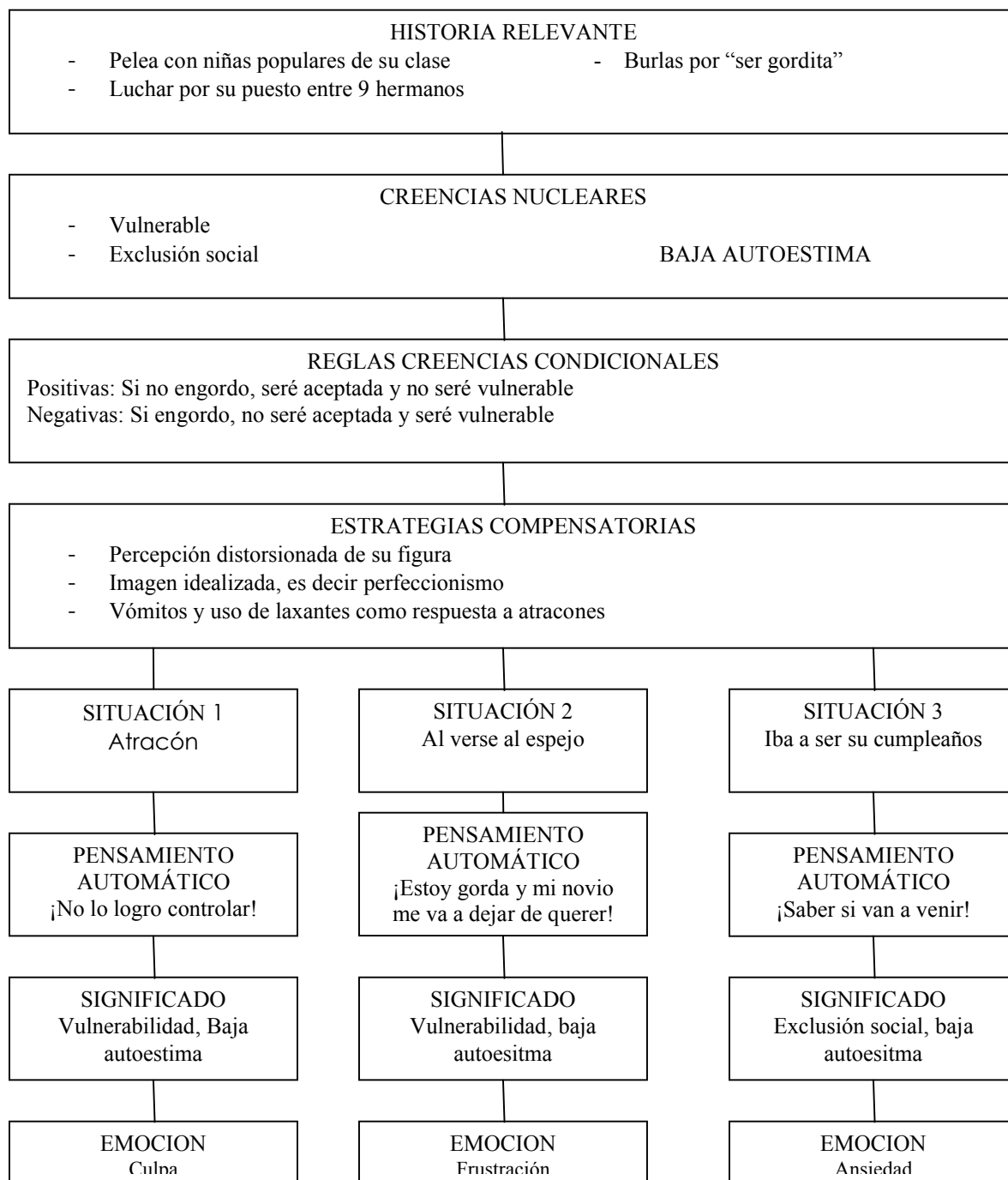
La situación de sentirse vulnerable y excluida socialmente. También el hecho de provenir de una familia grande, la ha hecho luchar por su espacio y desarrollar una actitud perfeccionista ante todos los aspectos de su vida.

Los disparadores identificados para sus atracones son:

- Ingresar al ambiente de la cocina
- Experimentar una emoción de “enojo”

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

Gráfica No. 2: Conceptualización del caso XX



FORTALEZAS Y VALORES

XX es una persona constante en estudios y motivada al cambio. Esto ayuda a que cumpla con el tratamiento debido a su perseverancia.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

XX es una adolescente que presenta una autoestima baja, lo cuál la lleva a desarrollar una gran preocupación por su peso y de esta manera seguir un patrón alimenticio que la lleva a tener atracones seguidos de medidas compensatorias para no engordar.

PLAN DE TRATAMIENTO

a. Listado de problemas

1. Atracones
2. Situación de ansiedad y síntomas depresivos
3. Vómitos autoinducidos
4. Baja autoestima

b. Objetivos de tratamiento

1. No tenerle miedo a la comida o a engordar
2. Disminuir número de atracones y vómitos semanales
3. Mejorar estado de ánimo
4. Incrementar autoestima

c. Plan de tratamiento

1. Explicación de modelo de la bulimia nerviosa y alianza terapéutica. Explicación sobre el uso de diario de monitoreo.
2. Explicación del modelo cognitivo de las emociones, presentación de estrategias de corrección de pensamiento y mejorar autoestima.
3. Evitar recaídas.

CURSO DEL TRATAMIENTO

a. Relación terapéutica: Se dio una buena alianza terapéutica con el paciente, según informó el terapeuta.

b. Intervenciones: La paciente fue constante con sus citas. Se dieron doce sesiones en total, más una de seguimiento con los padres.

c. Obstáculos: Perfeccionismo de la paciente en cuanto a peso, notas, apariencia física, y obtener resultados rápidos; esto causó más ansiedad en ella.

d. Resolución: Después de doce sesiones con la paciente, se pudo observar una disminución en el número de atracones y vómitos autoinducidos de más del 50% (según refieren los padres, de cinco a ocho atracones semanales a ninguno y de cuatro vómitos semanales a ninguno). Los síntomas de ansiedad se abatieron y sus síntomas depresivos obtuvieron un punteo de 8, lo cual es casi nulo.

Sesión No. 1

Los objetivos de la primera sesión fueron:

- Conocer a la paciente y establecer rapport
- Identificar el motivo de consulta de la paciente
- Realizar un diagnóstico

El terapeuta recetó Fluoxetina, 1 cápsula diaria de 20 mg., para controlar la bulimia y los atracones.

Sesión No. 2

Inventario Beck para la Depresión: 15 puntos

Inventario Beck para la Ansiedad: 7 puntos

Los objetivos de la sesión fueron:

- Conocer un poco más a la paciente y continuar con establecimiento de rapport
- Explicar el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa.
- Introducir “Diario de Monitoreo”, utilizando un día de su vida como ejemplo. Este ejemplo se encuentra descrito en la Tabla No. 6: Sesión 2, ejemplo del diario de monitoreo de XX.

Durante esta sesión se le hizo ver cómo la baja autoestima y distorsión de la percepción corporal influyen en hábitos alimenticios; se explicó cómo el hacer dietas causa más atracones, lo cual lleva a sentir más culpa y daños al autoestima.

Tarea: Realizar diarios de monitoreo

Sesión No. 3 a No. 5

El terapeuta ordenó exámenes de niveles de sangre, los cuales demostraron que no había padecimiento de anemia y los electrolitos estaban normales.

Al revisar las hojas de monitoreo de la semana, se pudo ver que XX estaba presentando cinco atracones y cuatro vómitos semanales. Su estado anímico tendía a ser de tristeza.

Los objetivos de las sesiones fueron:

- Describir los diarios de monitoreo realizados semanalmente, con el fin de estudiar sus hábitos alimenticios.

- Identificar los disparadores de atracones con el fin de proporcionar estrategias para evitarlos. En este caso el disparador fue “entrar a la cocina” y la estrategia “no ir a la cocina, hablar por teléfono o ver TV”.
 - Modificar los patrones de alimentación presentes, logrando que haga las tres comidas más importantes al día.
 - Explicar el papel inefectivo de los vómitos para como mecanismo de reducción de peso, así como de los efectos que estos tienen en el cuerpo como: desgaste de esmalte dental, daño cardiológico y renal.
 - Formular una tarjeta de defensa. Ver Tabla 6: Tarjeta de defensa.
- Resolución de las sesiones:
- XX fue capaz de evitar lugares donde se daban los atracones, específicamente la cocina.
 - Identificó uno de los daños que los vómitos habían causado en su cuerpo. En este caso el daño fue presentar caries dentales.
 - Al finalizar la sesión No. 5, XX presenta dos atracones semanales y dos vómitos.

Ver Tabla 8: Sesiones No. 3 a No. 5, Diarios de Monitoreo de XX.

Sesión No. 6

En esta sesión se involucró al novio en su tratamiento.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Explicar al novio el modelo cognitivo de la bulimia
- Identificar junto con el novio formas de ayudarla para evitar atracones. En este caso el decidió ya no dar chocolates.

Tarea Continuar con diarios de monitoreo

Sesión No. 7

En esta sesión se involucró a los padres en su tratamiento.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Explicar a ambos padres el modelo cognitivo de la bulimia
- Animarlos para ayudarla en su recuperación.

Tarea: Continuar con diarios de monitoreo

Sesión No. 8

Los objetivos de la sesión fueron:

- Identificar y modificar distorsiones de pensamiento.
- Proporcionar técnicas de manejo de estrés, como por ejemplo ejercicios de respiración, relajación muscular de Jacobson, en la cual se van tensando y relajando grupos musculares por separado desde los pies a la cabeza.
- Aumentar su seguridad personal y confianza en sí misma, con el fin de elevar su autoestima.
- Trabajar con el modelo cognitivo de las emociones

Tarea: Anotar todas las situaciones que implicaban emociones negativas como culpa, ansiedad e ira.

Sesión No. 9

Los objetivos de la sesión fueron:

- Revisar si se estaban cumpliendo los tres tiempos de comida diarios y el uso de la tarjeta de defensa.
- Corregir pensamientos negativos con respuestas alternas, utilizando la técnica de poner a prueba que tan cierto o falso puede resultar el pensamiento. Se realizó un ejemplo con ella.

PENSAMIENTO	RESPUESTA ALTERNA
“La comida me va a engordar”	-Estoy comiendo sano -Esto no es un atracón -El Dr. y la naturista me dijeron que lo que me engorda es comer desordendamente

Tarea: Aplicar respuestas alternas a sus pensamientos negativos

Sesión No. 10

Esta presentando tres atracones y dos vómitos semanales. Exámenes de sangre mostraron niveles normales de electrolitos.

Inventario Beck para la Depresión: 15

Inventario Beck para la Ansiedad: 4 puntos

Los objetivos de la sesión fueron:

- Identificar errores comunes de pensamiento. En este caso se identificaron la personalización, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva y generalización.
- Enseñar la técnica de “colocar el evento en perspectiva”, la cual ayuda a identificar consecuencias negativas y positivas de los sucesos y la probabilidad de estas.

Tarea: Identificar distorsiones de pensamiento y aplicar la técnica aprendida.

Sesión No. 11

No existieron atracones o vómitos semanales. Se estaban realizando menos de cuatro comidas diarias.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Corregir preocupaciones y predicciones negativas, mediante la técnica de probar qué tan ciertas habían resultado. Pudo observar que no era un panorama del todo negativo.
- Cambiar actitud ante el futuro.

Tarea: Evaluar predicciones que había hecho en el inicio de la semana, para ver que tan ciertas habían resultado para poder corregirlas.

Sesión No. 12

Presenta un atracó y vómito semanal.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Explicar qué son las creencias nucleares, las cuales son el significado oculto de los pensamiento automáticos.
- Identificar creencias nucleares. En este caso se identificaron la vulnerabilidad y exclusión social.
- Identificar los sucesos que contribuyeron a la creación de estas creencias nucleares. En este caso se identificaron tres: bromas de que estaba gorda, peleas con las populares de su clase y tener que luchar por su espacio en la familia.
- Reestructurar creencias nucleares.

Tarea: Realizar análisis funcional de sus creencias nucleares.

Esta fue la última sesión a la que asistió la paciente, por lo que no se realizó una sesión de terminación.

Sesión de seguimiento

Cuatro meses después se habló con los padres quienes refirieron que XX no estaba presentando conductas bulímicas ni preocupación por el peso.

Tabla No. 6: Sesión 2, ejemplo del diario de monitoreo de XX.

Hora	Lugar	Comida	Pensamiento	Emoción	Atracón	V/L
6 am	Casa	1 taza de cereal de fibra 1 manzana 1 vaso de jugo	-----	----	NO	NO
10:30 am	Universidad	Paquete de crackers Café	-----	Ansiedad	NO	NO
2:00 pm	Casa del novio	½ pechuga de pollo 1 taza de ensalada ¼ taza papas fritas 1 pepsi light	“Mucho”	Ansiedad	NO	NO
5:00 pm	Casa	4 tazas de poporopos 3 tortillas con guacamol 3 vasos de fresco	“Volví a caer”	Rabia	SÍ	V en el baño
11:10 pm	Calle con novio	½ submarino Lo que tomó	NO	NO	NO	NO

Tabla No. 7: Tarjeta de defensa

TARJETA DE DEFENSA						
Para evitar contextos donde puedo caer y tener un atracón, debo realizar una de las siguientes actividades: 1. Respiraciones controladas 2. Hablar con alguna amiga o familiar por teléfono. 3. Realizar técnicas de relajación muscular 4. NO ir a la cocina 5. Ver televisión 6. Escuchar música 7. Hacer deberes						

Tabla 8: Sesiones No. 3 a No. 5, Diarios de Monitoreo de XX.

Hora	Lugar	Comida	Pensamiento	Emoción	Atracón	Vómito /Lax.
SAB.						
13:30	Centro Español	1 hamburguesa Papas fritas Helado 1 pepsi light	No me va a engordar.... Sí, sí me va a engordar	Ansiosa 40%	NO	NO
Mitad tarde	Carro	4 dulcitos	NINGUNO	NINGUNO	NO	NO
18:00	Casa	2 tazas de yogurt 3 vasos de leche con chocolate	“Voy a vomitar después”	Ansiedad 80%	SÍ	V
20:00	Restaurante	Carpaccio ½ taza de ensalada	NINGUNO	NINGUNA	NO	NO
DOM.						
8:00	Casa	2 platos de cereal 2 vasos de jugo de tomate 2 vasos de jugo de mango	Me cae mal que no lo logro controlar	Nerviosa, Irritable 70%	SÍ	V
13:30	Chilis	Ensalada 3 burritos 1 coca cola light	Comí mas de lo planeado	Irritada 60%	¿?	NO
15:00	Casa de novio	1 rice krispies Lata 7up light	NINGUNO	Irritada 40%	NO	NO
19:30	Casa del novio	1 sandwich de queso 2 tortillas con frijol	Me siento gorda	Descontenta	NO	NO
22:00	Casa	1 pan con frijoles Leche	Culpable de todo el día	Triste 100%	NO	V
LUN.						
10:30	Carro	1 yogurt	NINGUNO	NINGUNA	NO	NO
13:30	Casa del novio	3 mordidas de pollo ½ taza ensalada 3 cucharadas de guacamol Agua pura un vaso	NINGUNO	NINGUNO	NO	NO
17:00	Casa de novio	3 galletitas 2 bolsitas de tortrix 1 rice krispies 1 vaso grande de coca	Culpable	Ansiosa 70%	SÍ	NO
20:00	McDonalds	1 menu Mac 1 mc cono	Culpable	Ansiosa 80%	SÍ	NO
21:30	Casa	1 taza de sopa 1 pan	Culpable	Enojada y Triste 90%	SÍ	V

CASO No. 2

DATOS GENERALES

Y es una madre de familia de 36 años; se encuentra casada y tiene dos hijos. Tiene una altura de 1.62m aproximadamente y un peso de 143 lb.

MOTIVO DE CONSULTA

Se presentó al Centro de Terapia Cognitiva, debido a que presenta problemas maritales y ansiedad ante la comida.

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Refiere que desde hace seis meses ha tenido problemas de celos con el esposo, mencionando un problema en el cual lo celaba mucho con una auxiliar de la universidad; desde entonces, ha estado muy ansiosa a la expectativa y presentado problemas para manejar la comida, en los cuales pierde el control sobre lo que come en y entre comidas, comiendo más de lo usual. Esta pérdida de control le ha hecho aumentar 20 lb. de peso en dos meses; como método compensatorio utiliza el ayuno.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

A los 25 años recibió psicoterapia con un sacerdote por baja autoestima. Refiere fumar y tomar ocasionalmente.

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

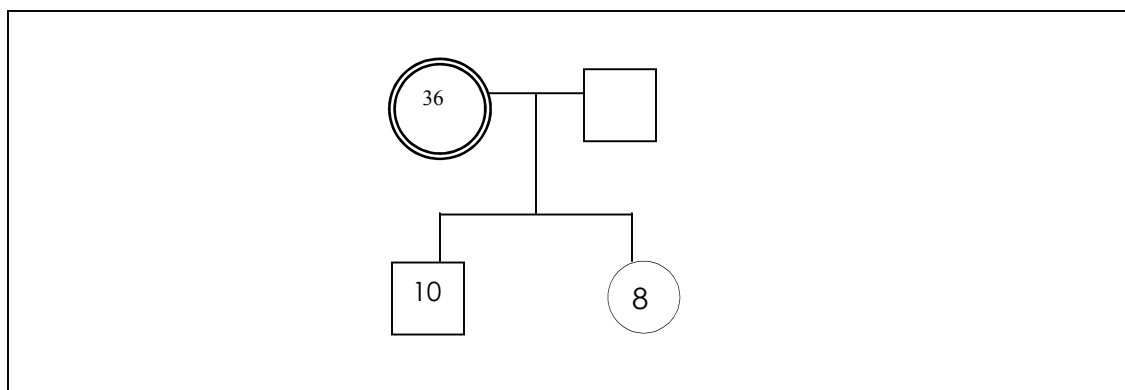
Es la segunda de tres hermanas. Describe a su madre como una mujer controladora y dura con el papá, mientras que el papá más conservador y pasivo. Refiere que durante su infancia hubo muchas peleas entre sus padres.

En cuanto a su educación, estudió la primaria en un colegio católico. Refiere no haber sido muy buena estudiante. Según menciona, su madre no estaba involucrada con ella en el aspecto escolar, lo que la llevó a tener que repetir el 3er. grado en un instituto debido a su olvido de inscribirla en colegio. Se graduó de secretariado, estudió un año en una Universidad del país.

A nivel social, cuenta haber tenido bastantes amistades; tuvo un novio previo a conocer a su esposo. Fue novia de su esposo cuatro años, contrayendo matrimonio cuando ella tenía 23 años; actualmente tienen un hijo y una hija de 10 y 8 respectivamente. Refiere que los problemas de pareja surgieron el último año, cuando ella se tornó a ser una mujer más celosa y desconfiada de él.

Menciona tener una baja autoestima y poca confianza en sí misma, compensando esto mostrándose de una manera fuerte y dura.

Gráfica No. 3: Genograma de YY



ANTECEDENTES MÉDICOS

Ha presentado sinusitis y enfermedad fibroquística en las mamas. Ha tenido dos intervenciones quirúrgicas: una histerectomía y una apendectomía. No ha presentado fracturas.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Presentaba buen arreglo personal. Su lenguaje era fluido, y presentaba una actitud colaboradora durante la entrevista. Actividad psicomotora era normal.

En cuanto a su afecto, se observó leve ansiedad durante la entrevista, y en cuanto a su ánimo refirió sentirse tranquila.

Su proceso de pensamiento era concreto, contestado a todas las preguntas. En cuanto al contenido de su pensamiento, los temas que se presentaban frecuentemente eran la pérdida de control sobre sus hábitos alimenticios; no existen indicios de delirios ni obsesiones. Curso de desarrollo fue normal.

No existían anomalías de percepción. Se encontraba atenta y orientada en tiempo, espacio y persona con un juicio adecuado a la realidad.

Las funciones cognoscitivas, es decir memoria, cálculo y abstracción, se encontraban normales.

DIAGNÓSTICO DSM-IV

- I. Bulimia nerviosa [307.51] tipo no purgativa
- II. no
- III. no
- IV. Problema de pareja
- V. GAF de 51 a 60; síntomas moderados o dificultad moderada en funcionamiento social, escolar u ocupacional

FORMULACIÓN DE CASO

a. Precipitantes

La situación de sentirse vulnerable y temor al abandono. El hecho de haber tenido una madre indiferente que olvidó inscribirla al colegio, así como también las peleas frecuentes entre sus padres.

Los disparadores que se identifican para sus atracones son:

- Ingresar al ambiente de la cocina en su casa y encontrar comida
- Experimentar una emoción de “enojo”

FORTALEZAS Y VALORES

YY es una persona de carácter fuerte, determinada y motivada al cambio.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

YY es una mujer que presenta una baja autoestima, lo cual la lleva a desarrollar problemas maritales y pérdida de control sobre su alimentación, que la lleva a tener atracones seguidos de medidas compensatorias para no engordar.

PLAN DE TRATAMIENTO

a. Listado de problemas

1. Atracones
2. Situación de ansiedad y síntomas depresivos
3. Vómitos autoinducidos
4. Baja autoestima

b. Objetivos de tratamiento

1. No tenerle miedo a la comida o a engordar
2. Disminuir número de atracones y vómitos semanales
3. Mejorar estado de ánimo

c. Plan de tratamiento

1. Explicación de modelo de la bulimia nerviosa y alianza terapéutica. Explicación sobre el uso de diario de monitoreo.
2. Explicación del modelo cognitivo de las emociones, presentación de estrategias de corrección de pensamiento y mejorar autoestima.
3. Prevención de recaídas.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

Gráfica 4: Conceptualización del caso YY



CURSO DEL TRATAMIENTO

- a. Relación terapéutica: Se dio una buena alianza terapéutica con el paciente.
- b. Intervenciones: La paciente fue constante con sus citas. Se dieron 19 sesiones en total, más una de seguimiento tres meses después.
- c. Obstáculos: Perfeccionismo de la paciente en cuanto a peso y relación marital.

d. Resolución: Después de 19 sesiones con la paciente, se pudo observar una disminución en el número de atracones y vómitos autoinducidos de más del 75% (10 atracones semanales a 1). Los síntomas de ansiedad se abatieron y sus síntomas depresivos obtuvieron un puntaje de 6, el cual no es significativo.

Sesión No. 1

Inventario Beck para la Depresión: 7 puntos

Inventario Beck para la Ansiedad: 14 puntos

Los objetivos de la primera sesión fueron:

- Conocer a la paciente y establecer rapport
- Identificar el motivo de consulta de la paciente
- Realizar un diagnóstico

El terapeuta recetó Fluoxetina, 1 cápsula diaria de 20 mg., para controlar la bulimia y los atracones.

Sesión No. 2

Inventario Beck para la Depresión: 3 puntos

Inventario Beck para la Ansiedad: 6 puntos

Los objetivos de la sesión fueron:

- Conocer un poco más a la paciente y continuar con establecimiento de rapport
- Explicar el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa.
- Identificar objetivos de tratamiento: no ayunar tanto y disminuir número de atracones semanales.
- Introducir “Diario de Monitoreo”, utilizando un día de su vida como ejemplo.

Durante esta sesión se le hizo ver cómo la baja autoestima y distorsión de la percepción corporal influyen en hábitos alimenticios; se explicó cómo el hacer dietas causa más atracones, lo cual lleva a sentir más culpa y daños al autoestima.

Tarea: Realizar diarios de monitoreo

Sesión No. 3

Al revisar las hojas de monitoreo de la semana, se puede ver que YY está presentando diez atracones semanales.

Los objetivos de las sesiones fueron:

- Describir los diarios de monitoreo realizados semanalmente, con el fin de estudiar sus hábitos alimenticios.
- Modificar los patrones de alimentación presentes, logrando que haga las tres comidas más importantes al día.
- Explicar el papel inefectivo del ayuno para como mecanismo de reducción de peso.

En la Tabla 9: Sesión No. 3, Diarios de Monitoreo de YY se puede observar un ejemplo de dos días de monitoreo.

Sesión No. 4

Al revisar los diarios de monitoreo, se presentan cuatro atracones semanales.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Evaluar pensamientos y su relación con emociones. Se utilizaron ejemplos dados por ella como pensamientos relacionados con la ansiedad - sobre todo de pérdida de control- , así como pensamientos relacionados a tristeza y frustración –sobre todo en problemas de pareja que estaba presentando donde se hacían frecuentes los pensamientos “no me siento querida”, “no me siento apreciada por él”-.

Tarea. Continuar con diarios de monitoreo y tres comidas diarias.

Sesión No. 5 y No. 6

Inventario Beck para la Depresión: 3 puntos

Inventario Beck para la Ansiedad: 10 puntos

Los objetivos de las sesiones fueron:

- Identificar disparadores de atracones y episodios bulímicos. Entre estos se identificó el entrar a la cocina y encontrar sobras del día anterior.
- Presentar estrategias alternas para evitar atracones tales como evitar entrar a la cocina y respiración controlada para disminuir ansiedad.

Tarea: Continuar con diarios de monitoreo y aplicar las estrategias aprendidas.

Sesión No. 7

Se revisan los diarios de monitoreo (Ver Tabla No.10: Sesión 7, Diario de Monitoreo de YY). presentan cuatro atracones semanales. Su peso no ha variado.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Trabajar con el modelo cognitivo de las emociones
- Demostrar el uso del diario de pensamientos automáticos.
- Revisión de su proceso terapéutico en pareja; refiere sentirse mejor y más segura de sí misma.

Tarea: Realizar el diario de pensamientos automáticos y seguir trabajando en el de monitoreo.

Sesión No. 8 y No. 9

Se presenta una frecuencia de 3 atracones semanales.

Inventario Beck para la Depresión: 8 puntos

Inventario Beck para la Ansiedad: 7 puntos

Los objetivos de las sesiones fueron:

- Identificar pensamientos automáticos. Los más comunes fueron “no soy querida” y “no soy apreciada”

- Aplicar la técnica de poner a prueba los pensamientos, buscando pruebas a favor y en contra.
 - Aplicar técnica de prueba de continuo (Sesión No. 9) en las situaciones que implicaban ansiedad
- Tarea: aplicar las respuestas alternas de la prueba de continuo.

Sesión No. 10

Se mostró una disminución de peso de 10 lb.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Identificar errores de pensamiento más comunes. En este caso se identificaron la generalización, personalización, visión de túnel, pensamiento dicotómico y predicción negativa del futuro.
- Enseñar la técnica de “colocar el evento en perspectiva”, la cual ayuda a identificar consecuencias negativas y positivas de los sucesos y la probabilidad de estas.

Tarea: Identificar distorsiones de pensamiento y aplicar la técnica aprendida.

Sesión No. 11

Existieron tres atracones semanales. Se estaban realizando menos de cuatro comidas diarias.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Evaluar el patrón de predicciones negativas del pasado con el objetivo de aumentar la seguridad personal y confianza en sí misma.
- Cambiar actitud ante pensamientos que se relacionen con ansiedad.

Tarea: Evaluar predicciones negativas que haga en el transcurso de la semana, para ver que tan ciertas resultan y corregirlas.

Sesión No. 12

Se recomendó hablar con una nutricionista para mejorar los patrones de dieta, ya que no son sanos. También se recomendó asistir al gimnasio tres veces a la semana.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Evaluar predicciones negativas de la semana. 80% resultaron falsas y el 20% restante corregibles.
- Reestructurar pensamientos negativos..

Tarea: Continuar la reestructuración de pensamientos negativos.

Sesión No. 13

Los objetivos de la sesión fueron:

- Aplicar la técnica de descenso vertical, con la que se identificaron las creencias nucleares más comunes en ella. En este caso se identificaron pensamientos negativos como “no puedo”, “no me aprecia lo suficiente” y “no estoy en control”; para estos se encontró el significado de “abandono” y “vulnerabilidad” como creencias nucleares.
- Se enseñó la técnica de resolución de problemas que consistía en: ante un conflicto, se debe delimitar el problema, observar probables soluciones, hacer un análisis de ventajas y desventajas de cada solución, escoger la más proporcional y delimitar los primeros pasos que se debían llevar a cabo para solucionar el problema.

Tarea: aplicar técnicas aprendidas y continuar con el diario de monitoreo.

Sesión No. 14

Se presentan dos atracones semanales. Está realizando una dieta con la nutricionista.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Manejo de ira. Se le enseñó cómo manejarla, cuál tipo de pensamiento predomina –reglas internas que se rompen-, cómo podía manejarla a través de la técnica de meterse en los zapatos de la otra persona, usar el tiempo fuera por 5 o 10 minutos y la importancia de la asertividad.

Tarea: aplicar técnica de manejo de ira.

Sesión No. 15

Se presentan dos atracones semanales.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Se identificaron sucesos que pudieron afectar la creación de las creencias nucleares de vulnerabilidad y abandono. Ella refirió que la creencia de abandono se debía a la indiferencia de su madre -a la vez que no había sido inscrita en el colegio por un olvido-, y las peleas frecuentes entre sus padres que la hacían pensar que se podían separar. Con respecto a la vulnerabilidad, identificaba como origen las peleas de los padres y el año en el cual no fue inscrita al colegio, así como circunstancias presentes de problemas maritales y pérdida de control sobre la comida.

Tarea: trabajar evaluando ventajas y desventajas de las creencias nucleares y continuar con el diario de monitoreo.

Sesión No. 16

Se involucró al esposo en su tratamiento.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Explicar el modelo cognitivo de la bulimia a su esposo.
- Ayudar al esposo a identificar formas de ayudarla en su tratamiento.

Tarea: trabajar evaluando ventajas y desventajas de las creencias nucleares y continuar con el diario de monitoreo.

Sesión No. 17

Se presentan dos atracones semanales.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Revisar el análisis funcional de sus creencias nucleares, es decir las ventajas y desventajas.
- Identificar formas de corregir estas creencias.

Tarea: Se dejó como tarea escribir una carta a las fuentes de las creencias –es decir, imaginar que escribía a sus padres y les decía cómo sus peleas e indiferencia habían creado vulnerabilidad en ella, y así mismo que se explicara que eso no era tan cierto y que lo podía y quería cambiar. Se continuó el diario de monitoreo.

Sesión No. 18

Se presentan dos atracones semanales. Refiere tener un peso normal y comer saludablemente.

Los objetivos de la sesión fueron:

- Reestructurar creencias nucleares y ganar seguridad en sí misma, por medio de la búsqueda de pruebas en contra del abandono y vulnerabilidad. A continuación se presenta lo encontrado durante la sesión.

CREENCIA NUCLEAR	PRUEBAS EN CONTRA
Abandono	-Tengo una familia -Tengo dos hijos, uno de 10 y otra de 8 años. - Mi relación marital está mejorando
Vulnerabilidad	- He tenido logros durante el día - He controlado mis hábitos alimenticios.

- Identificar un hábito diario que fuera en contra del abandono y la vulnerabilidad. En contra del abandono, se propuso desarrollar el hábito de no estar pendiente de las llamadas del esposo o muestras de cariño de parte de él; en cuanto a la vulnerabilidad, darse cuenta de todos los logros que había tenido durante el día

Tarea: seguir desarrollando estos hábitos.

Sesión No. 19

Presentaba una frecuencia de un atracón semanal.

Inventario Beck para la Depresión: 6 puntos

Inventario Beck para la Ansiedad: 6 puntos

Los objetivos de la sesión fueron:

- Realizar una sesión de terminación de terapia, en la que se dio una retroalimentación de los logros que había conseguido a través de la terapia.
- Revisar el proceso de prevención de recaídas.

Sesión de seguimiento

Tres meses después se tuvo una sesión de seguimiento con YY. Refería estar presentando un atracón semanal.

Refiere que sigue asistiendo a terapia de pareja y seguir mejorando en cuando al manejo de ira. Seguía aplicando los hábitos en contra de las creencias nucleares.

Tabla No. 9: Sesión No. 3, Diarios de Monitoreo de YY

Hora	Lugar	Comida	Pensamiento	Emoción	Atracón	V/L
DOM						
8:00	Casa	1 pan grande con huevo y mayonesa 1 taza café con leche 1 pan campesino de manteca	Es demasiado no lo puedo controlar	Ansiedad	SÍ	NO
13:30	Camper	2 piezas de pollo campero 1 vaso de coca-cola	Es demasiado, estoy perdiendo el control y no lo puedo manejar	Ansiedad	NO	NO
8:00	Cena	2 panqueques 1 hashbrown 1 macmuffin de salchicha y huevo 2 rodajas de pan con mantequilla de maní 1 vaso de coca-cola	No estoy controlando esto.	Ansiedad	SÍ	NO
LUN.						
7:00	Casa	NADA				
13:30	Casa	2 tazas de cereal 1 pachón de agua	NINGUNO	NINGUNO	NO	NO
20:00	Casa	NADA				

Tabla No. 10: Sesión No. 7, Diario de Monitoreo de YY

HORA	LUGAR	COMIDA	PENSAMIENTO	EMOCION	ATRACÓN	V/L
6:40	Casa	1 chuchito con crema y queso duro 1 taza de café con leche	“Esto no es tanto”	Tranquilidad	NO	NO
11:00	Trabajo	1 manzana con limón y pepitoria	“¿No me estaré saliendo de la dieta?”	Ansiedad	NO	NO
1:00	Casa	2 tortitas de carne Spaghetti 1 vaso de rosa de jamaica 1 taza de café	“Como cuesta controlarlo”	Ansiedad	SÍ	NO
8:30	Casa	1 vaso de agua pura	NADA	NADA	NO	NO

IV. DISCUSIÓN

Este trabajo parte del análisis descriptivo de casos anteriormente vistos por un terapeuta cognitivo en un centro privado de la ciudad capital.

El primer caso (XX) presentó el motivo de consulta como un miedo ante la comida y a engordar. De acuerdo al DSM-IV, la paciente cumplió los criterios para ser diagnosticada con una Bulimia Nerviosa, Tipo Purgativo. Entre los factores que contribuyeron al éxito de la terapia, se encuentran su perseverancia, aceptación del diagnóstico, apoyo familiar –incluido su novio- y compromiso con el proceso psicoterapéutico.

El segundo caso (YY), se presentó a terapia debido a que presentaba problemas maritales y ansiedad ante la comida. Ante la propuesta de someterse a terapia de pareja e individual –para su trastorno de la alimentación- su actitud fue positiva y colaboradora. En cuanto a su diagnóstico, cumplió los criterios del DSM-IV para ser diagnosticada con una Bulimia Nerviosa, Tipo No Purgativo. Entre los factores que contribuyeron al éxito de la terapia, se encuentran su aceptación del diagnóstico, compromiso con la terapia, actitud perseverante y su participación en una terapia de pareja.

El factor de mayor importancia durante la aplicación de la Terapia Cognitiva-Conductual en ambas pacientes, fue el deseo de participación y colaboración, así como la relación establecida con el terapeuta ya que si estos no hubieran estado presentes no se hubiera dado una identificación hacia el tratamiento y los resultados no hubieran sido los mismos. En cualquier tipo de psicoterapia es esencial que el paciente se identifique con el terapeuta para lograr avanzar en el proceso psicoterapéutico.

En ambos casos el terapeuta recetó un antidepresivo conocido como Fluoxetina, que actúa como inhibidor de la recaptación de serotonina, el cual ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de síntomas bulímicos (Fairburn y Wilson, 1993:257); sin embargo el uso de este medicamento como único tratamiento para la bulimia nerviosa no es recomendado, ya que se necesita de una terapia reestructurativa como lo es la Cognitiva-Conductual (Fairburn y Wilson, 1993:265).

En la Terapia Cognitivo-Conductual, el terapeuta sigue una estructura de tratamiento preestablecida en relación a las etapas de la terapia y duración de la misma. En el análisis realizado, ambas terapias se desarrollaron en tres etapas. La primera etapa, establecimiento de la relación terapéutica y explicación del modelo cognitivo se desarrolló en las primeras siete sesiones; la segunda etapa -modelo cognitivo de las emociones- en las siguientes cinco sesiones; la tercera etapa, en las últimas tres sesiones. En ambos casos, se utilizó la misma estructura de tratamiento., difiriendo solamente en la cantidad de sesiones que se llevaron a cabo.

En ambos casos estudiados, el terapeuta adiestró a la paciente en cuanto a identificar sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. En la Tabla No. 11 se muestran las distorsiones cognitivas identificadas en ambos casos.

Tabla No. 11: Distorsiones cognitivas del Caso XX y Caso YY

Caso en que se presentó	Distorsión cognitiva	Significado
Caso No. 1: XX y Caso No. 2: YY	Personalización	Tendencia de la persona a atribuir acontecimientos externos a su persona.
Caso No. 1: XX y Caso No. 2: YY	Pensamiento dicotómico	Tendencia a ver las situaciones en una de dos categorías: bueno o malo, delgada o gorda, etc.
Caso No. 1: XX y Caso No. 2: YY	Abstracción selectiva	Tendencia a abstraer un solo detalle de una situación y valorarlo individualmente.
Caso No. 1: XX y Caso No. 2: YY	Generalización	Tendencia a sacar conclusiones generales basándose en poca evidencia.
Caso No. 2: YY	Visión de túnel	Tendencia a fijarse solamente en detalles negativos.
Caso No. 1: XX y Caso No. 2: YY	Predicción negativa del futuro	Tendencia a realizar predicciones negativas ante las situaciones futuras

La terapia cognitiva-conductual hace uso de diferentes técnicas con el fin de proporcionar nuevas experiencias que reestructuren los pensamientos disfuncionales y creencias nucleares en el paciente. El uso de técnicas cognitivas y conductuales es una de las características más notorias de la terapia cognitiva-conductual. Estas son utilizadas a lo largo del proceso terapéutico. La Tabla No. 12 muestra las técnicas utilizadas en el caso No. 1 y la Tabla No. 13 muestra las utilizadas en el caso No. 2.

El papel que estas técnicas desempeñaron en el proceso de psicoterapia fue esencial en los resultados obtenidos, ya que facilitaron el proceso de reestructuración de pensamientos y creencias nucleares. Debido a la naturaleza de este estudio, no se cuenta con ejemplos detallados de la forma en que se trabajó con cada tipo de pensamiento automático.

La evolución de los casos estudiados en este trabajo de investigación se evaluó de la siguiente manera:

1. Uso de la “Escala de evaluación de la actividad global” (E.E.A.G.) por parte del terapeuta, al inicio y terminación del tratamiento.
2. Monitoreo del número de atracones semanales al inicio y terminación del tratamiento.
3. Monitoreo del uso de medidas compensatorias al inicio y terminación del tratamiento.

El monitoreo del número de atracones semanales al inicio y terminación del tratamiento, se llevo a cabo al inicio de cada una de las sesiones con la revisión del “Diario de Monitoreo”; en ambos casos se muestra un reducción notable del número de atracones, la cual se dio en la primera etapa del tratamiento. Esta reducción tan rápida se debe a que, durante la primera etapa, la terapia se enfoca en restablecer los patrones alimenticios consumiendo tres comidas diarias y dos refacciones –de esta manera, se evitan los atracones–; el cambio es meramente conductual, lo cual lleva a alentar a la paciente a lograr un cambio.

A continuación podemos observar el progreso de cada paciente a lo largo del tratamiento; este se encuentra resumido en tres etapas de tratamiento y una sesión de seguimiento que, en ambos casos, se dio más de dos meses después de finalizada la terapia.

En el caso “XX”, se puede apreciar que al finalizar la tercera etapa de tratamiento se produjo una disminución del 80% de los atracones; cuatro meses después en la sesión de seguimiento, estos disminuyeron en un 100%. Ahora bien, en el caso “YY”, la disminución de los atracones se dio en un 90% en el momento de finalizar el proceso terapéutico; tres meses más tarde este cambio seguía estable en las conductas de la paciente. Con estos resultados, se puede observar que la terapia cognitiva conductual sí propicio un cambio en cuanto al aspecto conductual y cognitivo del problema; de lo contrario, el cambio no se hubiera mantenido después de unos meses como se pudo observar en ambos casos.

En cuanto a los otros casos revisados, se observa una disminución promedio de 86% de los atracones; este cambio también fue mantenido hasta tres meses después.

En cuanto a los otros casos revisados, se observa una disminución promedio de 86% de los atracones; este cambio también fue mantenido hasta tres meses después.

En cuanto al uso de medidas compensatorias –vómitos, laxantes, ayuno, etc.–, el monitoreo realizado durante el proceso terapéutico muestra una reducción de las mismas, en ambos casos. En el caso “XX” se registró una disminución de 80% en la presencia de conductas purgativas al finalizar la terapia; en la sesión de seguimiento ya mostraba una reducción del 100%. En el caso “YY”, se pudo observar una disminución de 86% en el número de comidas ayunadas; la sesión de seguimiento registró una disminución del 100%.

En cuanto a los otros casos revisados, se observa una disminución promedio de 93% del uso de medidas compensatorias; este cambio también fue mantenido hasta tres meses después.

Los resultados de la “Escala de evaluación de la actividad global” (E.E.A.G.) al inicio y terminación del tratamiento de cada una de las pacientes están presentados en la Tabla No. 13.

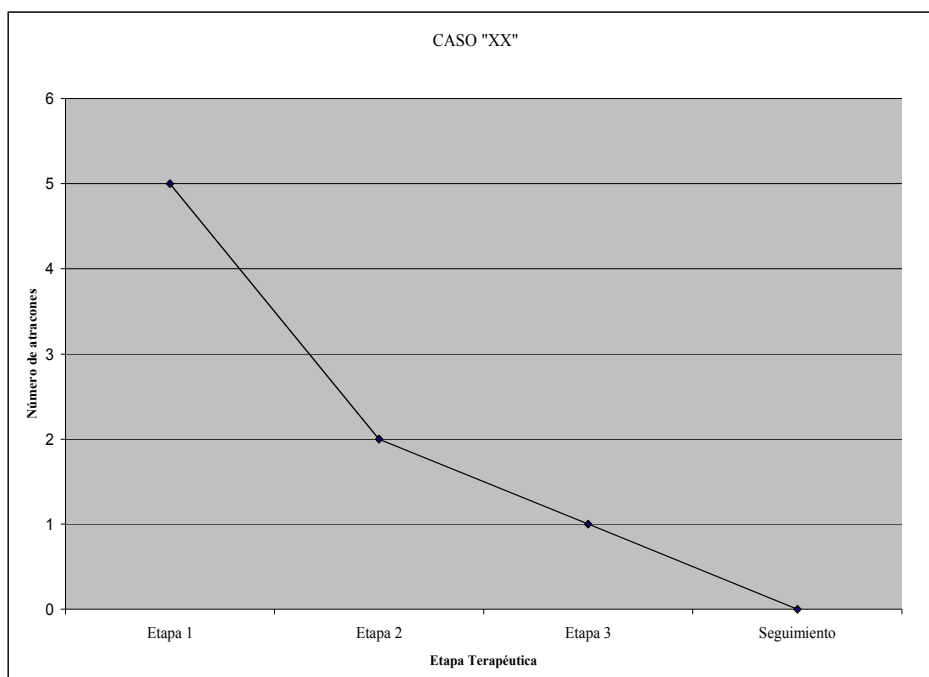
Tabla No. 12: Técnicas aplicadas con XX

Técnica	Descripción	Sesión en que se aplicó
Evitación de disparadores (Técnica conductual)	Se logró evitar entrar a la cocina, ya que aquí es donde se producía la mayor parte de atracones, mediante la identificación del disparador como tal.	No. 5 y 6
Técnicas de manejo de estrés (Técnica conductual)	Respiración controlada ante situaciones que produzcan ansiedad.	No. 5 y 6
Poner a prueba pensamientos automáticos (Técnica cognitiva)	Poner a prueba que tan cierto o falso puede resultar un pensamiento automático	No. 8 y 9
Prueba de continuo (Técnica cognitiva)	Preguntarse qué es lo mejor y lo peor que puede pasar en todas las situaciones que implican una emoción negativa, en este caso ansiedad. Por ejemplo, si la paciente experimenta ansiedad al pesarse se le hace ver que lo mejor que lo peor que podría pasar es que haya ganado unas cuantas libras lo cual no significaría que es obesa o que no tenga control sobre su comida, ya que del inicio del tratamiento a la etapa actual ha experimentado una gran mejoría.	No. 9
Identificación de errores de pensamiento (Técnica cognitiva)	Adiestrar al paciente a identificar los diferentes tipos de errores de pensamiento.	No. 10
Evaluación de predicciones negativas (Técnica cognitiva)	Se evalúa que tan ciertas o falsas han resultado las predicciones negativas que ha hecho. En la mayoría de los casos se puede ver que no son catastróficas y son manejables, ya que en el momento que se evalúan la paciente es capaz de analizar como este pensamiento automático le está evitando ver el panorama de una forma más realista.	No. 11
Identificación de esquemas de pensamientos negativos (Técnica cognitiva)	Se identifican las situaciones que pudieron influir en el surgimiento de estos pensamientos.	No. 12
Listado de ventajas y desventajas (Técnica cognitiva)	Se hace una lista de las ventajas y desventajas de sentirse vulnerable, abandonada, no querida, etc. y se analiza cada uno de los elementos de la lista, haciendo ver a la paciente que existen más desventajas que ventajas.	No. 12

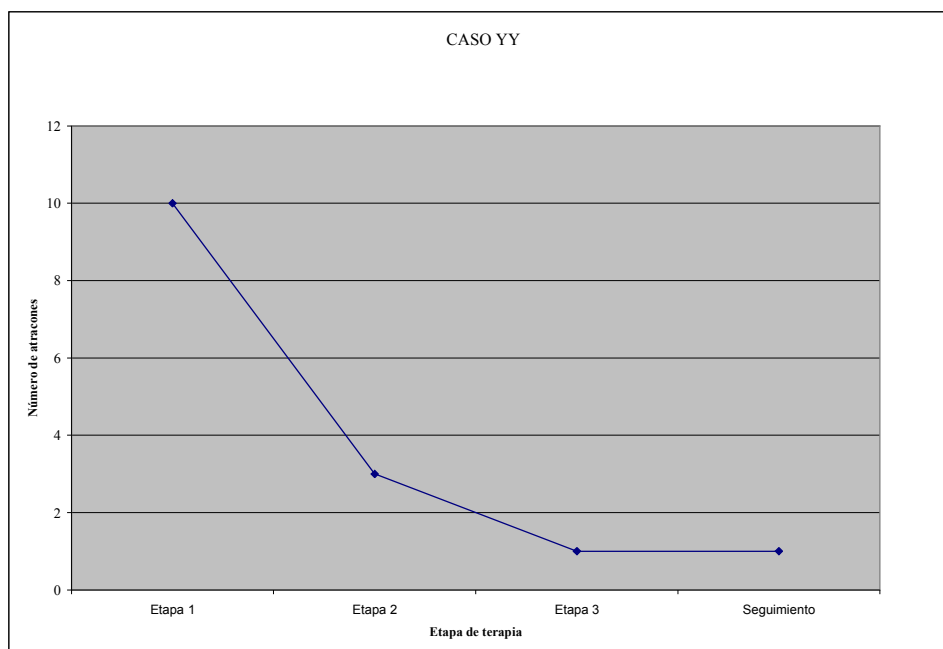
Tabla No. 13: Técnicas aplicadas con YY

Técnica	Descripción	Sesión en que se aplicó
Evaluar pensamientos y su relación con emociones (Técnica cognitiva)	A partir de las experiencias personales, se identifica la relación de los pensamientos con las emociones	No. 3 y 4
Evitación de disparadores (Técnica conductual)	Se logró evitar entrar a la cocina, ya que aquí es donde se producía la mayor parte de atracones, mediante la identificación del disparador como tal.	No. 3 y 4
Técnicas de manejo de estrés (Técnica conductual)	Respiración controlada ante situaciones que produzcan ansiedad.	No. 8
Poner a prueba pensamientos automáticos (Técnica cognitiva)	Poner a prueba que tan cierto o falso puede resultar un pensamiento automático	No. 9
Identificación de errores de pensamiento (Técnica cognitiva)	Adiestrar al paciente a identificar los diferentes tipos de errores de pensamiento.	No. 10
Evaluación de predicciones negativas (Técnica cognitiva)	Se evalúa que tan ciertas o falsas han resultado las predicciones negativas que ha hecho. En la mayoría de los casos se puede ver que no son catastróficas y son manejables	No. 11 y 12
Técnica de descenso vertical (Técnica cognitiva)	Se identifican los pensamientos automáticos más comunes y su significado, que se convierte en la creencia nuclear	No. 12
Técnica de resolución de problemas (Técnica conductual)	Ante un conflicto, se debe delimitar el problema, observar probables soluciones, hacer un análisis de ventajas y desventajas de cada solución, escoger la más proporcional y delimitar los primeros pasos que se debían llevar a cabo para solucionar el problema.	No. 13
Identificación de esquemas de pensamientos negativos (Técnica cognitiva)	Se identifican las situaciones que pudieron influir en el surgimiento de estos pensamientos.	No. 15
Listado de ventajas y desventajas (Técnica cognitiva)	Se hace una lista de las ventajas y desventajas de sentirse vulnerable, abandonada, no querida, etc.	No. 15
Técnica de carta a fuente de creencias (Técnica cognitiva)	Imaginar que se escribe una carta a la fuente de las creencias nucleares	No. 16
Técnica de pruebas en contra de creencias nucleares (Técnica cognitiva)	Se buscan pruebas en contra de la creencia nuclear.	No. 18

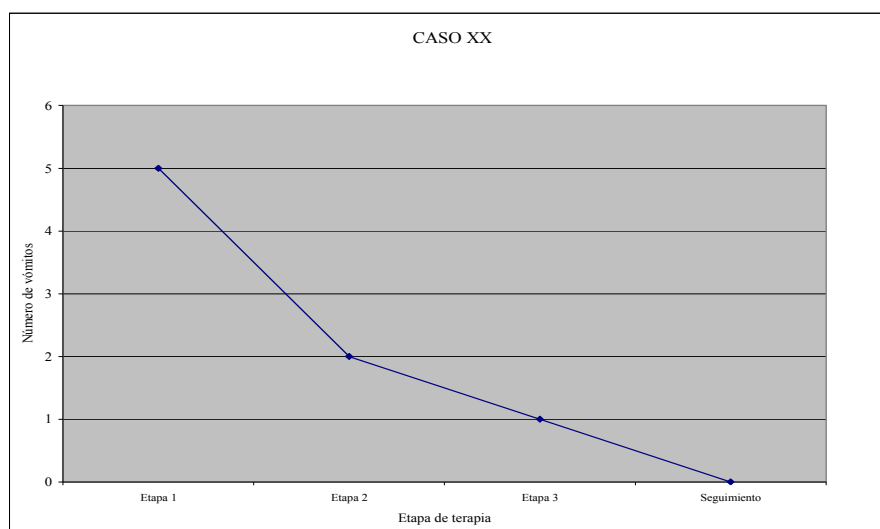
Gráfica No. 5: Caso XX, monitoreo de atracones a lo largo de la terapia



Gráfica No. 6: Caso YY, monitoreo de atracones a lo largo de la terapia



Gráfica No. 7: Caso XX, monitoreo de medidas compensatorias a lo largo de la terapia



Gráfica No. 8: Caso YY, monitoreo de medidas compensatorias a lo largo de la terapia

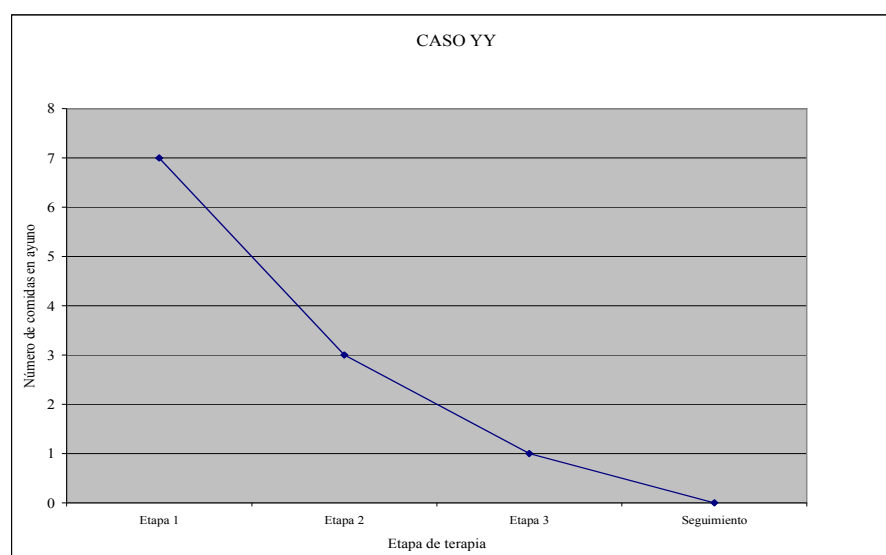


Tabla No. 14: Resultados obtenidos en la E.E.A.G.

	Resultados E.E.A.G. al inicio del tratamiento	Resultados E.E.A.G al terminar el tratamiento
Caso XX y YY	51 a 60 -- Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar	71 a 80 -- Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales; solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar

De acuerdo a los resultados obtenidos utilizando las dos escalas, la terapia cognitiva-conductual sí fue efectiva en el tratamiento de la bulimia nerviosa ya que se puede observar una mejoría en cuanto al índice obtenido al finalizar el tratamiento.

Aunque la terapia cognitiva-conductual presenta una eficacia clínica comprobada en diferentes estudios, otras terapias tales como la interpersonal también han mostrado la misma eficacia en los estudios que se han realizado por lo que esta puede ser considerada como una opción de tratamiento.

Es mi opinión que como terapeutas debemos buscar siempre la mejor opción para cada paciente; la eficacia de este tipo de terapia se verá directamente afectada por la disposición que tenga el paciente a dicha modalidad, ya que cada paciente es diferente y se adapta de diferente manera al proceso psicológico. Aunque la terapia cognitiva-conductual ha probado ser eficaz, esta habrán ocasiones en las que no pueda ser aplicada de acuerdo al manual debido a la sintomatología del paciente –como por ejemplo, necesidad de hospitalización-, por esta razón el terapeuta debe tener juicio clínico en el momento de decidir si tomará una postura ecléctica en la que tome prestadas técnicas de la terapia cognitivo-conductual, o si seguirá una terapia cognitiva conductual pura. La experiencia del psicólogo será la que influenciará la elección que se tome al trabajar con este tipo de pacientes.

V. CONCLUSIONES

La bulimia nerviosa es un trastorno de la alimentación cuyas características más notorias son la presencia de atracones seguidos por medidas compensatorias para controlar la figura y peso. Este trastorno se presenta de dos maneras, como una bulimia tipo purgativo –en la que las medidas compensatorias son purgativas, como por ejemplo vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos- o una bulimia tipo no purgativo –en la que las medidas compensatorias no son purgativas, como lo son el exceso de ejercicio y el ayuno-. Aunque este trastorno es común entre las mujeres, en Guatemala son pocas las personas que buscan tratamiento médico y psicológico para este tipo de enfermedad. A mi parecer, esto se debe a que los síntomas de la bulimia y sus consecuencias a corto y largo plazo no son tan evidentes como los de la anorexia nerviosa, por esta razón muchas personas pueden padecer de este trastorno durante bastante tiempo sin que muestren señales de necesitar ayuda.

La bulimia nerviosa presenta consecuencias a corto y largo plazo, pudiendo causar hasta la muerte en la persona; es necesario proveer información a las personas sobre consecuencias, ya que la ignorancia puede considerarse como un factor de riesgo para llegar a padecer este trastorno –muchas personas pensarán no tener un riesgo a su salud ya que se peso se mantiene estable y no disminuye como cuando se padece de anorexia nerviosa-.

La Terapia Cognitiva-Conductual es el tratamiento de elección para la bulimia nerviosa según diferentes estudios realizados. Es una terapia breve, basada en el supuesto que la conducta que una persona presenta es el resultado de su forma de percibir y analizar los acontecimientos de la vida. En el caso de la bulimia nerviosa, esta terapia ayuda a la persona a reestructurar sus creencias para poder modificar su conducta de atracones y medidas compensatorias.

Una de la ventajas de esta terapia es su estructura, ya que permite al terapeuta desarrollar el tratamiento en tres etapas diferentes, trabajando desde el aspecto conductual hasta el cognitivo; siendo su duración aproximada de 18 sesiones, permite al paciente saber el tiempo que durará su tratamiento y prepararlo para el momento en que termine la terapia, ayudando a prevenir de esta manera que se desarrolle una dependencia hacia el terapeuta y al proceso terapéutico. La estructura de la terapia en cuanto a su contenido permite al paciente experimentar un cambio desde el inicio del tratamiento, ya que en un principio se enfoca en lograr una modificación del patrón alimenticio que la persona presenta; al estar consiente de este cambio, el paciente podrá ser consciente que cambiar no es una misión imposible.

En los casos estudiados, las pacientes recibieron una terapia cognitiva-conductual con una duración entre 12 y 19 sesiones. A través del curso de tratamiento, se utilizaron diversas técnicas cognitivas y conductuales, por medio de las cuales se pudo reestructurar cogniciones y modificar conductas perjudiciales.

Ambas pacientes mostraron distorsiones cognitivas similares como lo son la personalización, generalización, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, predicción negativa del futuro y visión de túnel; estas distorsiones se considera que son comunes en personas que padecen de un trastorno alimenticio, en este caso bulimia nerviosa.

Al igual que los estudios realizados en otros países, este estudio demostró que la terapia cognitiva-conductual mostró ser efectiva clínicamente en el tratamiento de la bulimia nerviosa, disminuyendo la conducta de atracones y medidas compensatorias en más de un 80%; estos cambios permanecieron hasta cuatro meses después de finalizada la terapia.

Los resultados no pueden ser generalizados a toda la población guatemalteca diagnosticada con bulimia nerviosa, ya que la muestra no fue representativa y se estudiaron dos casos muy diferentes.

Debido a que solamente se realizó un estudio de casos retrospectivos, muchos detalles de formas en que se utilizaron las técnicas cognitivas y conductuales en el proceso terapéutico no se encuentran disponibles; este trabajo no debe ser tomado con un manual de terapia cognitiva conductual para la bulimia nerviosa.

VI. RECOMENDACIONES

Después de realizar este trabajo, surgieron las siguientes recomendaciones:

1. El trabajo del psicólogo guatemalteco, no debe ser únicamente centrado en el tratamiento de la bulimia nerviosa, sino que se debe preocupar por realizar campañas de prevención, ya que la información que manejan las personas con respecto a este trastorno y sus consecuencias es muy limitada. Esto se puede lograr en colaboración con los diferentes colegios públicos y privados de la ciudad capital y utilizando trifolios informativos.
2. Debido a la prevalencia de este trastorno, los psicólogos guatemaltecos deben estar familiarizados con todos los trastornos de la alimentación; realizar un diagnóstico acertado es fundamental para poder contribuir a la recuperación de estas personas.
4. El trabajo multidisciplinario es sumamente importante para la recuperación de las personas afectadas con este trastorno, por lo que es de vital importancia trabajar en equipo con nutricionistas, psiquiatras y familia.
3. Aunque la estructura de la terapia cognitiva-conductual es uno de los factores que facilitan su aplicación, el psicólogo que desee utilizarla debe estar familiarizado con las técnicas utilizadas en el transcurso de la terapia, ya que de lo contrario la efectividad del tratamiento se verá afectada.
4. Dar seguimiento a los casos estudiados, para poder de esta manera comprobar la efectividad de la terapia a largo plazo –esto se puede lograr, solicitando al terapeuta que dio las terapias que tenga contacto anual con las pacientes para monitorear el mantenimiento de cambios-. Debido al tamaño de la muestra, se recomienda de la misma manera ampliar la muestra de estudio para obtener datos a nivel nacional que beneficien a la población guatemalteca, mediante el trabajo en equipo con diferentes terapeutas cognitivo conductuales.
5. Continuar investigando acerca del trabajo que están realizando los psicólogos en Guatemala para el tratamiento de esta enfermedad, para poder brindar información valiosa acerca de la eficacia de las diferentes terapias utilizadas como por ejemplo la interpersonal, familiar y dialéctica conductual.
6. En Guatemala, la poca investigación en el campo de psicología ha causado una falta de información en cuanto a la prevalencia de los trastornos psicológicos de la población a nivel nacional. Se recomienda ampliar la investigación en este campo, para poder contar con datos que beneficien futuras investigaciones.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- APA 2000. *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson multimedia.
- Arnold, L.M., *et al.*. 2002. <<A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder>>. *The Journal of Clinical Psychiatry* [Estados Unidos de América]. 63(11):1028-33
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12444817&dopt=Citation> [Consulta: 10 de enero, 2006]
- Beck, Judith. 2000. *Questions and Answers about cognitive therapy*. Estados Unidos. <<http://www.beckinstitute.org/InfoID/220/RedirectPath/Add1/FolderID/237/SessionID/{5A92E467-65EC-4CC3-BEEA-4E1233C4C76A}/InfoGroup/Main/InfoType/Article/PageVars/Library/InfoManage/Zoom.htm>> [Consulta: 30 de enero, 2006].
- Bollat, Pamela. 2005. <Prevalencia de Trastornos Alimentarios en Alumnos Universitarios de Primer Año: Estudio realizado en la Universidad del Valle de Guatemala durante el mes de Agosto del 2004>. Tesis Universidad del Valle de Guatemala. 110 págs.
- Bowers, W. A. 2001. <<Cognitive model of eating disorders>>. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* [Estados Unidos de América]. 15(4), 322-331.
- Carter, J. *et al.* 2003. <Self Help for Bulimia Nervosa: A randomized controlled Trial> *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. 160:973-978.
<<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/160/5/973?maxtoshow=&HITS=10&h>

its=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia+nervosa&andorexactfulltext=and&searchid=1108584367068_7093&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1&journalcode=ajp> [Consulta 5 de diciembre, 2005].

Daw, Jennifer. 2001. <Eating disorders on the rise>> *Monitor on psychology* [Estados Unidos de América]. 32 (9). <<http://www.apa.org/monitor/oct01/eating.html>> [Consulta: 13 de enero, 2006].

DeAngelis, Tory. 2002. <Promising treatments for anorexia and bulimia> *Monitor on psychology* [Estados Unidos de América]. 33 (3).
<<http://www.apa.org/monitor/mar02/promising.html>> [Consulta: 3 de enero, 2006]

Diéguez P., M. 1999. <La terapia interpersonal de la bulimia nerviosa>. *Psiquiatría Pública* [España]. 11 (2):118-121. <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf11_2/formacionContinua.pdf> [Consulta: 8 de mayo, 2006]

Drewnowski, A, DK Yee y DD Krahn. 1988. <Bulimia in college women: incidence and recovery rates>. *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. (145):753-755. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/145/6/753?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia+incidence&searchid=1108584114629_7016&stored_search=&FIRSTINDEX=10&sortspec=relevance&journalcode=ajp> [Consulta: 23 de enero, 2006].

Statistics. 2000. Eating Disorders Coalition [Estados Unidos de América]. <<http://www.eatingdisorderscoalition.org/reports/statistics.html>> [Consulta: 15 de diciembre, 2005].

Fairburn, Christopher. 1994. <Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa> <http://www.apa.org/divisions/Div12/rev_est/ipt_bulimia.html> [Consulta: 07 de mayo, 2006].

Fairburn, Christopher. y G. T. Wilson. 1993. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. Nueva York. The Guilford Press. 419 págs.

Fairburn, Christopher, *et al.* 2004. <Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment>. *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. (161):2322-2324.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/161/12/2322?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cognitive+behavior+therapy+bulimia+nervosa&andorexactfulltext=and&searchid=1108585017902_7214&stored_search=&FIRSTINDE> [Consulta: 28 de diciembre, 2005].

Garner, D.M. *et al.* 1993. <Comparison of cognitive--behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa> *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. 150 (1):37-56.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8417578&dopt=Abstract> [Consulta: 20 de noviembre, 2005].

Goldstein, D.J. *et al.* 1995. <Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group> *British Journal of Psychiatry*. (166): 660-666.
<<http://bjp.repsych.org/cgi/content/abstract/166/5/660>> [Consulta: 20 de febrero, 2006].

Hales, R., S. Yudofsky, J. Talbott. 2000. *DSM-IV: Tratado de psiquiatría Tomo I*. Tercera Edición. Masson multimedia.

Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S. 2004. <Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing> *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3) Art. No.: CD000562. DOI: 10.1002/14651858.CD000562. <<http://www.update-software.com/abstracts/AB000562.htm>> [Consulta: 2 de diciembre, 2005].

Hoek, H.W, *et al.* 1995. <Impact of urbanization on detection rates of eating disorders>. *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. (152): 1272-1278.

- <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/152/9/1272?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia+incidence&searchid=1108583766605_6949&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&journalcode=ajp> [Consulta: 19 de enero, 2006]
- Kiehn B. y M. Swales. 1995. <An Overview of Dialectical Behaviour Therapy in the treatment of Borderline Personality Disorder> *Psyquiatry on Line* [Estados Unidos de América] <http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=1020> [Consulta: 1 de mayo, 2006]
- Keel, P. *et al.* 2000. <Predictive Validity of Bulimia Nervosa as a Diagnostic Category>. *The American Journal of Psyquiatry* [Estados Unidos de América]. (157): 136-138.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/157/1/136?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia+nervosa&andorexactfulltext=and&searchid=1108584818957_7163&stored_search=&FIRSTINDEX=10&sortspec=relevance&resourcetype=1&journalcode=ajp> [Consulta: 11 de enero, 2006].
- Le Grange D., J. Lock y M. Dymeck. 2001. <Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa>. *The American Journal of Psychotherapy* [Estados Unidos de América]. 57 (2):237-251.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12817553&dopt=Citation> [Consulta: 9 de mayo, 2006]
- Lock, J. 2005. <Adjusting Cognitive Behavior Therapy For Adolescents With Bulimia Nervosa: Results Of Case Series> *The American Journal of Psychotherapy* [Estados Unidos de América]. 59 (3):267-281.
<http://weblinks2.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=sid+99978D12%2DEAC6%2D41FA%2DB003%2DA94686EBD257%40sessionmgr2+db+aph+D8C6&_us=sm+ES+E6C7&uso=st%5B0+%2DAN++19311262+tg%5B0+%2Ddb%5B0+%2Daph+op%5B0+%2Dhd+False+976E&> [Consulta: 5 de mayo, 2006]
- Miller, Carl. 2001. <Cognitive Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa> *American Family Physician* [Estados Unidos de América].

- <http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3225/is_3_63/ai_72766926> [Consulta: 21 de enero, 2006].
- Mond J. *et al.* 2006. <An update on the definition of excessive exercise in eating disorders research> *The International Journal of Eating Disorders*. 39 (2):147-153 .
http://weblinks3.epnet.com/citation.asp?tb=1&_ug=sid+66B5D468%2D87B3%2D42B2%2D8DF4%2D94F14B7BECA7%40sessionmgr2+db+aph+5063&_us=sm+ES+E6C7&_uso=st%5B0+%2DAN++19443117+tg%5B0+%2Ddb%5B0+%2Daph+op%5B0+%2Dhd+False+505D& [Consulta: 3 de mayo, 2006]
- Prevención de los trastornos de la alimentación.* 1999. Laboratorios Esteve.
 <<http://recursos.pnte.cfnavarra.es/~mzubicob/estudio.htm>> [Consulta: 21 de febrero, 2006].
- Preventing Suicide: A resource for teachers and other school staff.* 2000. World Health Organization
 <http://w3.who.sea.org/LinkFiles/List_of_Guidelines_for_Health_Emergency_prevent-suicide-school.pdf> [Consulta: 10 de enero, 2006].
- Quinto, Emilio. 2002. *El modelo cognitivo: la psicoterapia*. 1ra ed. Guatemala. 78 págs.
- Safer D., C. Telch y W. Agras. 2001. <Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa> *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América] (158): 632-634.
 <<http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/158/4/632>> [Consulta: 14 de mayo, 2006]
- Saldaña, Carmina. 2001. <Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario> *Psicothema* [España]. 13 (3):381-392.
 < <http://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>> [Consulta: 2 de mayo, 2006].
- Santín, Julia y J. Godoy. 1992. <Diagnóstico diferencial de las hipersomnias> *Cuadernos de Neurología* [Chile]. 20

- <http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/cuadernos_92/pub_05_92.html> [Consulta: 29 de abril, 2006].
- Spett, Milton. 2002. <What is dialectical behavior therapy?> *NJ-ACT* <<http://www.nj-act.org/dbt.html>> [Consultado: 10 de mayo, 2006].
- Stewart, W., *et al.* 2000. <Outcome Predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study>. *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. (157):1302-1308.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/157/8/1302?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cognitive+behavior+therapy+bulimia+nervosa&andorexactfulltext=and&searchid=1108585017902_7214&stored_search=&FIRSTINDEX> [Consulta: 2 de enero, 2006].
- Telch, C.F., W.F. Agras y M.M. Linehan. 2001. <Dialectical behavior therapy for binge eating disorder> *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (6): 1061-1065.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11777110&dopt=Abstract> [Consulta: 29 de abril, 2006]
- Thiels, C. *et al.* 1998. <Guided Self-Change for Bulimia Nervosa Incorporating Use of a Self-Care Manual>. *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América] 155: 947-953.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/155/7/947?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia+nervosa&andorexactfulltext=and&searchid=1108584367068_7093&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1&journalcode=ajp> [Consulta: 10 de noviembre, 2005].
- Ricca, V. *et al.* 2001. <Fluoxetine and Fluvoxamine Combined with Individual Cognitive/Behaviour Therapy in Binge Eating Disorder: A One-Year Follow-Up Study> *Psychotherapy and Psychosomatics* [Estados Unidos de América]. 70 (6):298-306.

- <<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowFulltext&ProduktNr=223864&Ausgabe=228217&ArtikelNr=56270>> [Consulta: 21 de enero, 2006].
- Von Ranson K. y Robinson K. 2006. <Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A Survey>. *International Journal of Eating Disorders*. 39 (1):27-34.
<<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/112125637/ABSTRACT>> [Consulta: 15 de mayo, 2006]
- Walsh BT, *et al.* 1997. <Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa>. *The American Journal of Psychiatry* [Estados Unidos de América]. 154: 523-531.
<<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/154/4/523>> [Consulta: 30 de enero, 2006]
- Wilson, T. 1997. <Cognitive Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa>. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Estados Unidos de América]. 70 (2):267-274.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11952185&dopt=Abstract [Consulta: 20 noviembre, 2005].

VIII. APÉNDICE

Apéndice A

Escala Beck para la depresión

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SESION: _____

Lea cada grupo de afirmaciones cuidadosamente, seleccione la que mejor describa la manera en que se ha sentido durante la semana pasada incluyendo el día de hoy. Marque el espacio. No deje ninguna pregunta en blanco.

Si varias afirmaciones en el mismo grupo parecen aplicar al mismo tiempo, marque la que tiene el número mayor. Este seguro de no marcar mas de una afirmación en la numero 16 (cambio en el sueño) y en la 18 (cambio en el apetito).

1. Tristeza. ___ 0 No me siento triste ___ 1 Me siento triste la mayoría del tiempo. ___ 2 Estoy triste todo el tiempo. ___ 3 Estoy tan triste e infeliz que ya no puedo aguantar. 2. Pesimismo. ___ 0 No estoy desanimado acerca de mi futuro. ___ 1 Me siento más desanimado acerca de mi futuro de lo que estaba. ___ 2 No espero que las cosas mejoren. ___ 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y se pondrá peor. 3. Fallos pasados. ___ 0 No me siento fracasado. ___ 1 He fracasado más de lo que debería. ___ 2 Conforme miro tiempo atrás, veo un montón de fracasos. ___ 3 Siento que soy un total fracaso como persona.	12. Pérdida de placer. ___ 0 Disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo antes. ___ 1 No disfruto las cosas como antes. ___ 2 Tengo poco placer por las cosas que antes me gustaban. ___ 3 No tengo nada de placer o gusto por las cosas que antes me gustaban. 13. Sentimientos de culpa. ___ 0 No me siento culpable. ___ 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. ___ 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo. ___ 3 Me siento culpable todo el tiempo. 14. Sentimientos de castigo. ___ 0 No me siento castigado. ___ 1 Siento que debería ser castigado. ___ 2 Espero ser castigado.
--	--

7. Autoestima. ___ 0 Me siento acerca de mí mismo como siempre. ___ 1 He perdido confianza en mí mismo. ___ 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. ___ 3 No me agrado a mí mismo. 8. Auto crítica. ___ 0 No me critico ni culpo más de lo usual. ___ 1 Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser. ___ 2 Me critico por todas mis fallas. ___ 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que pasa. 9. Ideas suicidas y de muerte. ___ 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. ___ 1 Tengo pensamientos de matarme, pero no los cumpliría. ___ 2 Me gustaría matarme. ___ 3 Me mataré si tengo la oportunidad. 10. Llanto. ___ 0 No he llorado más de lo que he llorado siempre. ___ 1 Lloro más de lo acostumbrado. ___ 2 Lloro por cualquier cosa. ___ 3 Me siento con ganas de llorar pero no puedo.	___ 3 Me siento castigado. 15. Pérdida de interés. ___ 0 No he perdido interés en las personas o mis actividades. ___ 1 Estoy menos interesado en las personas o actividades que antes. ___ 2 He perdido la mayor parte del interés por las personas o actividades. ___ 3 Me es difícil interesarme por algo. 16. Indecisión. ___ 0 Tomo decisiones tan bien como antes. ___ 1 Se me hace más difícil decidirme que lo usual. ___ 2 Tengo mucho más dificultad en hacer decisiones que antes. ___ 3 Tengo problemas en decidirme por cualquier cosa. 17. Desvalorización. ___ 0 No me siento que valga menos. ___ 1 No me considero tan valioso como antes. ___ 2 Me siento con menos valor que las otras personas. ___ 3 Me siento sin valor. 18. Pérdida de energía. ___ 0 Tengo tanta energía como antes. ___ 1 Tengo menos energía de lo que tenía antes. ___ 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. ___ 3 No tengo suficiente energía para hacer cualquier cosa.
--	--

11. Agitación. ___ 0 No me siento más agitado o intranquilo de lo normal. ___ 1 Me siento más agitado o intranquilo de lo usual. ___ 2 Me siento tan agitado o intranquilo que me es difícil estarme quieto. ___ 3 Me siento tan agitado o intranquilo que me tengo que estar moviendo o haciendo algo. 16. Cambios en el sueño. ___ 0 No he tenido cambios en como duermo. ___ 1^a Duermo un poco más de lo que acostumbraba. ___ 1b Duermo un poco menos de lo que acostumbraba dormir. ___ 2^a Duermo mucho más de lo que acostumbraba. ___ 2b Duermo mucho menos de lo que acostumbraba. ___ 3^a Duermo casi todo el día. ___ 3b Me despierto una a dos horas antes y no puedo volver a dormir. 17. Irritabilidad. ___ 0 No soy más irritable (enojado) de lo usual. ___ 1 Soy más irritable de lo usual en mí. ___ 2 Soy mucho más irritable de lo usual. ___ 3 Estoy irritable todo el tiempo. 18. Cambios en el apetito. ___ 0 No he tenido cambios en mi apetito. ___ 1^a Mi apetito es un poco menos de lo usual. ___ 1b Mi apetito es un poco mayor de lo usual. ___ 2^a Mi apetito es mucho menor que antes.	___ 2b Mi apetito es mucho mayor que antes. ___ 3^a No tengo apetito. ___ 3b Tengo hambre o apetito todo el tiempo. 19. Dificultad para concentrarse. ___ 0 Me puedo concentrar tan bien como antes. ___ 1 No me puedo concentrar como antes. ___ 2 Me es difícil concentrarme por mucho tiempo. ___ 3 No puedo concentrarme en nada. 20. Fatiga o cansancio. ___ 0 No estoy más cansado de lo usual. ___ 1 Me canso más rápido de lo que acostumbraba. ___ 2 Me siento más cansado o fatigado al hacer varias cosas de las que hacía antes. ___ 3 Me canso o fatigo por casi todo lo que hago. 21. Pérdida de interés en el sexo. ___ 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo. ___ 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que acostumbraba. ___ 2 Tengo mucho menos interés en el sexo ahora. ___ 3 He perdido completamente mi interés en el sexo.
--	--

Apéndice B

Escala Beck para la ansiedad

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SESION: _____

Abajo encontrará una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea la lista cuidadosamente. Indique que tanto le ha molestado cada uno de los síntomas durante LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY marcando la columna de cada uno de los síntomas. No marque más de una columna ni deja sin marcar ningún síntoma.

Poco: No me molesta mucho.

Regular: Me molestaba pero lo podía aguantar.

Mucho: Apenas lo puedo aguantar.

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
Hormigueo				
Sentirme acalorado				
Sentir las piernas aguadas				
Incapaz de relajarme				
Temor de que lo peor pasará				
Mareos				
Taquicardia, palpitaciones				
Inestabilidad, aguado				
Miedo, terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Temblor de manos				
Escalofríos				
Temor de perder el control				
Sentirme asustado				
Molestias estomacales				

Desmayos				
Rubor en cara				
Sudor (no por calor)				

Apéndice C

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)	
100... ...91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90... ...81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80... ...71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70... ...61	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60... ...51	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50... ...41	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40... ...31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30... ...21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20... ...11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10... ...1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada