



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE BULIMIA NERVIOSA

S. Monterrubio e I. Iruarrizaga

Universidad Complutense de Madrid

2003, 9(1), 105-116

Resumen: La terapia cognitivo conductual fue aplicada por primera vez en el tratamiento de la bulimia nerviosa a mediados de los años 80 y hoy día, y a pesar de la variedad de aproximaciones terapéuticas, existe suficiente evidencia empírica que muestra su superioridad frente a otras alternativas de tratamiento (Saldaña, 2001; Calvo, 2002). Se presenta el proceso de evaluación y tratamiento de un caso de bulimia nerviosa. El plan de tratamiento incluye diferentes estrategias de intervención dentro de la perspectiva cognitivo conductual, como son: el entrenamiento en control de estímulos, la relajación muscular progresiva, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales y la prevención de recaídas. Así mismo, se muestran los resultados obtenidos tras la finalización de la intervención en los que se observa una reducción significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva con respecto a la evaluación pretratamiento, así como la supresión de los episodios de atracón y vómito propios del cuadro.

Palabras Clave: Intervención cognitivo conductual, Bulimia nerviosa, Ansiedad, Depresión

Abstract: Cognitive-behavioural treatment for bulimia nervosa was firstly introduced in the mid-80's. Although the existence of several therapeutic approaches, cognitive-behavioural perspective has currently demonstrated its superiority in terms of empirical evidence of effectiveness (Saldaña, 2001; Calvo, 2002). This paper describes the process of assessment and treatment of a case of bulimia nervosa. Treatment procedure includes different cognitive-behavioural strategies such as: stimuli control, progressive muscular relaxation, cognitive restructuring, problem solving training, social skills training and relapse prevention. Results show significant decreases in anxiety and depression symptomatology, as well as elimination of the episodes of binge and vomiting.

Key words: Cognitive-behavioural intervention, Bulimia nervosa, Anxiety, Depression

Title: *Cognitive-behavioral treatment of a bulimia nervosa case*

Introducción

Los trastornos de la alimentación, como la bulimia nerviosa, son un problema creciente en las sociedades industrializadas. El culto a la imagen corporal y la moda de la delgadez femenina, típicas de nuestra cultura en las últimas décadas, parecen elementos determinantes en el surgimiento de estos problemas que afectan principalmente a mujeres jóvenes. A partir de su inclusión en los sistemas de clasificación internacional en 1980 se han realizado en todo el

mundo numerosos estudios de prevalencia, hallándose que entre el 1 y el 2 % de las mujeres jóvenes padecen bulimia (Fairburn, 1998). No obstante, la mayoría de las pacientes con bulimia nerviosa ocultan y niegan su trastorno por lo que el abordaje terapéutico no siempre es posible.

La bulimia nerviosa consiste en la aparición de episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio físico excesivo (García-Camba, 2001).

Además de los episodios de atracón y vómito, el trastorno se caracteriza por:

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Iciar Iruarrizaga, Dpto. de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), Facultad de Psicología, Universidad Complutense, 28223 Madrid
e-mail: iciariru@correo.cop.es

© Copyright 2003: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

-Una *preocupación excesiva por la figura y el peso* (García-Camba, 2001).

-La *baja autoestima y el perfeccionismo*. El perfeccionismo se convierte en un factor de alto riesgo para el desarrollo de este trastorno cuando se asocia a la percepción de sobrepeso (Joiner, Heatherton, Rudd y Schmitdt, 1997).

-*Sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información* relacionada con la alimentación, el peso y la figura (Cooper y Todd, 1997).

-*Auto-evaluación negativa*, elemento determinante a la hora de desarrollar el trastorno; además de problemas de baja autoestima ligados a la insatisfacción con su imagen corporal (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997).

-*Abuso o dependencia de sustancias* -principalmente alcohol y estimulantes- en un intento de controlar el apetito y el peso (Guisado, Vaz, Peral, Fernández-Gil y López, 2000).

En cuanto a los trastornos psicopatológicos que con más frecuencia se presentan junto con la bulimia, son el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. También se observa una alta incidencia de problemas de ansiedad, siendo el más común la ansiedad social e, incluso, la fobia social. Así mismo, se han hallado problemas interpersonales y déficit en las redes sociales que se refieren tanto a la cantidad como a la calidad de las relaciones interpersonales de estos pacientes (Tiller, Sloane, Schmidt, Troop, Power, y Treasure, 1997).

Además la bulimia tiene importantes repercusiones físicas, principalmente asociadas al vómito, como lesiones de garganta o desgarros en el esófago (García-Camba, 2001).

Por todo ello, los diferentes investigadores están de acuerdo en que tanto la comprensión como el tratamiento de este trastorno requieren una perspectiva multidimensional que incluya aspectos biológi-

cos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales, que interactúan entre sí tanto en el desencadenamiento como en el mantenimiento del mismo (Saldaña, 1994). Su tratamiento requiere un abordaje comprensivo e integral que contemple tanto las conductas alimentarias y purgativas, como el resto de los comportamientos alterados (Calvo, 2002 a y b; Cumming, Waller, Johnson, Bradley, Leatherwood y Guzzetta, 2001).

Método

Datos personales

En el momento de la intervención, la paciente tiene 30 años y es la mediana de tres hermanas. No trabaja y vive en el domicilio familiar. Tras finalizar sus estudios en Psicología comenzó a trabajar de teleoperadora, trabajo que había abandonado en el momento de acudir a consulta.

En el momento en que acude a consulta la paciente pesa 60.07 Kgr. y mide 1,57 m., lo que representa un Índice de Masa Corporal de 24.7, próximo al rango de sobrepeso pero dentro de los rangos de normalidad.

Durante la exploración la paciente se muestra intranquila, realizando movimientos repetitivos con las manos y el contacto ocular resulta escaso. No obstante, desde el primer momento la paciente se muestra muy motivada y colaboradora.

Historia del problema

La paciente refiere que comenzó a tener conductas alimentarias desadaptadas durante el último año de carrera cuando, mientras hacían los preparativos del viaje de fin de carrera, comenzó a pensar que le gustaría perder unos kilos antes de dicho viaje pero que tenía muy poca fuerza de voluntad para la consecución de una dieta. En ese momento, una de sus compañeras le dio el "truco perfecto" para adelgazar y poder se-

guir comiendo: “vomitar”. A partir de entonces comenzó a cuestionarse la posibilidad del vómito como forma del control de peso. La paciente refiere que en los primeros momentos de evolución del trastorno no tenía episodios de ingesta voraz, que estos aparecieron poco a poco, cuando su obsesión por controlar su peso fue siendo cada vez mayor, dando lugar, a su vez, a la iniciación de fuertes restricciones alimenticias.

Desde el primer episodio de vómito hasta el momento de la evaluación habían transcurrido cinco años, a lo largo de los cuales hubo periodos en los que los episodios de atracón/vómito eran más infrecuentes; de hecho, la paciente siempre pensó que lo controlaba. Esta percepción de control desapareció durante el último verano, en el que se fue de vacaciones con su hermana con el ánimo de intentar controlar sus episodios de atracón/vómito para que esta no llegara a descubrir o sospechar su trastorno; su errónea percepción de control sobre los episodios de sobreingesta/conducta purgativa cambió cuando se “pilló” a sí misma bajando a comprar comida a escondidas por las noches y comiendo en el baño a hurtadillas. Desde entonces el problema ha empeorado, y en el momento en el que acude a consulta tiene episodios diarios de atracón/vómito.

Evaluación

Con el objetivo de obtener toda la información necesaria de cara a la elaboración de un modelo explicativo y un plan de tratamiento individualizado se han administrado las siguientes pruebas e instrumentos:

Autoinformes estandarizados

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A. (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994). Este inventario posibilita mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas una evaluación de la reactividad

de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias individuales, estas áreas son: ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. Además, ofrece una octava medida, una puntuación total que proporciona una estimación del nivel general o rasgo general de ansiedad (Miguel Tobal, 1990).

En cuanto a la puntuación total o rasgo de ansiedad la paciente se sitúa en un centil 90. Por lo que respecta a su perfil de respuesta presenta una elevada reactividad, siendo mucho más destacada la reactividad a nivel cognitivo (centil 99). Por último, en cuanto a las áreas situacionales ligadas a diferencias individuales presenta niveles de ansiedad de evaluación e interpersonal severos (centil 95) y, moderados en el resto de las áreas situacionales: fóbica (centil 30) y ante situaciones de la vida cotidiana (centil 60) (ver figura 3).

Estas puntuaciones centiles sitúan prácticamente todo el perfil de la paciente en el rango de severidad, siendo aconsejable en el tratamiento la consideración tanto de la alta reactividad cognitiva como de las elevadas ansiedad de evaluación e interpersonal.

Cuestionario Tridimensional de Depresión-C.T.D. (Jiménez García, Miguel Tobal y Cano Vindel, 1996). Este cuestionario nos proporciona información sobre la reactividad del triple sistema de respuesta, así como una puntuación de tendencia suicida y una puntuación total o rasgo de depresión.

La paciente obtuvo centiles superiores a 90 en todas sus escalas, siendo superiores al centil 99 en depresión cognitiva y total. El estado de ánimo depresivo que la paciente refería en las entrevistas se vio corroborado a través de la medida de autoinforme y es de destacar que, al igual que nos sucedía con la ansiedad, esta se manifiesta

especialmente a nivel cognitivo (ver figura 4).

Bulimic Investigatory Test Edimburgo-B.I.T.E. (Henderson y Freeman, 1987). Confeccionado por Henderson y Freeman para identificar a las personas con bulimia, se utiliza tanto como instrumento de detección precoz como para valorar la intensidad del cuadro clínico cuando éste ya está presente, así como la respuesta al tratamiento. Está compuesto por dos escalas: una de síntomas y otra de severidad. Para la interpretación de las mismas se proporcionan puntos de corte; así, una puntuación por encima de 20 en la escala de síntomas indica un patrón de comportamiento alimentario muy desajustado que probablemente cumpla los criterios de Bulimia Nerviosa, en esta escala la puntuación de nuestra paciente fue de 27 (el máximo posible es de 30), por su parte en la escala de severidad su puntuación fue de 17 estando establecido el punto de corte de gravedad en 10 (ver figura 2).

Entrevistas

Las primeras entrevistas tuvieron como objetivo recoger la información necesaria de cara a establecer las variables más relevantes y la relación funcional entre ellas, así como las conductas problema y los objetivos del programa de tratamiento.

Autorregistros

A partir de la tercera sesión se han utilizado autorregistros tanto como método de recogida de información como de evaluación continua a lo largo del proceso terapéutico. Tales autorregistros han ido dirigidos a: 1. Que la paciente aprenda a identificar situaciones de riesgo o provocadoras de los atracones; 2. Que aprenda a identificar pensamientos negativos o distorsionados; 3. Que identifique la relación entre pensamiento, emoción y conducta; y 4. La comprobación de la puesta en práctica de las tareas a realizar cada semana.

Principales conductas problema

-Alteración del comportamiento alimentario, en el que destaca la presencia de atracones y conductas purgativas en forma de vómito.

-Elevados niveles de ansiedad.

-Marcada sintomatología depresiva.

-Pensamientos negativos y distorsiones cognitivas, entre las que destacan:

-Magnificación de las consecuencias negativas: “*Si como una sola patata perderé totalmente el control sobre lo que como*”.

-Generalizaciones excesivas: “*Cuando comía chocolate libremente estaba gorda por tanto no debo volver a comerlo jamás o engordaré*”.

-Pensamiento dicotómico: “*Tengo que controlar completamente lo que como o no lo controlo nada. Si me como una palmerita, he perdido todo el control que tenía, y al final es así porque me acabo comiendo toda la bolsa*”.

-Alteración y rechazo de su autoimagen: “*Llevo años sin verme bien, me veo gorda, mal formada, ... la ropa siempre me la compra mi madre, odio ir de compras, que me digan qué bien te queda, mirarme a los espejos, ... y hay cosas que yo ni tan siquiera sé cómo me quedan porque nunca me he mirado al espejo con ellas*”.

Hipótesis explicativa

Un factor crucial es la sobrevaloración u obsesión que la paciente concede al logro de un peso y de una figura corporal idealizados. A pesar de que en un primer momento la paciente no realizaba dietas, ni ayunos o restricciones, en el momento de acudir a consulta, y como consecuencia de esa sobrevaloración, realiza dietas extremas y de forma rígida, lo que le predispone a tener pérdidas ocasionales de control (atracones) originadas tanto por el hambre como por la ansiedad, y sobre todo por la combinación de ambas. Dado el valor abso-

luto que concede a la delgadez, emprende así mismo formas -también extremas- de compensación de dichos atracones, principalmente el vómito autoinducido. De esta forma, la conducta de vómito se ha visto reforzada por la disminución del malestar ocasionado por el atracón. A su vez, los vómitos autoinducidos han facilitado los atracones debido al valor que la paciente concede a su eficacia de cara a deshacerse de la comida ingerida.

La preocupación excesiva acerca del peso y la figura, el valor que concede a su sobrepeso y, particularmente, la tendencia a que de estos factores dependa la propia autoestima de la paciente promueven la dieta extrema y mantienen el problema; es decir, que la dieta restrictiva, unida a la sensación de hambre y ansiedad, promueven el atracón y subsecuentemente el vómito, entrando en lo que se ha venido en denominar ciclo bulímico.

Diagnóstico

Según el DSM-IV-TR (APA, 2001) se cumplen todos los criterios para diagnosticar Bulimia Nerviosa de tipo purgativo. Existen atracones recurrentes: ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 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. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como es el vómito autoinducido.

En el momento de acudir a consulta, tanto los atracones como los vómitos tienen lugar diariamente. Así mismo, su autoevaluación (negativa) está exageradamente influida por el peso y la figura. Finalmente,

la alteración no aparece en el transcurso de una anorexia nerviosa.

Objetivos terapéuticos

- Normalización de la conducta alimentaria: dotar a la paciente de estrategias que le permitan controlar y eliminar sus episodios de atracones y vómitos.
- Reducción de la sintomatología emocional negativa: dotar a la paciente de estrategias que le permitan manejar sus emociones negativas; esto es, ansiedad y depresión.
- Reestructurar pensamientos relativos a dietas, alimentos prohibidos, peso, vómitos, figura y apariencia física.
- Modificación de su imagen corporal negativa: mejorar su autoimagen y autoconcepto.
- Aumentar el nivel de actividad y la tasa de refuerzos de la paciente (especialmente a nivel social y laboral).

Plan de tratamiento

De acuerdo con la hipótesis explicativa y con los objetivos terapéuticos se diseñó un plan de tratamiento que comprendía las siguientes fases y técnicas: información, control de estímulos, relajación muscular progresiva, programación de actividades reforzantes, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas. Dicho plan de tratamiento se desarrolló a lo largo de 18 sesiones de una hora de duración, con una periodicidad para las primeras sesiones semanal y posteriormente quincenal.

Tras las primeras sesiones, dedicadas a la evaluación, devolución de información y consenso de objetivos, se puso en marcha el plan de tratamiento propiamente dicho. Así, a partir de la cuarta sesión se comenzó con la aplicación de las técnicas.

Con el objetivo de ir normalizando el comportamiento alimentario de la paciente y de ir abonando el terreno para las siguientes fases de tratamiento, se comenzó con técnicas de control de estímulos. Se aplicaron las siguientes medidas de control de estímulos: 1) no realizar ninguna otra actividad durante las comidas, 2) comer siempre en el mismo lugar de la casa, 3) limitar la cantidad de alimentos disponibles mientras comía, 4) dejar algo de comida en el plato, 5) tirar los alimentos sobrantes de forma que no pudiera volver después a comerse los, 6) limitar la exposición a comidas peligrosas, 7) planificar la compra y la lista de la compra haciéndolas después de comer, cuando no tuviera hambre, 8) ir a la compra con el dinero justo, 9) comprar preferentemente alimentos que necesitaran preparación para que no puedan ser tomados directamente sin cocinarlos y 10) evitar en lo posible cocinar para otros o estar en contacto con alimentos de fácil ingesta. Además, se pactó el número de comidas diarias, de forma que fueran 5 y no hubiera más de tres horas de separación entre ellas. Para esto hubo que recordarle cómo en el modelo explicamos que el hambre se encuentra en los primeros eslabones de la cadena o ciclo bulímico.

Con el fin de incluir los episodios atracón/vómitos en el control estimular se le dieron instrucciones exactas y precisas consistentes en comer siempre en el mismo lugar y poniendo la mesa para ello (aunque se fuese a comer una sola magdalena debía poner la mesa en el comedor con mantel, cubiertos, vaso para el agua, plato, etc). Con ello se pretendía, además de incluir los atracones y las comidas no pactadas en el control de estímulos, romper el ritual establecido en torno a los atracones como el hecho de comer a escondidas, con los dedos, etc. Sin embargo, en este momento todavía no se prohibieron los atracones, ya que aún no contaba con estrategias para controlarlos y el intento de control podía

aumentar la ansiedad y, por tanto, la probabilidad de que los episodios de atracón/vómito aumentasen.

Tras las técnicas de control estimular, y dada la elevada reactividad cognitiva de la paciente, se puso en marcha el tratamiento con técnicas de reestructuración cognitiva. Éstas se fueron centrando de forma sucesiva e inclusiva en los siguientes aspectos y por este mismo orden: vómito, atracón, alimentos prohibidos y, por último, se trabajó con la imagen corporal.

Con respecto a “la conducta de vómito”, se comenzó por la explicación de sus consecuencias. Se le dio por escrito la siguiente información: *Daños en los dientes* con pérdida de esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos, por lo que pueden llegar a resquebrajarse; *Hinchazón en las glándulas salivares* que suele incrementar la producción de saliva y puede dar al rostro una apariencia redondeada que influye en el hecho de que el paciente se vea obeso; *Lesiones en la garganta; Desgarros en el esófago; Llagas o cicatrices en la piel sobre los nudillos de la mano* que se usa para vomitar; *Desequilibrio de los electrolitos* que pueden producir sed extrema, mareo, retención de fluidos (con hinchazón en piernas y brazos), debilidad, letargia, tensión muscular y espasmos. Además debía de colocar esta información en el cuarto de baño, en un lugar visible y cercano al inodoro (lugar de vómito).

Esta información fue además un elemento clave para la reestructuración de las ideas irracionales referentes al vómito y la funcionalidad que la paciente le atribuía. Por ejemplo, la dicotomía entre lo que pretendía con el vómito (perder peso, agrandar más, estar mas guapa, etc.) y las consecuencias reales del mismo (apenas contribuye a la pérdida de peso, daños en los dientes, hinchazón de extremidades y rostro), de forma que lo que conseguía era precisamente lo contrario a su objetivo (ya

que sin dientes, con la cara redondeada, los brazos y la piernas hinchados... “precisamente más guapa no iba a estar”). De forma paralela, elaboramos una lista de actividades agradables, que pudieran servir como alternativas al atracón (o al vómito), dicha lista incluía: tomar un baño, arreglarse las uñas, salir a pasear, ir a casa de su hermana y pintar.

Con respecto a los atracones, comenzamos a trabajar con la conceptualización de qué es realmente un atracón. Sobre este punto queremos destacar que a partir de los autorregistros se pudo comprobar que los atracones valorados de forma objetiva habían disminuido notablemente ya que en los registros figuraban como atracones episodios de ingesta en los que la cantidad de alimentos consumidos eran pocos y no había percepción de pérdida de control. Cuando posteriormente analizamos dichos episodios con la paciente vimos que lo que hacía que calificase estos episodios de ingesta como atracones era el hecho de que durante los mismos hubiese tomado algún alimento que ella considerase como “prohibido”. Así, además de trabajar consensuadamente en una definición de atracón, elaboramos una lista de sus alimentos prohibidos; dicha lista incluía: el pan, la pasta, la coca-cola, el chocolate, la mantequilla, los bollos, los huevos, las patatas, los frutos secos y el embutido. Estos alimentos eran considerados prohibidos por la paciente al atribuirles un elevado contenido calórico y el patrón de ingesta relacionado con los mismos incluía: nunca los tomaba durante las comidas, estaban asociados a los episodios de atracón, daban lugar a pensamientos negativos y solían, así mismo, dar lugar, en ocasiones, a un atracón y como norma general al vómito. Ante esto se le proporcionó información nutricional sobre los huevos, la pasta, y la patata fundamentalmente, y con el objetivo de que perdieran su asociación a los episodios de sobreingesta dando lugar al vómito y en

ocasiones a los atracones, se planificó la inclusión de estos tres alimentos a lo largo de la semana: en la hora de la comida y en tres días diferentes y alternos. Así por ejemplo, ese mismo día debía tomar patatas cocidas acompañando al pescado en la hora de la comida, el miércoles debía tomar pasta en ensalada, etc.

Por último, con respecto a la imagen corporal trabajamos con el componente perceptivo, el componente cognitivo y el componente conductual. Comenzamos por el componente perceptivo, centrándonos en el entrenamiento de la estimación correcta del cuerpo y de las distintas partes del mismo, y en el aprendizaje de la estimación correcta del peso en amigos y conocidos. Esta intervención sobre el componente perceptivo tenía además el objetivo de ir modificando las cogniciones y las actitudes sobre la imagen corporal, que ocuparían el paso siguiente. Como tareas para casa, además de lo habitual, se le indicó que calculase y registrase el peso aproximado de la gente de su entorno y una valoración sobre los mismos (para contrastar esa información y poder utilizarla en la reestructuración cognitiva nos pusimos en contacto telefónico con su padre).

Paralelamente a la reestructuración cognitiva se fueron incluyendo el resto de las técnicas del proceso terapéutico, esto es, entrenamiento en relajación muscular progresiva y en solución de problemas. Al hilo de ello y dada la limitada vida social de la paciente durante los últimos años, se incluyó un entrenamiento en habilidades sociales que se inició tras la reestructuración de ideas irracionales en torno a la imagen corporal, ya que ésta constituía la principal fuente de interferencia en cuanto a sus relaciones sociales (más que una carencia de habilidades sociales se trataba de una inhibición de las mismas por sus miedos y distorsiones cognitivas). Así mismo, se trabajaron especialmente las habilidades dirigidas a la realización de entrevistas de

trabajo, ya que la búsqueda activa de empleo era uno de los objetivos del tratamiento, el modelado y rol-play se centraron en conducta verbal y no verbal exitosa en dichas situaciones.

Las tareas para casa, así como la planificación de las actividades reforzantes, se fueron diseñando acorde y de forma paralela a la evolución del tratamiento. Inicialmente consistían en tareas sencillas y actividades reforzantes centradas en conductas alternativas al vómito y al atracón, y posteriormente tareas más complejas como maquillarse, ir de compras, hacerse fotos

cuando saliera en una excursión previamente planificada, etc.

Por último, y antes de la evaluación postratamiento, centramos las tres últimas sesiones en el mantenimiento y la generalización de los logros terapéuticos, así como, en la prevención de recaídas, fomentando su percepción de autocontrol y autoeficacia, últimos objetivos a conseguir.

En la siguiente tabla se presenta un esquema del proceso de tratamiento, a fin de poner de manifiesto el orden, duración y solapamiento entre las diferentes técnicas de intervención:

Tabla 1. Plan de tratamiento

| Técnicas | Sesiones |
|--|----------|
| Evaluación | 1-2 |
| Devolución de información u consenso de objetivos | 3 |
| Control de estímulos | 4 |
| Planificación de actividades reforzantes | 4-17 |
| Relajación | 4-8 |
| Reestructuración cognitiva | 5-12 |
| Entrenamiento en solución de problemas | 8-9 |
| Entrenamiento en habilidades sociales | 12-13 |
| Prevención de recaídas | 14-15 |
| Mantenimiento y generalización | 16-17 |
| Evaluación postratamiento | 17 |
| Devolución de información y despedida hasta el seguimiento | 18 |

Resultados

En relación a la normalización de las con-

ductas alimentarias. En el momento de finalizar el tratamiento, la paciente realiza 4 comidas diarias, todas ellas en el salón, con

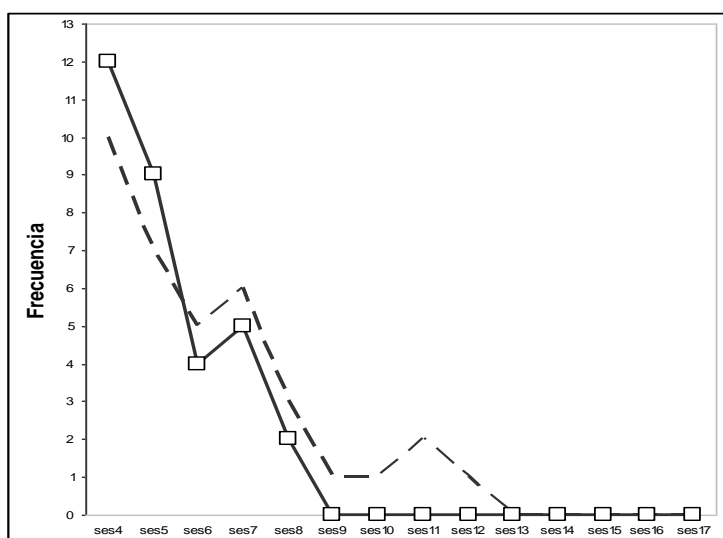


Figura 1. Evolución de los atracones y vómitos

la mesa puesta y con los cubiertos necesarios, no come en su habitación, no almacena comida en la misma, y no come nunca con los dedos. Además, se han ido introduciendo poco a poco alimentos que eran

considerados prohibidos por la paciente y que eran reservados para los atracones, como las patatas, el pan, los refrescos, y el chocolate (los domingos come un bombón después de comer, como postre).

En cuanto a la reducción de episodios de atracone sólo han disminuido un poco. En cuanto a la reducción de episodios de atracone sólo han disminuido un poco. En cuanto a la reducción de episodios de atracone sólo han disminuido un poco.

puesta al tratamiento, tanto la escala de síntomas como la escala de gravedad. En cuanto a la reducción de episodios de atracone sólo han disminuido un poco.

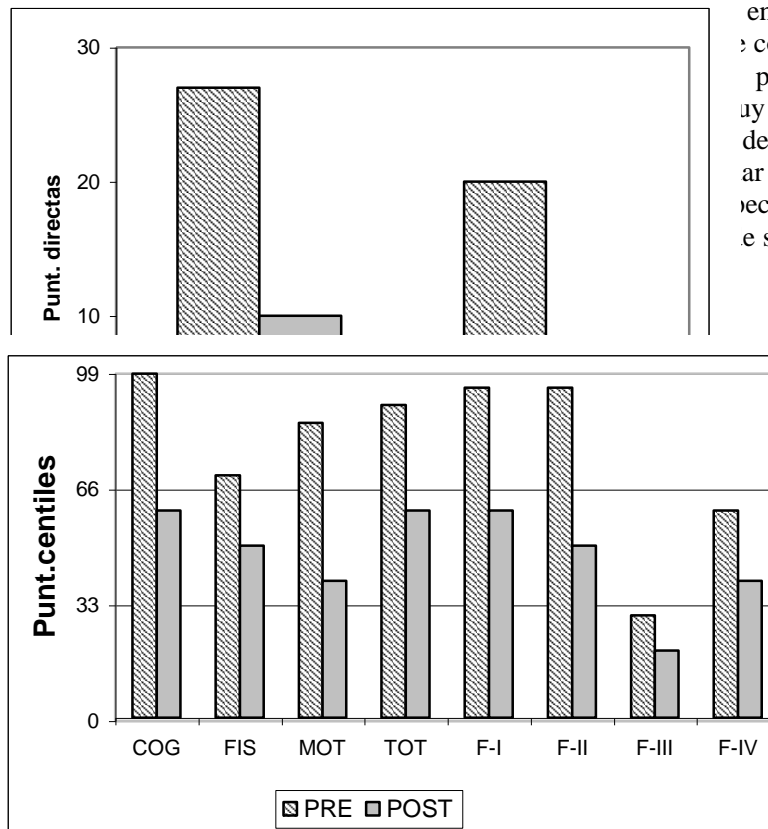


Figura 3. Puntuaciones en el I.S.R.A

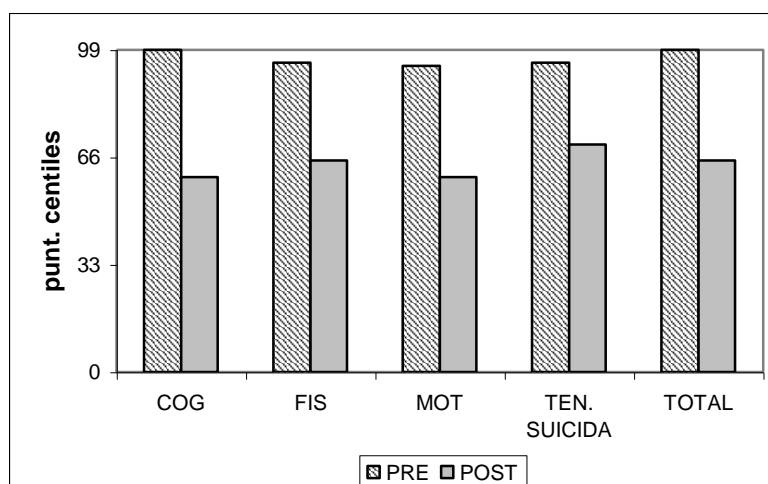


Figura 4. Puntuaciones en el C.T.D.

En relación a la reducción de la sintomatología emocional negativa. En el momento de finalizar el tratamiento, y tal y como podemos observar en las gráficas (ver figura 2 3 y 4) se han producido importantes reducciones tanto en los índices de ansiedad como de depresión. En cuanto a la ansiedad, el I.S.R.A. nos muestra reducciones en el triple sistema de respuesta, en la ansiedad total o rasgo y en las cuatro áreas situacionales. En cuanto a la sintomatología depresiva, se observan igualmente reducciones pronunciadas en todas las escalas del C.T.D.

Respecto al resto de objetivos (reestructurar pensamientos relativos a dietas, alimentos prohibidos, peso, vómitos, figura y apariencia física; modificación de su imagen corporal negativa; aumentar el nivel de actividad y la tasa de refuerzos de la paciente, especialmente, a nivel social y labo-

ral), sujetos todos ellos a valoración clínica, se han producido, así mismo, importantes cambios en la dirección deseada. Los pensamientos distorsionados han ido disminuyendo a medida que avanzaba el tratamiento, y han sido sustituidos por pensamientos y verbalizaciones más positivas y ajustadas; la paciente, por ejemplo, ha ido progresivamente cada más arreglada a consulta, se maquilla, va a la peluquería una vez por semana, va de compras y elige su ropa, ha comprado un espejo para su habitación, etc. Por último nos gustaría destacar que en el momento de finalizar el tratamiento, la paciente trabaja en un video club de su barrio y asiste a clases de pintura una vez por semana, ha recuperado su red de relaciones sociales habitual, y ha establecido otras nuevas tanto en el curso de pintura, como en el trabajo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.: APA. (Versión española: American Psychiatric Association, (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Calvo Sagardoy, R. (2002a). *Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta Práctico.
- Calvo Sagardoy, R. (2002b). Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con TCA. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 55-73.
- Cooper, M. y Todd, G. (1997). Selective processing of three types of stimuli in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 279-281.
- Cumming, M., Waller, D., Johnson, C., Bradley, K., Leatherwood, D. y Guzzetta, C. (2001). Developing and Implementing a Comprehensive Program for Children and Adolescents With Eating Disorders. *Journal of Children and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 167-178.
- Fairburn, C.G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. y O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- García-Camba, E. (2001). Nuevos Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En E. García-Camba (Ed.): *Avances los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*, pp. 3-30. Barcelona: Masson.
- Guisado, J.A., Vaz, F.J., Peral, D., Fernández-Gil, M.A. y López, J.J. (2000). Relación entre consumo de sustancias tóxicas y el comportamiento alimentario: Predictores clínicos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 188-192.
- Henderson, M. y Freeman, C.P. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Jiménez García, G.I., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1996). Cuestionario Tridimensional de Depresión.
- Joiner, T.E., Heatherton, T.F., Rudd, M.D. y Schmidt, N.B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-53.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). Cuestionario, inventarios y escalas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.): *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad- ISRA*. Madrid: TEA. (2ª ed., 1988; 3ª ed., 1994).
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos eficaces para los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 1, 381-392.
- Tiller, J.M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. y Treasure, J.L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 31-38.

