

*UNIVERSIDAD DE PALERMO. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES.
CARRERA DE PSICOLOGÍA*

PLAN DE TRABAJO FINAL INTEGRADOR



Aplicación de la terapia Cognitivo Conductual de Fairburn en un adolescente varón con un diagnóstico de Bulimia Nerviosa.

*ALUMNA: Laura Gonzalez del Solar
PERÍODO: PRIMER CUATRIMESTRE DE 2015
TUTORA: Nora Gelassen*

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUCCION | 2 |
| 2 OBJETIVOS..... | 3 |
| 2.1 Objetivo general | 3 |
| 2.2 Objetivos específicos | 3 |
| 3 MARCO TEORICO | 3 |
| 3.1 Trastornos de la conducta alimentaria | 3 |
| 3.1.1 Generalidades..... | 3 |
| 3.1.2 Historia de los trastornos alimentarios | 4 |
| 3.1.3 Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria..... | 5 |
| 3.2 Bulimia nerviosa..... | 6 |
| 3.2.1 Diagnóstico de Bulimia nerviosa según el DSM V | 7 |
| 3.2.2 Características comunes presentes en quienes padecen bulimia nerviosa. | 8 |
| 3.2.3 Características observadas en adolescentes varones con bulimia nerviosa. | 10 |
| 3.3 Terapia Cognitiva-conductual | 12 |
| 3.3.1 Definición de Terapia Cognitiva Conductual | 12 |
| 3.3.2 Abordaje Cognitivo-conductual en niños y adolescentes..... | 14 |
| 3.3.3 Terapia Cognitivo-conductual en adolescentes bulímicos | 15 |
| 3.3.4 Manual de Terapia Cognitiva Conductual de Fairburn..... | 16 |
| 4 4. MÉTODO | 23 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 23 |
| 4.2 Participantes | 23 |
| 4.3 Instrumentos | 23 |
| 4.4 Procedimientos | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 5 5. DESARROLLO | 25 |
| 5.1 Describir la sintomatología de un adolescente varón de 13 años con diagnóstico de bulimia nerviosa al inicio del tratamiento..... | 26 |
| 5.2 Describir la estrategia de abordaje y las intervenciones realizadas en base a Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn para bulimia nerviosa..... | 28 |
| 5.3 Analizar y describir los cambios producidos en los síntomas desde el inicio del tratamiento en Julio de 2014 hasta diciembre de 2014. | 39 |
| 6 Referencias bibliográficas..... | 48 |



INTRODUCCION

El presente trabajo final integrador se gestó a partir de la experiencia realizada en la materia Práctica y Habilitación Profesional V en la Universidad de Palermo. Esta fue realizada en un Hospital Interzonal General de Agudos en el conurbano bonaerense dentro del servicio de consultorios externos de Psicología Pediátrica que funciona en el Servicio de Pediatría. La pasantía realizada tuvo una carga horaria de 280 horas, y se llevó a cabo bajo la supervisión y coordinación de la Doctora a cargo.

En los consultorios externos trabajan varios profesionales psicólogos que brindan asistencia a niños y adolescentes derivados de los consultorios clínicos del hospital, de las salas de internación y también por pedido o demanda espontánea de padres. Estos psicólogos se desempeñan en un marco interdisciplinario en articulación con el área de psiquiatría del Hospital. Las escuelas del Partido de San Martín y los juzgados correspondientes a la zona también derivan sus casos al hospital.

Durante la práctica se llevan adelante diversas actividades, como por ejemplo:

- ❖ Entrevistas de admisión y entrevistas psicológicas a niños y padres, con observación no participante.
- ❖ Asistencia y participación en el “Programa redes acompañamiento y contención a cuidadores de salas”.
- ❖ Asistencia en las salas de internación del servicio de pediatría, con recorrido y registro de experiencia o demanda de los internados o sus cuidadores.
- ❖ Intervenciones en Psicoeducación tanto a padres como a niños.
- ❖ Participación en espacios terapéuticos con niños en tratamiento.

A partir de las tareas mencionadas como parte de la pasantía llevada adelante pude conocer el modo de trabajo de los integrantes de la institución y realizar un acercamiento a los casos tratados en la misma, posibilitando de esta forma la elección del caso clínico.

El trabajo aquí presentado se basa en la descripción del tratamiento psicológico de un caso único de un adolescente varón de trece años, con trastorno de la conducta alimentaria. Se trata de Bulimia Nerviosa, que es una problemática muy presente en el mundo actual. Se intentará describir la aplicación de la terapia cognitivo conductual de Fairburn diseñada para este tipo de trastorno.



OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir y analizar la aplicación de la terapia Cognitivo Conductual de Fairburn en un adolescente varón con un diagnóstico de Bulimia Nerviosa.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Describir la sintomatología de un adolescente varón de 13 años con diagnóstico de bulimia nerviosa al inicio del tratamiento.
- 2) Describir la estrategia de abordaje y las intervenciones realizadas en base a Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn para bulimia nerviosa.
- 3) Analizar y describir los cambios producidos en los síntomas desde el inicio del tratamiento en Julio de 2014 hasta diciembre de 2014.



MARCO TEORICO

4.1 Trastornos de la conducta alimentaria

4.1.1 Generalidades

Uno de los principales problema de salud mental en la actualidad, en la población joven, es el de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Estos trastornos son enfermedades psiquiátricas graves, que se manifiestan por una

percepción distorsionada del propio cuerpo, una insatisfacción corporal, y están caracterizadas por marcadas alteraciones en el comportamiento y una excesiva preocupación por el peso y/o con la forma del cuerpo. (Murcia, Cangas, Pozo, Martínez Sánchez & López Pérez, 2009; SAOTA, 1999; Vargas Baldares, 2013).

Los siguientes trastornos, la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) son considerados TCA (Martínez González, et al, 2014).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conllevan graves consecuencias, ya sea por su posible cronicidad, el deterioro psicofísico que traen, la afectación de familiares y amigos de quienes la padecen y por último por su posibilidad de desencadenar la muerte (Murcia, Cangas, Pozo, Martínez Sánchez & López Pérez, 2009; SAOTA, 1999; Vargas Baldares, 2013).

4.1.2 Historia de los trastornos alimentarios

A lo largo de la historia se han encontrado múltiples informes de las molestias que la alimentación puede acarrear en los individuos, bien sea porque se come poco, mucho o mal. El comer ha sido un acto social que permite fortalecer relaciones, cerrar negocios, compartir con seres queridos e incluso mantener estatus. Lo que varía es la cantidad de comida existente y la complexión física de los invitados; por ejemplo, la obesidad en otras épocas ha significado salud, riqueza, belleza, mientras que la delgadez se consideraba como fealdad o enfermedad. En la actualidad se ve el rechazo a las personas con sobrepeso y se potencia un canon de belleza en competencia con nuestras características étnicas (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein, 1994; Vitousek, Manke, 1994; Rozin y Fallon, 1998).

El Siglo XIII se puede pensar como el inicio de los hoy denominados trastornos alimentarios, ya que mujeres, por causas religiosas realizaban control de su ingesta alimentaria. (SAOTA, 1999)

El término bulimia, proviene del griego boulimos, que a su vez deriva de la unión de bous (buey) y limos (hambre), literalmente “hambre de buey”.

La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito se remonta a la época de la antigua Roma. James (1743) en el siglo 18, describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. Recién en el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en Paris (Rava & Silber, 2004).

Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”.

4.1.3 Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria

La complejidad de los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) está dada por los múltiples factores biológicos y psicosociales que intervienen en su aparición. Se añaden también las alteraciones somáticas y fisiológicas fruto de la malnutrición y desnutrición, que complican su curso y pronóstico (Toro, 2009, citado en Tornero, Bustamente & del Arco, 2014).

Es importante aclarar que este tipo de trastornos no tiene una causa, sino que la suma y la interacción entre todos los factores es lo que favorece la vulnerabilidad en la persona para presentar un trastorno en su conducta alimentaria. En este sentido los factores pueden ser predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Crispo, Guelar & Figueroa, 1998).

Los factores predisponentes serían aquellos elementos que favorecen la aparición de la enfermedad, están presentes en la persona y la preparan para que el trastorno pueda darse en ellas. Pueden ser culturales o contextuales. Los factores precipitantes son aquellos que desencadenan el inicio del trastorno, son aspectos estresantes o externos. Por último, los factores perpetuantes son aquellos que

favorecen el mantenimiento de la enfermedad. (Rausch Herscovici & Bay, 1993; Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; Saota, 1999; Unikel & Peresmitre, 2004; Vargas Baldares, 2013,).

Buscar la explicación a estos trastornos no es fácil, pero sin duda los factores culturales y sociales tienen buena parte de responsabilidad.

En la sociedad occidental predomina un innegable culto al cuerpo, esto puede quizá explicar el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación (Maganto, Del Río y Roiz, 2000).

Existe un ideal de belleza establecido y compartido socialmente, que incluye la delgadez como uno de sus rasgos más destacados. Este ideal supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población en cuestión (Vandereycken y Meermann, 1984), por medio de esta presión se facilitan y promueven en las personas conductas orientadas a controlar el peso de un modo excesivo (Crispo, Guelar & Figueroa, 1998; Sadock & Sadock, 2009; Unikel & Peresmitre, 2004; Vargas Baldares, 2013).

El efecto de los valores sociales atraviesa la propia "imagen corporal", constructo cuya vinculación con este trastorno ha sido estudiada. La necesidad de responder a los valores sociales choca con la distorsión de la imagen del propio cuerpo, generando sentimientos de insatisfacción e inadecuación (Vaz, Salcedo, Suárez y Alcaiana, 1992).

4.2 Bulimia nerviosa

La Bulimia Nerviosa es una enfermedad que forma parte de una triste actualidad en nuestra sociedad. Se observan cada vez más casos y se dan a edades cada vez más tempranas. Afecta a 1 de cada 200 jóvenes de entre 12 y 14 años, aunque son más frecuentes los diagnósticos de bulimia que los de anorexia. Si bien es más frecuente en la mujer que en el hombre, se encuentra en aumento su incidencia entre varones jóvenes, haciendo que en los últimos años esta diferencia entre sexos se haya acortado. La enfermedad está asociada a la

adolescencia, pero hoy se observan un aumento de casos entre adultos de todas las edades (Aller, 2014).

4.2.1 Diagnóstico de Bulimia nerviosa según el DSM V

Hasta el DSM IV-TR (APA,2000) el espectro de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria se reducía a la Bulimia Nerviosa (BN), Anorexia Nerviosa (AN), y los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados. En el actual DSM 5 (APA, 2013) ese espectro se ha ampliado considerablemente para incluir el trastorno por atracones, el trastorno denominado pica, el de rumiación, el desorden por ingesta restrictiva y evitativa, y otros trastornos específicos de la conducta alimentaria.

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno alimentario, el cual se define por la presencia de recurrentes episodios de atracones, combinados con conductas compensatorias (provocarse el vomito y el uso indebido de diuréticos y laxantes), las cuales son inapropiadas y tienen como objetivo el no aumentar de peso (American Psychiatric Association, 2013).

Según el DSM 5 (APA,2013) se debe diagnosticar el Trastorno Bulimia Nerviosa cuando el sujeto presenta los siguientes criterios diagnósticos: A. Episodios recurrentes de atracones, que se caracterizan por la ingesta de alimentos en un tiempo determinado muy por encima de lo que la mayoría de las personas ingeriría en ese lapso, y además por la sensación de no poder controlar esa conducta, B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Los atracones se caracterizan por la ingestión de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período

similar en circunstancias parecidas, simultáneamente con la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

Los comportamientos compensatorios más habituales son el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Los puntos D y E remiten a la importancia que tienen el peso y la silueta en la evaluación que la persona hace de sí misma, y a la necesidad de excluir del diagnóstico el cuadro de Anorexia Nerviosa, características ambas que ya figuraban en el DSM IV-TR (APA, 2000).

El DSM 5 (APA, 2013) especifica dos subtipos de remisión: parcial, cuando después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, ocurre que algunos de estos criterios no se han cumplido durante un período continuado; y total, cuando después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

El criterio básico para establecer la gravedad del trastorno es el de la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar la presencia de otros síntomas y el grado de discapacidad funcional (APA, 2013).

Pueden reconocerse cuatro grados: **1. Leve:** De 1 a 3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana; **2. Moderado:** De 4 a 7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana; **3. Grave:** De 8 a 13 episodios compensatorios inapropiados a la semana; y **4. Extremo:** Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

En el nuevo DSM V (APA, 2013) ya no se diferencian el subtipo purgativo del no purgativo, como ocurría en el DSM IV-TR (APA, 2000).

4.2.2 Características comunes presentes en quienes padecen bulimia nerviosa.

La BN es una enfermedad más frecuente que la anorexia nerviosa y afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino. El diagnóstico es difícil ya que se ocultan sus síntomas, y si bien comienza en la adolescencia, puede pasar desapercibida y sólo ser descubierta después de muchos años de padecerla, a veces inclusive, de décadas de sintomatología (Rava & Silber, 2004).

La BN presenta una evolución crónica, con presencia de periodos de recuperación y recaídas continuados por un progresivo deterioro físico, psicológico y de las relaciones interpersonales. Si la bulimia nerviosa no concluye con un accidente súbito y fatal, a causa de sus conductas, se pueden llegar a estabilizar cuando han pasado más de diez años de enfermedad (Turón et al., 2011).

Las personas bulímicas presentan un hábito alimentario caótico, con episodios de ingesta compulsiva que por lo general se dan en el contexto de una dieta restrictiva sistemática. Así, se genera un círculo vicioso donde después de los períodos de restricción, se dan episodios de atracones que son seguidos por sentimientos de culpa y de la necesidad de compensar la ingesta. Esto determina el recurso de los vómitos provocados, purgas, ejercicios excesivos y otras formas de compensación. Se genera así la creencia falsa de que se neutraliza lo que se consumió (Fairburn, 1998).

Los atracones pueden aparecer como respuesta a ciertos acontecimientos desfavorables o a un estado de ánimo negativo. En estos casos buscan estabilizar este estado anímico. Una de las razones por las que quienes la padecen piden ayuda es el rechazo que les produce la ingesta compulsiva (Fairburn, 2006).

Existen ciertos aspectos que se observan como parte nuclear de este tipo de patologías, como la preocupación constante por el peso, la obsesión por la figura corporal y también la necesidad de control de lo que se ingiere de manera sistemática, donde el autoconcepto queda vinculado directamente con estos aspectos y depende de los mismos (Fairburn, 2008). Además, pueden reconocerse algunas características complementarias que suelen presentar en común las

personas con desórdenes alimenticios. Dentro de estas pueden mencionarse algunas como la falta de asertividad y de autonomía, las dificultades para afrontar las problemáticas de la vida adulta, la timidez, la sensación de inutilidad, la baja autoestima, las tendencias perfeccionistas, la rigidez en sus rasgos, el déficit en la expresión de sus emociones, sentimientos o necesidades, entre muchas otras características que pudieron observarse en la mayoría de quienes padecen estos trastornos (Behar, Manzo & Casanova, 2006).

Otras características comunes en la BN son: que los afectados presentan una autoevaluación excesivamente influida por la silueta y el peso corporales, y que suelen sentirse muy avergonzados por su enfermedad, por lo que tienden a ocultarla. (Ekstrand & Roca Villanueva, 2011).

Los trastornos de la alimentación, en general, son difíciles de tratar, observándose bajas tasas de recuperación y existiendo un alto riesgo de recaídas. Además predisponen a los sujetos a la desnutrición o a la obesidad y se relacionan con una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de mortalidad prematura. En cuanto a las comorbilidades, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se asocian con frecuencia con la depresión, trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias (Martinez Gonzalez et al, 2014)

La bulimia nerviosa puede llegar a presentar graves complicaciones médicas secundarias a las alteraciones de los hábitos alimenticios. Hay sintomatología que se presenta en la mayoría de los pacientes, como la apatía, la fatiga, la irritabilidad y los cambios de ritmo de sueño. También se registran efectos negativos sobre el rendimiento escolar o laboral y una cierta tendencia al abandono de los cuidados de la persona. En los primeros estadios de la enfermedad, se suele apreciar una ligera distensión abdominal con estreñimiento, pérdida del esmalte dental y hipertrofia de las glándulas parótidas (Mitchell et al, 1987).

Existen, además otros síntomas menores que se ven en las personas que padecen de este trastorno: la sensación de debilidad, los edemas, la hinchazón en las mejillas y los problemas endocrinológicos (Crispo, Guelar & Figueroa, 1999; Fairburn, 2008; Safer, Telch & Chen, 2009).

4.2.3 Características observadas en adolescentes varones con bulimia nerviosa.

La adolescencia es una etapa de significativos cambios físicos, marcados por la pubertad, que disparan a su vez cambios psicológicos en los que la construcción de la propia imagen cobra una importancia singular. Los adolescentes se ven enfrentados a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, que contradice la cultura imperante de la delgadez. En la medida en que aceptan los modelos que les ofrece la sociedad de consumo, ellos tienden a equiparar bajo peso con belleza, así como éxito y aceptación social con delgadez. Hay adolescentes con una insatisfacción importante en relación a su imagen corporal al distar sobremanera del modelo social propuesto. El consiguiente deseo de imitar y asemejarse a dichos modelos parece que está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal (Hsu, 1982; Toro, 1988; Toro, Cervera & Pérez, 1989).

En lo que respecta a la cuestión de género, los TCA fueron considerados patologías femeninas durante gran parte del siglo XX, debido a que veían con más frecuencia en mujeres jóvenes. Pero las investigaciones de las dos últimas décadas indican que el 10% de los casos son varones (Andersen & Holman, 1997). Así pues, los TC en población masculina han sido foco de interés y estudio en los últimos años (Peláez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2005).

Los medios de comunicación actualmente colaboran con el incremento del desarrollo de los TCA en hombres, al difundir como modelos y reforzar la deseabilidad de “cuerpos perfectos”, muchas veces hechos y compuestos con Photoshop, no siendo la imagen real la que reflejan. De esta manera se lleva a provocar en los adolescentes expuestos a este bombardeo una insatisfacción corporal y con esto la promoción de conductas (regímenes estrictos de ejercicio, dietas especiales, consumo de esteroides y químicos, cirugía plástica, etc.) con las que se pretende disminuir el malestar subjetivo y demás consecuencias psicológicas (Harvey & Robinson, 2003).

En el género femenino los síntomas de trastorno alimentario parecen asociarse con mayor frecuencia con la estética corporal, a diferencia de los varones, entre los cuales este tipo de trastornos se asocian por lo general con problemas de tipo emocional, específicamente la ineffectividad, el miedo a madurar y la desconfianza interpersonal (Alvarez Rayon et al, 2003).

Entre los factores de riesgo asociados a los TCA en varones destacan los problemas con la imagen corporal, los cuales pueden ser diferentes de las preocupaciones femeninas, como la llamada Dismorfia muscular o Complejo de Adonis (Andersen, Cohn y Holbrook, 2000; Pope, Phillips y Olivardia, 2000), donde la obsesión por trabajar el cuerpo parece no tener límite, en la medida en que nunca se conseguirá la musculatura deseada.

A diferencia de la mujeres, en donde el fenómeno es más unívoco, los varones tienden a estar insatisfechos con su figura de manera menos homogénea; ellos están divididos entre aquellos que quieren ganar peso y aquellos que quieren perderlo (Furnham y Calnan, 1998; Furnham y Nordlig, 1998).

Una de las dificultades de la detección de trastornos alimentarios en la población de varones es el hecho de que es menos probable que éstos expresen abiertamente el deseo de estar delgados en comparación con las mujeres (Keel, Baxter, Heatherton & Joiner, 2007).

En lo que respecta a los estudios realizados con pacientes varones con diagnóstico de trastorno alimentario, los mismos sugieren más similitudes que diferencias entre ambos sexos (Blake Woodside, Garinkel, Lin, Goering, Kaplan *et al.*, 2001; Bramon- Bosch, Troop & Treasure, 2000). Sin embargo, se han encontrado diferencias clínicas, tales como la edad de aparición del trastorno; los antecedentes de trastornos psiquiátricos y de obesidad en los padres; la identidad sexual y el índice de masa corporal ideal (Bramon-Bosch, Troop & Treasure, 2000).

4.3 Terapia Cognitiva-conductual

4.3.1 Definición de Terapia Cognitiva Conductual

Saldaña García (2001) presenta una revisión de estudios acerca de la efectividad de distintos tratamientos para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Entre los trastornos de la conducta alimentaria, la obesidad ha sido omitida de la revisión. Los resultados encontrados son desiguales con relación a la eficacia de los tratamientos para los diferentes trastornos del comportamiento alimentario. En bulimia nerviosa (BN) la evidencia empírica muestra la superioridad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) frente a otras alternativas de tratamiento, siendo la terapia interpersonal el tratamiento alternativo cuando la TCC fracasa.

La terapia cognitiva conductual (TCC) es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinadas en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

Los tratamientos cognitivo-conductuales, orientados específicamente a distintos trastornos, tienen en común el que se basan en el supuesto teórico de que las emociones y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que estructura el mundo, es decir en que le otorga sentido al conjunto de fenómenos que se le presentan (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, citado en Obst Camerini, 2005).

Desde esta perspectiva, los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos. Esto significa que ante una serie de eventos en el mundo, cada individuo interpretará estos hechos como positivos, neutros o negativos, según los pensamientos que fluyen en su mente. Estos pensamientos, y no los hechos reales, son lo que determinan el estado de ánimo. El objetivo de la terapia TCC se centra en que se flexibilicen los modos patológicos de procesamiento de la información (Gomar, Mandil & Bunge, 2008).

El primer paso en un tratamiento consistirá entonces en comprender la forma en que el paciente interpreta el mundo y se relaciona con él. A partir de esta comprensión del terapeuta hacia el paciente es donde se podrán identificar los objetivos de trabajo y los medios más adecuados para realizar intervenciones que

promuevan los cambios necesarios. Esto implica que, ya desde el principio del tratamiento, se desarrolle una alianza entre el paciente y el terapeuta, conocida como *alianza terapéutica*. La empatía es un aspecto fundamental para que esto se logre (Chazenbalk, 1998).

4.3.2 Abordaje Cognitivo-conductual en niños y adolescentes

En la niñez no podemos decir que exista una única variable que sea la causa de la psicopatología. Se comprende que el comportamiento está multideterminado por un número de factores causales que actúan contribuyendo al desarrollo patológico. Pero existe evidencia empírica de que la intervención sobre el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck y Clark, 1997).

Una importante diferencia entre la terapia cognitiva aplicada a niños y a adultos es la necesidad de desarrollar estrategias para superar las limitaciones relacionadas a la capacidad de comunicación y al desarrollo intelectual de los primeros. Tales limitaciones pueden interferir con el logro de objetivos focalizados en los aspectos verbales. Por ejemplo, en el caso de los niños, la estrategia principal no consistirá en transformar los pensamientos negativos en positivos, como suele ser el caso cuando se trata de adultos, sino que lo fundamental será ayudarlos a identificar esos pensamientos negativos y cuestionarlos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

El abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes integra intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado. El objetivo principal consiste en modificar o mejorar respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño o adolescente en su entorno (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

El plano social e interpersonal no puede ser dejado de lado en los tratamientos infantojuveniles, puesto que los trastornos psicopatológicos influyen en las relaciones y vínculos del paciente. Si nos quedáramos con una teoría netamente

intrapsíquica, no podríamos dar cuenta cabalmente del tipo de problemas planteados en la psicoterapia (Kendall, 2000).

4.3.3 *Terapia Cognitivo-conductual en adolescentes bulímicos*

El abordaje cognitivo conductual de niños y adolescentes integra intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado. El objetivo principal consiste en modificar o mejorar respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas del niño o adolescente en su entorno (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

Según Fairburn (1998) las personas bulímicas presentan un hábito alimentario caótico y que por lo general se da con episodios de ingesta compulsiva en el contexto de dieta restrictiva sistemática. Así nace un circuito donde luego de los períodos de restricción, aparecen los atracones y como consecuencias de estos, la culpa y la necesidad de compensar esa ingesta de manera purgativa o no purgativa, generando la falsa creencia de que de esta manera neutralizarán los efectos de lo que consumieron. Los atracones responden a ciertos acontecimientos adversos o a un estado de ánimo negativo, y muchas veces logran estabilizar este estado anímico a través de los mismos. La ingesta compulsiva suele resultar desagradable para quienes la realizan, y esa es una de las razones por las cuales quienes padecen bulimia acuden a pedir a ayuda y deciden tratarse (Fairburn, 2006).

Las alteraciones cognitivas típicas de la BN tienen dos aspectos principales:

- La insatisfacción con la propia figura corporal.
- Las ideas sobrevaloradas acerca del peso y la figura.

La segunda está siempre presente, la primera casi siempre (Fairburn, 2006).

Por lo que se refiere a la terapia cognitivo-conductual, ésta, además de eliminar los atracones y las purgas, también modifica la tendencia a hacer dietas extremas y las ideas sesgadas hacia el peso y la figura. Dada la presencia de comorbilidades con otros trastornos, la terapia puede ayudar también a lidiar con otros síntomas de psicopatologías asociadas como: depresión, baja autoestima, deterioro en el funcionamiento social, y conductas típicas de trastornos de personalidad (Fairburn, Kirk, O'Connor y Cooper, 1986; Fairburn, Agras y Wilson, 1992).

Los estudios recientes muestran que los antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual (TCC) de Fairburn, resultan los tratamientos más eficaces (Bacaltchuk, Hay &, Trefiglio, 2001).

Los antidepresivos se muestran eficaces para reducir la frecuencia de atracones y vómitos autoinducidos, y esta reducción se acompaña por una mejoría de otros síntomas como ansiedad, depresión y deterioro en el funcionamiento global. Pero otros rasgos como la dieta extrema y la sobrevaloración del peso y la figura corporal, parecen poco afectados por el tratamiento con antidepresivos. Esto puede explicar el que se observe un alto índice de recaídas a largo plazo, en los pacientes tratados sólo con antidepresivos. (Mitchel & de Zwaan, 1993).

Los resultados a largo plazo son también mejores que con los antidepresivos. Diversos estudios muestran que los cambios terapéuticos se mantienen en seguimientos de 6 meses y un año (Agras, Rossiter, Arnow, et al, 1994). Un estudio de seguimiento a 6 años mostró también que los efectos terapéuticos de la TCC se mantenían (Fairburn, et al, 1995).

Es por esto que en la actualidad la terapia cognitivo-conductual de Fairburn se considera el tratamiento de elección para la BN (Leitenberg, et al, 1994; Wilson, 1996; Craighead & Agras, 1991; Walsh, et al, 1997).

4.3.4 Manual de Terapia Cognitiva Conductual de Fairburn

Esta modalidad de terapia fue descrita por Fairburn a principios de los años 80, y publicada en un manual que se ha utilizado como guía de la terapia (Fairburn,

1998). En este manual de tratamiento se presentan determinados procedimientos cognitivo-conductuales en una secuencia específica de tareas y experimentos establecidos dentro del contexto de una versión personal de la teoría cognitivo-conductual acerca de los factores que intervienen en el mantenimiento de la bulimia nerviosa. Incluye entre 15 y 20 sesiones durante alrededor de cinco meses y se realiza de manera ambulatoria (Fairburn, 1989).

Las 20 sesiones están repartidas en tres fases (Carmina Saldaña, 2014).

A continuación se desarrollan las tres fases del tratamiento según Fairburn (1993).

Primera fase: abarca las sesiones 1 a 8 a razón de una entrevista semanal. Se desarrollan las siguientes tareas. a) Explicar al paciente el modelo cognitivo de la BN, como comienzo de un proceso psicoeducativo que irá desarrollándose a lo largo de las sesiones; b) Monitorizar la alimentación mediante un registro diario que incluye: todas las ingestas, las purgas, las circunstancias en que surgen los atracones o purgas y los pensamientos relacionados con estas conductas. Estos registros, semanales, se revisan después en cada sesión; c) Pesarse semanalmente anotándolo en el registro y analizando en la sesión sus reacciones ante cualquier cambio en el peso. Como parte de la psicoeducación se le proporciona al paciente información sobre el peso corporal y su regulación, las consecuencias físicas adversas experimentadas después del atracón, el vómito autoinducido y los laxantes, la relativa ineficacia de los vómitos y las purgas como método para controlar el peso y los efectos negativos de hacer dieta. Con toda esta información disponible, se le pide al paciente que la resuma para verificar que la ha comprendido.

Durante esta fase se prescribe al paciente un patrón de alimentación regular, de forma que no haya más de 3 o 4 horas de intervalo entre una comida y otra, debiendo permanecer sin ingerir alimentos entre ellas.

Esta primera fase representa todo un desafío para los adolescentes, especialmente la disciplina que deben tener en cuanto al nuevo patrón de alimentación. Para ayudarles a conseguir el éxito en esta tarea se le aconsejan una serie de medidas de control de estímulos, que incluyen el no realizar ninguna otra

actividad durante las comidas, comer siempre en el mismo lugar de la casa, limitar la cantidad de alimentos disponibles mientras come, dejar siempre algo de comida en el plato, tirar los alimentos sobrantes de cada comida, limitar la exposición a comidas tentadoras, planificar la compra de comida después de comer, cuando no tenga hambre, ir a la compra con el dinero justo y comprar preferentemente alimentos que necesiten preparación para que no puedan ser tomados directamente y evitar en lo posible cocinar para otros o estar en contacto con alimentos de fácil ingesta.

Los vómitos provocados son una de las conductas compensatorias típicas en los casos de BN. Además de explicarle las consecuencias negativas que estas prácticas tienen para su salud, es importante recordarle a los pacientes que, en la medida en que dejen de darse atracones, tendrán menos necesidad de continuar con los vómitos. De esta manera se busca romper con uno de los círculos viciosos que mantiene este trastorno. Por otra parte, la conciencia acerca de los efectos perjudiciales de los vómitos puede ayudar a evitar los atracones con la falsa creencia en que se podrá compensar a través del vómito.

Algo similar ocurre con los laxantes y diuréticos. Informándole acerca de su peligrosidad e ineficacia se busca eliminarlos como compensación ilusoria de los atracones. De cualquier manera es importante ofrecer alternativas para estas prácticas. Para ello se debe pedir al paciente que elabore una lista de actividades agradables. Esas actividades pueden incluir: visitar o telefonar a amigos, hacer ejercicio, escuchar música o tomar un baño. Después, animarle para que las utilice en cuanto sienta el impulso de darse un atracón o de vomitar.

Un elemento importante en todo el tratamiento, pero particularmente en esta primera fase, es que el paciente pueda abrirse a alguien y sentir que cuenta con un apoyo social adecuado. Deberá tratarse de que algún amigo o familiar ocupe este lugar, explicándoles además las características del trastorno y los principios del tratamiento, para que así puedan comprender cómo ayudarle.

Cómo señala Fairburn, en la gran mayoría de casos, la etapa 1 tiene como resultado una marcada reducción en la frecuencia de atracones, y en la mejoría del estado de ánimo.

Segunda fase: dura 8 semanas, con una entrevista semanal.

Uno de los objetivos principales, quizás el objetivo crucial, a cubrir durante esta fase es la eliminación de la dieta. En la mayoría de los casos la dieta favorece los atracones. Es importante aclararle a los pacientes que abandonarla no implica que se aumente de peso, que es uno de los temores más comunes, ya que muchas entradas calóricas pueden deberse a los atracones.

Las comidas evitadas se jerarquizan según su grado de rechazo, y se categorizan en cuatro grupos de dificultad creciente. Cada semana se pide al paciente que consuma alimentos de uno de los grupos, empezando por los más fáciles. Esos alimentos se ingieren como parte de una comida o un tentempié planificado, en una cantidad razonable. Durante la revisión y el análisis detallado de los autorregistros, es posible determinar cuándo el paciente está comiendo demasiado poco. Si éste es el caso, se le pide que aumente su ingesta, hasta llegar por lo menos a 1500 calorías diarias.

Así como durante la primera fase se ayuda al paciente a captar sus pensamientos problemáticos y a ver su relación con el modelo cognitivo de la BN, al inicio de esta segunda fase, el paciente está ya listo para aprender a cuestionarlos buscando evidencias a favor y en contra, iniciando una reestructuración cognitiva. Para lograr este objetivo, los procedimientos utilizados son similares a los descritos en la terapia cognitiva de Beck para la depresión, la ansiedad o los trastornos de personalidad y a algunas de las técnicas más utilizadas en la terapia racional emotiva (Ellis y Grieger, 1989).

Las distorsiones cognitivas de los pacientes con anorexia nerviosa y BN, son similares en cuanto a la forma a las descritas por Beck para la depresión (Beck, 1983), aunque sus contenidos difieren, siendo en la BN relativos al peso, la figura y la ingesta. En consecuencia, en esta etapa se siguen los procedimientos estándar para captar los pensamientos problemáticos y, una vez identificados, reestructurarlos en un proceso de 4 etapas. En la primera, se trata de reducir el pensamiento a su esencia, es decir cuál es su núcleo fundamental que genera el malestar. Luego se procede a buscar argumentos y evidencias, tanto lógicos como

empíricos, que apoyen esos pensamientos, e inmediatamente buscar argumentos y evidencias que puedan rebatirlos; en lo posible, incluyendo experimentos conductuales que pongan a los pacientes frente a la posibilidad de desmentir esos pensamientos problemáticos empíricamente. Finalmente se cierra el trabajo buscando una conclusión razonable al enfrentamiento de argumentos, que el paciente utilizará para regir su conducta en reemplazo de los pensamientos anteriores, y que reemplazará a las actitudes irracionales responsables de sus conductas y emociones contraproducentes.

Es conveniente que esta conclusión se redacte en forma de frase (una por cada actitud problemática) y se utilice en diversas formas; por ejemplo: anotarlas en tarjetas que el paciente deberá releer con frecuencia, recitar esta frase cada vez que surge el pensamiento o actitud problemática que desea modificar, actuar según ella (y en contra de las actitudes irracionales), etc. Una vez que el paciente se ha acostumbrado a examinar sus pensamientos problemáticos en las sesiones, se le pide que practique la reestructuración cognitiva por sí mismo, anotando sus 4 pasos al dorso de su autorregistro diario de comidas. Se le anima para que la practique tan a menudo como sea posible y se analizan sus intentos en cada sesión de tratamiento (Fairburn, 1998).

Otro aspecto a trabajar durante esta segunda fase son las distorsiones acerca la autoimagen corporal y la repulsa que surge a partir de ellas. Algunos pacientes con BN tienen una clara distorsión de su imagen corporal, por lo que a menudo sobreestiman su talla o alguna parte de su cuerpo. Fairburn & Wilson (1993) sostienen que es posible ayudar al paciente explicándole que, al valorar su imagen corporal, le sucede algo similar a lo que una persona daltónica experimenta con ciertos colores. Siempre que se perciba como obeso puede recordarse a sí mismo que tiene esta distorsión, y que, por tanto, es mejor juzgar su figura en función de las opiniones de personas fiables de su entorno, de los datos objetivos del peso que comprueba semanalmente, y por las tallas de la ropa que usa.

Por otro lado, algunos pacientes con BN llegan a sentir una extrema repulsa hacia el propio cuerpo (aunque esto ocurre con mayor frecuencia en la anorexia nerviosa). Estos pacientes pueden incluso evitar mirarse, acostumbrándose a vestirse o desvestirse en la oscuridad, a usar ropas anchas sin forma, evitar espejos

y, en casos más extremos, no bañarse jamás y ducharse con ropa. El tratamiento de esta alteración requeriría la exposición o, dicho en términos cognitivos, el “actuar en contra de su esquema disfuncional”.

Finalmente, en esta segunda fase se recurre al entrenamiento en resolución de problemas (D’Zurilla & Goldfried, 1971). Para ello se siguen las pautas estándar con sus 6 etapas: 1) identificar el problema tan pronto como sea posible, 2) especificar y definir adecuadamente cuál es el problema, 3) considerar todas las alternativas posibles, 4) elegir la mejor solución tras evaluar las diferentes opciones, 5) ponerla en práctica, 6) revisar todo el proceso para evaluar su idoneidad y determinar en qué podría mejorarse. Esta técnica se utiliza como ayuda para que el paciente pueda manejar dificultades que, de otra forma, podrían llevar a un atracón. Se pide al paciente que practique éste método de solución de problemas a la menor oportunidad y que lo anote en el registro diario de alimentación. Cuando surja cualquier problema anota en su registro diario reflejando al dorso cada una de las etapas de solución de problemas, que lleva a cabo para resolverlo (Fairburn & Wilson, 1993).

Según Fairburn y Wilson (1993), en la gran mayoría de casos, la segunda fase del tratamiento produce una consolidación de las ganancias obtenidas en la primera. Los atracones se vuelven infrecuentes o cesan por completo, mientras que los pensamientos y las actitudes problemáticas hacia el peso y la figura se vuelven menos prominentes.

De cualquier manera, el progreso hay que juzgarlo globalmente, ya que es posible que el paciente mejore en sus conductas, aún cuando sus creencias problemáticas persistan en cierta medida. En este caso, según el punto de vista cognitivo, se mantiene el trastorno por lo que lo más probable es que se trate sólo de una mejoría transitoria.

Tercera fase: Consta de 3 entrevistas, una cada 15 días. Su objetivo es asegurar que el progreso se mantenga después de la terapia. Fairburn aconseja que a los pacientes que aún tengan algún síntoma, que son la mayoría, y que se preocupen por la finalización del tratamiento, se les explique que lo más usual es que continúen mejorando después de acabar la terapia. En esta etapa final, hay que

comprobar si las expectativas de los pacientes son realistas. Muchos, esperan no volver a comer en exceso, ni vomitar, ni usar laxantes nunca más. Estas expectativas han de revisarse porque les haría más vulnerables a reaccionar catastróficamente ante cualquier pequeña recaída. Se les ayuda a ver que es más útil permitirse a sí mismos el pasarse con la comida en alguna ocasión, sin verlo como algo negativo.

Durante este estadio final de tratamiento, se les pide que consideren qué ingredientes terapéuticos les han sido más útiles. También se les ayuda a preparar un plan por escrito para afrontar ocasiones futuras cuando sientan que su alimentación está empezando a ser un problema.

Considerando que la gran mayoría de los pacientes pueden caer en la tentación de volver a hacer dieta en alguna ocasión, por ejemplo después de tener un hijo, se les recuerdan los riesgos que eso puede acarrear y lo arriesgado que puede resultar en ciertas situaciones.

Los resultados de la TCC se expresan en cambios en tres dimensiones fundamentales de la BN: las conductas compensatorias, la restricción alimentaria y las actitudes negativas sobre el peso y la figura. Peterson y Mitchell (1999) sostienen que con la TCC se consigue una disminución de las conductas compensatorias del 75%, aunque el abandono completo de estas conductas sólo se da en el 40% de los casos analizados.

Con la TCC los cambios comienzan a manifestarse ya en las primeras semanas de tratamiento y se mantienen a los 6 meses, al año y después de 6 años de seguimiento. La eficacia de la TCC sólo es comparable a la obtenida por la Terapia Interpersonal en lo que se refiere a la disminución de las conductas compensatorias, pero en cuanto a la restricción alimentaria y las actitudes negativas hacia la propia figura y la preocupación por el peso, la TCC es más efectiva (Fairburn, Norman, Welch et al., 1995).



4. MÉTODO

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo de un caso único.

5.2 Participantes

Se trabajó con un paciente como participante, con la intención de preservar su identidad se lo llamará Carlos. Fue diagnosticado con Trastorno de Bulimia Nerviosa. Es un adolescente de 13 años que asiste al consultorio externo de psicología pediátrica del hospital, derivado por los consultorios de pediatría del mismo hospital.

Carlos quiere tratarse para dejar de provocarse los vómitos. Hasta el momento no ha recibido medicación. La familia de Carlos se encuentra formada por su madre Eva (de ocupación comerciante), su padre Ruso (de ocupación también comerciante), su hermano Juan.

Participó también en el presente trabajo el terapeuta del caso. El Lic, que será llamado X, forma parte del equipo de Terapia Cognitivo-Conductual de los consultorios externos de psicología pediátrica del hospital.

5.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

- Entrevista a Eva (la madre) en el proceso de admisión.
- Historia clínica del paciente. Se tomó como instrumento la historia clínica del paciente, para dar cuenta de las temáticas abordadas en las diferentes sesiones realizadas por el terapeuta individual, así como los registros diarios tomados por

Carlos sesión tras sesión, que dan cuenta de la presencia de conductas problemáticas. También este instrumento permite comprender el proceso terapéutico en una línea temporal, teniendo en cuenta las ausencias o dificultades que pudieron aparecer en diversos momentos del tratamiento.

- Observación no participante de las sesiones realizadas por el Lic. X con el paciente. Se desarrollaron un total de 10 sesiones en consultorios externos del hospital con una frecuencia semanal durante 3 meses. La observación se realizó en cinco de esas sesiones.

- Entrevista semi-estructurada al Lic. X donde se obtuvo información respecto del desarrollo y la evolución del tratamiento, las intervenciones, y otros datos de interés. Los ejes de la misma fueron, los datos del paciente y su familia, la situación de éste al iniciar el tratamiento, los síntomas y diagnósticos realizados, los objetivos pactados, las intervenciones realizadas y la evolución del caso hasta la actualidad.

5.4 Procedimientos

Se leyó la historia clínica brindada por la terapeuta individual, en formato papel, con la previa autorización de la institución. A partir de la información obtenida se construyó una entrevista semi-estructurada para el Lic.X., con el fin de completar la información necesaria para desarrollar el presente trabajo.

De las 10 sesiones de cuarenta y cinco minutos que se realizaron durante la duración de la residencia se presenciaron cinco que tuvieron lugar en los meses de Septiembre y Octubre. En estas sesiones se hizo registro escrito exhaustivo de los contenidos de la sesión.

Las entrevistas fueron realizadas en la institución, durante las horas dedicadas a la práctica profesional.



5. DESARROLLO

En este espacio se realizará el desarrollo de cada uno de los objetivos propuestos.

Carlos de trece años de edad es el mayor de dos hermanos. Vive con su madre Eva y su padre Ruso, ambos son comerciantes, y su hermano pequeño de 8 años, Juan. Viven en un barrio del conurbano bonaerense, en una casa de material, donde cada uno de los Hermanos tiene su dormitorio. Carlos cursa el segundo año de la secundaria, en una escuela privada evangélica de su barrio. Su pasión es el fútbol, le encantaría ser jugador profesional en el futuro. Fuera de la escuela realiza entrenamientos de alto rendimiento en un club de fútbol, tres veces a la semana y los fines de semana juega en los torneos.

El paciente Carlos se presenta a los consultorios externos, acompañado de su madre, en Julio de 2014. Había sido derivado al servicio de psicología por su médica pediatra. Eva, la mamá de Carlos, trabaja con el padre en el negocio familiar y además es la que se encarga de todas las tareas de sus Hijos, los lleva a la escuela, se encarga de las tareas de la casa, y es quien la ayuda con la realización de las tareas escolares.

Para recabar más información se le solicita que complete el formulario de Entrevista Pre-Admisión, donde debe indicar datos personales y motivo de consulta, y anamnesis, estos datos serán utilizados oportunamente. El formulario es completado por la madre y entregado al terapeuta en la primera entrevista con los padres. Con base en las informaciones que provee la madre a través del formulario pudo identificarse en Carlos problemas con su imagen corporal y su peso, aunque su índice de masa corporal no indica sobrepeso.

El motivo de consulta que refiere la madre es que Carlos vomita al terminar de cenar; más precisamente, él mismo se produce el vomito en la ducha. Eva dice que él se ve gordo, que se mira constantemente al espejo, pero que ella y su médica lo encuentran bien de peso. Refiere que Carlos averigua cuanta grasa tienen los alimentos.

Según su madre, Carlos no tuvo otros tratamientos psicológicos anteriores y no había tenido problemas con su alimentación hasta Diciembre de 2013, cuando recibió un comentario referido a su peso y rendimiento por parte de uno de sus entrenadores del club.

Esta información se completa con una primera entrevista que tiene el terapeuta con la madre y el padre, donde se toma mayor conocimiento acerca de las conductas que le preocupan acerca de su hijo. Eva y Ruso llegan puntualmente a la entrevista y, en una primera impresión, se muestran predispuestos y atentos a la problemática que traen a consulta.

En la institución luego de una primera entrevista con los padres y el formulario de pre - entrevista, se define el diagnóstico de bulimia nerviosa. Se le propone al paciente realizar un tratamiento dentro de los consultorios externos.

6.1 Describir la sintomatología de un adolescente varón de 13 años con diagnóstico de bulimia nerviosa al inicio del tratamiento.

Con el fin de desarrollar el presente objetivo en primer lugar se comenzará por analizar el diagnóstico propuesto, tratando de dar cuenta de los signos y síntomas que presentó Carlos al inicio del tratamiento.

Según lo expresado por Carlos, el formulario de pre-admisión y el relato del Lic. X , se pueden identificar algunos de los síntomas que el DSM 5 (APA, 2013) incluye en la caracterización de la BN, en particular los episodios recurrentes de atracones y los comportamientos compensatorios. Como fue referido por el terapeuta y figura en la historia clínica del paciente, al momento de la primera consulta (mes de julio) Carlos presentaba episodios de ingesta de cantidades abundantes de alimentos, sintiéndose luego de los mismos con mucha culpa y malestar durante un largo tiempo.

El terapeuta individual refiere que *Carlos vivió una situación que lo afectó profundamente en el entrenamiento de fútbol. El entrenador le dijo que su bajo*

desempeño se debe a que está gordo. Esta situación, más las gastadas que recibe en la escuela por parte de sus compañeros, es uno de los disparadores que hacen que Carlos empiece con las restricciones alimentarias.

El terapeuta explica que Carlos ha iniciado dietas restrictivas que le impiden comer alimentos “dulces” o que “engorden”, y desde el episodio con su entrenador solo piensa en no engordar. Este tipo de dietas y la obsesión por el peso que las acompañan muchas veces llevan a los atracones, y éstos, a través de la culpa, a las conductas compensatorias (Fairburn, 1998).

El interés de Carlos por la práctica del fútbol es la razón por la cual está preocupado por cuidar su peso y cuando termina de comer siente culpa. Él dice hacer mucho esfuerzo para rendir bien en los entrenamientos: Se levanta temprano porque se cambió de turno en la escuela para poder entrenar por las tardes, ya que asiste a entrenamiento 3 veces por semana después del colegio. Este tiempo que le dedica al fútbol lo tiene que compensar realizando sus tareas por la noche, además de que esta disciplina le impide salir con amigos.

Fue su madre la que detectó los vómitos autoinducidos, al darse cuenta de que Carlos pedía permiso para bañarse siempre después de cenar. Estando en la ducha se provocaba el vómito. Este comportamiento coincide con la definición que brinda el DSM 5 de las conductas compensatorias después de un atracón, que tienen la finalidad de no aumentar de peso (APA, 2013). Eva explica que cuando le preguntó al respecto, su hijo le dijo que no quería engordar, que necesitaba estar liviano para las practicas al día siguiente, y que se metía los dedos para provocar el vomito, con el fin de asimilar la menor cantidad de comida posible...y así no aumentar de peso. Según menciona el terapeuta, Carlos se siente culpable después de un atracón y por el miedo a engordar se provoca el vomito y se promete comer menos.

El criterio C) del DSM 5 para el diagnóstico de este trastorno refiere que los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse al menos una vez a la semana durante tres meses. Como explica el terapeuta, Carlos cuenta que empezó a inducirse el vomito en enero del 2014, pero que en un principio los episodios no fueron tan frecuentes. Pero que en el mes de Febrero ya vomitaba más frecuentemente, 3 veces a la semana, pues consideraba que había

comido de más o cosas que tenían “muchísima grasa”. Carlos relató, que en un principio no le preocupaba, que se decía que él lo podía controlar. Cada vez que lo hacía se decía que sería la última vez. Pero pronto se dio cuenta de que no lo podía controlar, sino que los vómitos lo controlaban a él. Esta descripción coincide con el primer criterio de diagnóstico señalado por el DSM 5 (APA, 2013), especialmente en lo que se refiere a la capacidad de controlar este tipo de conductas.

El terapeuta individual comenta que la frecuencia de vómitos se incrementó cuando, al iniciarse las clases, volvió a sufrir las burlas de sus compañeros. Al momento de la consulta, en el mes de Julio, seis meses después de haber empezado a tener esta conducta compensatoria, había llegado a vomitar casi todos los días.

Con respecto a la autoevaluación en relación con el peso y la imagen corporal (criterio D), Carlos muestra desde la primera entrevista una gran preocupación por su peso, relacionada con la exigencia del entrenamiento que lleva a cabo. El comentario que le hizo su entrenador fue el disparador de una obsesión que fue creciendo hasta llegar a las conductas compensatorias ya mencionadas. La evaluación que hace de su imagen corporal es negativa, y esto se ve reforzado por las burlas de sus compañeros, que son constantes.

Teniendo en cuenta los criterios mencionados, entonces, puede decirse que están presentes los indicadores para el diagnóstico de BN según el DSM 5 (APA, 2013).

6.2 Describir la estrategia de abordaje y las intervenciones realizadas en base a Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn para bulimia nerviosa.

Con el fin de dar cuenta del presente objetivo se hará una descripción del proceso terapéutico, incluyendo las estrategias de abordaje y las intervenciones utilizadas.

El desarrollo de este apartado se basa en la descripción de las dos primeras fases del tratamiento de Fairburn y Wilson (1993) ya que la cantidad de sesiones

que se realizaron durante la residencia equivalen a la primera fase completa y dos sesiones de la fase dos. Se detalla a continuación las intervenciones y estrategias utilizadas.

El primer paso consiste en la orientación del paciente sobre la filosofía del tratamiento, explicar al paciente el modelo cognitivo de la BN. En el caso analizado, el terapeuta cuenta que en la primera sesión buscó establecer un buen vínculo con el paciente, *empatizar con él*, además de explicarle el circuito del hambre, la saciedad y sus consecuencias en la BN.

El psicólogo cuenta: *Le dibujé a Carlos el gráfico donde se ve el círculo vicioso que fomenta y mantiene la BN. Le expliqué que uno de los factores cruciales es el valor extremo que el paciente le da al logro de un peso y a una figura corporal idealizada, que esto lleva a hacer dietas extremas y rígidas, que estas predisponen a la pérdida de control...los atracones. Allí aparece la culpa por haberse salido de la dieta, haber comido alimentos “prohibidos”. Le expliqué que al tener un valor extremo la delgadez, después de los atracones también se tiende a tener medidas extremas para compensarlos, allí aparecen los vómitos. y que así se retroalimenta el círculo vicioso una y otra vez...*

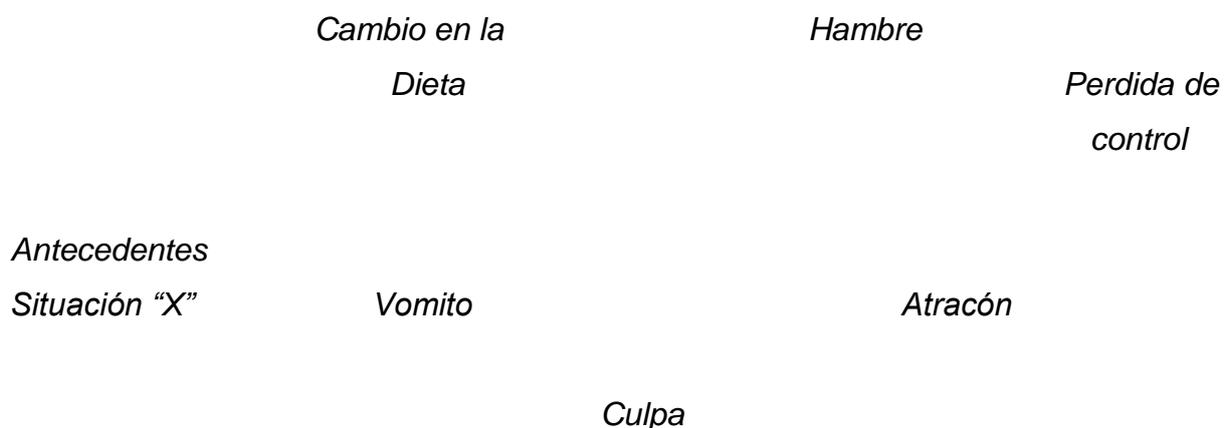


Figura 1. Esquema del circuito de la BN.

El Lic. X. refiere que su intención, al explicarle en detalle el círculo vicioso de la BN era la de destacar la importancia de los factores cognitivos, como su sobrevaloración de la delgadez, para controlar las conductas compensatorias. Todo lo anterior hace referencia al manual de tratamiento de Fairburn y Wilson (1993).

Explica, además, que en el caso de Carlos hizo hincapié en los antecedentes, las situaciones particulares y problemáticas que actuaron de disparadores. Le pidió que le contara el episodio vivido con el entrenador, y qué había sentido en ese momento. El paciente dijo que se sintió muy mal, que después de una práctica en la que habían tenido que hacer un circuito de ejercicios y complementar con unas vueltas a la cancha de fútbol, él había llegado entre los últimos, y el entrenador frente a todos los compañeros lo había regañado y le había dicho que no estaba rindiendo lo suficiente y que podría deberse a su peso. Queda identificado aquí cómo cada individuo interpreta los hechos como positivos o negativos, según los pensamientos que fluyan por su mente (Gomar, Mandil & Bunge, 2008).

Con el fin de comprender la forma en que el paciente interpreta el mundo y se relaciona con él (Chazenbaalk, 1998) y con la estrategia de ayudarlo a identificar los pensamientos negativos, no con el fin de cambiarlos sino de cuestionarlos (Bunge, Gomar & Mandil, 2008), el terapeuta relata que le pidió a Carlos que tratara de poner en sus palabras lo que sintió en cada paso de los representados en la Figura 1. Carlos pudo identificar como antecedente de la situación el comentario del entrenador. Dijo que luego de ese comentario sólo pensaba en no engordar, y que comenzó a cambiar sus hábitos alimenticios. Aún así, cuando sentía que había comido de más, o cosas que lo engordaban, se producía el vómito.

Explica además que: fue impactante ver cómo se fue sintiendo entendido y pudo identificar, con las cosas que yo le decía, porque pudo identificar sin problema su circuito vicioso de ese momento. *Ese momento fue de mucha validación ya que al animarse a contar lo sucedido, sirvió para que se sintiera comprendido y acompañado. Esto lo rescato ya que traté de hacer mucho hincapié en desarrollador una alianza , un vinculo con Carlos en esta primera entrevista, y al final de esta sesión me dijo que era la primera vez que lo hablaba con alguien y que yo lo había entendido perfectamente.* En este fragmento de la entrevista al profesional a cargo

del caso se puede observar lo descrito por Chazenbalk (1998) como *alianza terapéutica*. De acuerdo con este autor es fundamental para el logro de los objetivos del tratamiento que ya desde el comienzo de la relación se desarrolle una alianza entre el paciente y el terapeuta. La empatía, que se aprecia en el relato que hace el profesional, es un elemento fundamental para que esta alianza se logre.

Además se le explicó cómo sería el modo de trabajar, que se verían una vez por semana, que los encuentros durarían una hora y que era muy importante que no faltara a las sesiones.

En la misma entrevista, el terapeuta le explicó que iban a utilizar **autorregistros diarios de la alimentación** con el fin de monitorear la ingesta de alimentos. El lic. X relata: *le expliqué que era muy importante registrar sus hábitos alimentarios y las circunstancias en las cuales comía, y bajo las cuales surgían los problemas. Así podríamos trabajar en la modificación de sus hábitos alimenticios y de los pensamientos y sentimientos problemáticos en los cuales surgían. Le expliqué cómo llenar las planillas y que debería completarlas diariamente y traerlas para la sesión siguiente.*

DESCRIPCION

Día.....

Fecha.....

| Hora | Comida y bebidas consumidas | lugar | * | V/L | Contexto y comentario |
|------|-----------------------------|-------|---|-----|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

*: Coloca asterisco si considera que lo que come es demasiado.

V/L: Se registra aquí cada vez que vomita o usa laxantes.

Figura 2. Esquema de los autoregistros diarios de alimentación

Todo lo anteriormente mencionado como trabajado en las entrevista concuerda con lo desarrollado en Fairburn (1989).

En entrevistas posteriores se centraron en la revisión del autorregistro diario de alimentación, a identificar los pensamientos problemáticos y a realizar registros del peso semanal como así lo detalla Fairburn (1995) en su manual. Relata el terapeuta: *cuando le pedí los autorregistros estaban a medio completar, en ese momento volví a hacer hincapié en la importancia de registrar su alimentación, le expliqué que el objetivo era poder comprender por qué lleva a cabo las conductas alimentarias problemáticas, cuándo se producen y cuáles son sus determinantes. Así podríamos trabajar sobre que pensamientos o imágenes pasan por tu cabeza en el momento antes de la ingesta.*

El terapeuta comenta que los autorregistros son indispensables para cumplir con el objetivo de esta etapa del tratamiento y que por eso era necesario hacerle ver a Carlos que estas conductas atentaban contra el tratamiento. El terapeuta individual relata que a la entrevista siguiente las cosas habían cambiado significativamente, Carlos había completado con detalles los registros. Esto fue un paso muy importante a través del cual se ayudó a mejorar la alianza terapéutica, y fue una muestra del paciente de querer recibir ayuda. A partir de allí se pudo trabajar sin problema sobre los autorregistros y en ello se vio el compromiso activo del paciente, y se pudo reducir una conducta problemática que atentaba contra el tratamiento.

A partir de este compromiso asumido por Carlos, se pudo trabajar la identificación de los pensamientos problemáticos. Como explica Fairburn (2003), los atracones pueden aparecer como respuesta a ciertos acontecimientos desfavorables o a un estado de ánimo negativo. Se relata a modo de ejemplo: *en una ocasión Carlos expresó que había tenido un atracón y que se sentía muy mal al respecto. Entonces trabajamos sobre las conductas problema utilizando los registros diarios para detectar en qué momento había sucedido, cuál era su contexto y que pensamiento o sentimiento estaba presente en ese momento.*

Este tipo de análisis es un recurso muy utilizado en la TCC. Como lo explica Fairburn (1993) se trata de indagar sobre la conducta problema, sus antecedentes y vulnerabilidades, y sus consecuencias, con el objetivo de, a partir de allí, poder encontrar alternativas para modificarlas. El licenciado pone como ejemplo que:

cuando Carlos comentó sobre sentirse muy mal por el atracón, lo animé a desandar los pasos...le pregunté a qué hora había sido el atracón, y qué estaba haciendo en ese momento. Me dijo que fue a la 13:30, a la hora del almuerzo, que estaba solo en su casa, que había llegado del fútbol y sus padres y hermano no habían llegado aún. Cuando le pregunto nuevamente que estaba haciendo cuando apareció la idea, me dijo que estaba enojado porque no lo habían puesto en la práctica de fútbol. Que lo metieron cinco minutos en el partido y que después el entrenador lo sacó porque había llegado un chico nuevo. Él cuenta que salió del entrenamiento muy frustrado, porque había entrenado toda la semana para prepararse para este partido y que sin motivo lo sacan y lo dejan afuera por un chico que juega mucho peor que él, y que no es para su puesto de delantero. Que después se tomó el colectivo a su casa y estaba pensando en llegar y almorzar algo...pero que no paraba de pensar en la rabia que le daba el entrenador y de todo el sacrificio que había hecho esa semana para estar bien para el partido. Entonces ahí pudimos identificar su estado emocional, trabajamos sobre las emociones que surgieron a raíz de que lo sacaran del partido. Hablamos de la emoción que primaba en ese momento, y encontramos que era miedo a que el entrenador no lo vuelva a poner en otro partido o lo descarte de la liga. Habiendo encontrado la emoción, y trabajado sobre ella, era importante identificar su registro físico en ese momento. Y en base a lo que relató estaba con hambre y pensando en almorzar cuando llegara a sus casa, que había tomado el desayuno a las cinco de la mañana antes de salir para fútbol. Le pregunté en que había consistido el desayuno y me dijo que había tomado una taza de leche. Entonces me dice que tenía mucho hambre y que empezó a comer un sándwich de pollo que le había dejado su mamá pero que se comió dos, y después se comió dos alfajores de chocolate y un pedazo grande de torta y unas cucharadas de dulce de leche. Entonces una vez que encontramos antecedentes y estamos en la conducta problema, conversamos sobre las consecuencias. Las consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Carlos relató que en un principio sintió placer mientras que lo comía...estaba disfrutando el primer sándwich pero después cuando empezó con todo lo que seguía ya empezó a sentirse angustiado de no poder ponerle fin. Después se empezó a sentir angustiado y apareció la culpa por no haber podido controlarse. Y me dijo que se prometió a si mismo hacer una dieta estricta toda la

semana. En cuanto al largo plazo pudimos identificar que no se hacía cargo de los sentimientos que le afloraron cuando el entrenador lo sacó de la cancha y entonces ese tema queda pendiente, sin resolver.

En este proceso se pueden ver claramente cómo son los círculos viciosos de Carlos, y cómo las emociones que lo abruma desembocan en la pérdida de control con la comida y lo llevan a darse atracones, que inmediatamente generan culpa y angustia, desembocando en una conducta compensatoria después.

La idea es poder intervenir con la conducta problema y lograr tener una solución alternativa. Para ello se trabajó sobre otras posibles decisiones que hubiera podido tomar; por ejemplo, si se identifica angustiado, no ir a su casa si sabe que va a estar solo, o invitar a alguien a que lo acompañe. Se consideraron también otras medidas de control de estímulos que recomienda Fairburn (1993) tales como limitar la cantidad de alimentos mientras se come, no hacer otra actividad mientras se come, dejar siempre algo de comida en el plato, limitar la exposición a las comidas tentadoras etc. Así se pudo ver en entrevistas posteriores que Carlos fue ampliando su repertorio de soluciones posibles, encontrando nuevas formas de hacer frente a un problema como el que vivió.

Otra estrategia a la que se recurrió en el tratamiento fue la de pesarse semanalmente. El Lic X relata que le pide a Carlos que empiece a pesarse una vez a la semana y que anote los resultados en su planilla de autorregistro cada vez que se pese. *Le comenté que el pesarse constantemente hace que las mínimas fluctuaciones de peso le causen preocupación, y que estas son normales debido a los cambios en el balance químico. Por tanto es importante empezar a reducir la cantidad de veces en que se pesa y tratar de hacerlo únicamente en la mañana del día que tenemos la entrevista. Así en este espacio podremos analizar sus reacciones y así ayudarlo a procesarlas.*

En las entrevistas posteriores se pusieron en práctica las técnicas anteriores de manera rutinaria, al empezar la sesión se revisan los autorregistros y se trabaja sobre ellos. Luego se introducen temas y por lo general una actividad que esté relacionada al mismo.

Entre las actividades que se llevaron a cabo se encuentra la denominada “YO SOY”, actividad que se encuentra incluida en el libro de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes (Bunge, Gomar & Mandil (2008). El objetivo de este ejercicio es trabajar sobre los esquemas y creencias mostrando cómo algunas formas de pensar afectan nuestros sentimientos. Bunge, Gomar & Mandil (2008) explican que cuando nos habituamos a mirar todo de una misma manera, vemos todo desde una sola óptica, y muchas veces esta forma de pensar nos hace sentir mal y esto puede ser porque nos equivocamos en la manera en que pensamos.

Para cumplir con la actividad se le pide a Carlos que elija de la lista que se muestra en la Figura 3 algunos ejemplos de lo que él puede pensar de sí mismo.



Figura 3: Listado de opciones de la actividad “YO SOY”

Las respuestas de Carlos al “Yo soy” fueron las siguientes:

1. Divertido

2. Desobediente.
3. Chistoso.
4. Exigente.
5. Inquieto.
6. Muy inseguro.

Utilizando la selección de Carlos como disparador, el terapeuta le explicó al paciente que estas ideas o creencias que tenemos, son como anteojos a través de los cuales vemos las cosas, y que el objetivo que se busca alcanzar por la terapia es ver las cosas claramente, pero que si utilizamos anteojos oscuros todo se vuelve negro y negativo. La idea es poder ver las cosas con diferentes miradas alternativas para lograr ver las cosas a través de anteojos claros.

Este principio aplica para una actividad incluida en el libro de Bunge, Gomar & Mandil (2008) que se llama *Algunos efectos de las creencias*. Lo que se quiere poner en evidencia a través de esta actividad es qué tipo de creencias tiene Carlos, para así poder trabajar sobre ellas. Para esta actividad se presenta al paciente unos listados con diferentes tipos de creencias y se le pide que se fije con cuál de ellos se identifica (Figura 4).

Los resultados fueron los siguientes:

1. Todos es peligroso
2. Me puede pasar algo
3. Tengo que tener cuidado
4. Fue culpa mía
5. Son todos unos idiotas

Las respuestas muestran una mayoría de creencias correspondientes a los anteojos catastróficos, con uno de los oscuros y uno de los espejados. El propio Carlos declara que de los listados el que más se parece a su forma de ver las cosas es el que corresponde a catastrófico. Cuando el profesional le pregunta porqué, responde: *¿Porque?: porque siempre tomo las cosas con precaución.*

El terapeuta X refiere: *Le expliqué que este ejercicio apuntaba a tratar de que él lograra cambiar esa mirada catastrófica para no tener que vivir nervioso y temeroso. Que si se despojaba de esos anteojos y tomaba unos más claros viviría más tranquilo y relajado.*

Anteojos Catastróficos:

Todo es peligroso
 No me puedo defender
 No puedo resolver los problemas
 Me puede pasar algo
 Me van a criticar
 Tengo que tener mucho cuidado
 Soy débil, frágil



"Riesgo"

Anteojos Oscuros

Soy un inútil
 Nadie me quiere
 Todo me sale mal
 No sirvo para nada
 Fue culpa mía
 Los chicos no me tienen en cuenta



"Desvalorización"

Anteojos Espejados

La culpa es de ellos
 Me odian
 Están todos contra mí
 Me lo hace a propósito
 Me tienen harta
 Son todos unos idiotas



Figura 4: Listados de la actividad "Algunos efectos de las creencias"

En otra entrevista, y como parte importante del tratamiento, se trabajó la Solución de Problemas. Este componente corresponde ya a la segunda fase del

tratamiento diseñado por Fairburn y su equipo (Fairburn & Wilson, 1993). Como técnica, la solución de problemas está orientada a que el paciente desarrolle recursos para que pueda manejar dificultades que, de otra forma, podrían llevar a un atracón, y tiene varias etapas que se inician con la identificación del problema.

El ejercicio que se realizó para avanzar en la identificación del problema “MAPA del problema”. Esta actividad tiene como fin, según explica el terapeuta, que el problema que tantas molestias causa sea identificado y se le ponga nombre, a partir de lo cual es posible entenderlo. Otro objetivo importante de este ejercicio es que se pueda entender en qué momento el problema gana y en qué momento no, para así poder encontrarle posibles soluciones a esos conflictos. Este ejercicio se encuentra en el libro de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes de Bunge, Gomar y Mandil (2008).

| Siempre gano yo | A veces gano | Gana el problema |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | Me dan consejos | Me critican |
| | Me acepto | Me siento débil |
| | Régimen de alimentos | Deseo comer |
| | No doy interés a las críticas | |

Figura 5: cuadro de actividad mapa del problema

Como resultado de este ejercicio Carlos nombró a su problema Bulimia, lo que puede considerarse como un principio del proceso de construcción de soluciones posibles.

En otra entrevista se trabajó sobre la información de su peso corporal y de la relación con su etapa de crecimiento. Se le explica que hay una relación del peso con su edad y su estatura, y que este peso no es un número exacto sino que es un rango o intervalo en el cual el peso se sitúa. *Le explique a Carlos que este peso no debe estar por debajo del 85% de su peso estándar, y de los problemas*

psicológicos y físicos que traería estar por debajo de él. Quedamos en que en una sesión futura fijaríamos el rango de peso deseable sin tener que hacer una dieta estricta. También le informé sobre las consecuencias físicas de los atracones y los vómitos inducidos: la erosión de los dientes, edemas, trastornos electrolíticos. Se volvió a trabajar la ineficacia relativa de los vómitos como método para controlar el peso....y también los efectos adversos de la dieta. Las complicaciones derivadas de este trastorno fueron detalladas anteriormente por Martínez González et al. (2014)

En el momento de terminar la recolección de información para este trabajo, Carlos ya se encuentra en la sesión número 10, correspondiente a la etapa dos del tratamiento. Esta etapa consta de ocho sesiones según lo describe Carmina Saldaña (2014). Uno de los objetivos cruciales en esta etapa es eliminar la dieta según refieren Fairburn y Wilson (1993); pero, según describe el terapeuta, a través del trabajo realizado en las sesiones anteriores no fue fácil que Carlos comprendiera la importancia de dejar la dieta. En la entrevista realizada afirma que: *debido a la sobrevaloración de la figura y su peso, Carlos encontraba inadmisibles dejar la dieta de lado, pero trabajamos reforzando la idea de que las dietas estrictas favorecen los atracones y por lo tanto era importante que dejara de hacerlas. Le comenté que abandonar la dieta no significa que iba a empezar a ganar peso, y que cambios mínimos de peso son esperables.*

Aún cuando no se llegó a realizar un seguimiento completo del tratamiento analizado, pudo observarse con claridad cómo el terapeuta siguió los pasos correspondientes a las etapas señaladas por Fairburn y Wilson (1993) y entró a la segunda fase con un mínimo desfasaje respecto de lo planificado, pero en condiciones se continuó trabajando para avanzar en el tratamiento.

6.3 Analizar y describir los cambios producidos en los síntomas desde el inicio del tratamiento en Julio de 2014 hasta diciembre de 2014.

Como se pudo ver desde las primeras entrevistas, la personalidad de Carlos presenta una modalidad tímida y reservada; respondía solamente lo que se le preguntaba en forma directa, no solía mirar a los ojos a su terapeuta.

Por otra parte, como motivo de consulta su madre había mencionado que Carlos se autoinducía los vómitos, relatando que pedía permiso para ir a bañarse después de cenar, se levantaba de la mesa y en el baño se provocaba el vómito.

Durante la primera y segunda etapa del tratamiento se utilizaron diferentes intervenciones psicoterapéuticas recomendadas en el manual de TCC de Fairburn para la BN; destacándose que Carlos comprendió correctamente las consignas y las actividades propuestas y se mostró dispuesto a cumplimentarlas. Sin embargo, en algunas consignas como la del Autorregistro diario de la alimentación, en algún momento se mostró reacio, ansioso y no cumplió con la consigna. Así fue como, al principio del tratamiento, hubo una sesión a la que se presentó sin haber completado el autorregistro. Pero cuando se lo estimuló explicándole que esta tarea era parte fundamental del tratamiento, empezó a responder correctamente.

Un punto importante para el cambio a través del tratamiento estuvo en que Carlos fue capaz de recordar y comprender correctamente desde un principio la información sobre el modelo cognitivo de la bulimia (Fairburn & Wilson, 1993). Incluso con algo que constituía un problema al principio, diferenciar sus distintas experiencias emocionales, ya que confundía las emociones y sentimientos fácilmente con su pensamiento, el paciente mostró una gran dedicación y respuesta a la estimulación por parte del terapeuta. El trabajo en el marco de la alianza terapéutica lograda (Chazenbalk, 1998) lo ayudó a diferenciar sus emociones y a identificar sus pensamientos problemáticos.

También le resultó por momentos difícil hacerse a la idea de pesarse una vez por semana, ya que él se pesaba casi todos los días. Quiso renunciar a esta consigna en varias ocasiones, pero el seguimiento del profesional lo ayudó a lograr el objetivo después de trabajar varias veces sobre la noción de que el pesarse constantemente hace que la preocupación aumente ante una mínima variación normal del peso, y que en realidad estas variaciones se deben a cambios en los

balances de fluidos y que no deben confundirse con cambios de peso a largo plazo según explican Fairburn y Wilson (1993).

De la entrevista con los padres se rescató que Carlos demostró habilidades sociales aceptables, que su desempeño en la escuela era muy bueno, aunque discutía y peleaba físicamente con su hermano. En su trabajo con el terapeuta se encontraron presentes sentimientos de hostilidad y agresión hacia su entrenador, hacia ciertos compañeros de la escuela y en particular con su hermano. Se procedió entonces a ayudar al paciente a identificar los pensamientos problemáticos, así como sus emociones y conductas contraproducentes relacionadas con ellos. Según Fairburn y Wilson (1993), la identificación de los pensamientos se usa con el fin de reforzar la comprensión del modelo cognitivo de este trastorno, lo que permite trabajar en cambios que resulten duraderos.

En las primeras sesiones, Carlos presentó también una autoimagen desvalorizada junto con una estima personal empobrecida, que influían en la apreciación poco realista que realizaba de su cuerpo y de su peso. Luego de 3 meses de trabajo con Carlos, en que se llevaron a cabo 10 entrevistas con las intervenciones ya mencionadas se puede observar lo siguiente:

En un primer momento Carlos se mostró tímido y distante, pero una vez que se expuso el motivo de consulta y se comenzó el trabajo, afloró en él la necesidad básica de sentirse comprendido y acompañado y esto propició el vínculo basado en el afecto, empatía y confianza (Chazenbalk, 1998), según afirma el terapeuta.

Por lo que se refiere a los cambios esperables a través de una terapia cognitivo-conductual, ésta, además de eliminar los atracones y las purgas, también modifica la tendencia a hacer dietas extremas y las ideas sesgadas hacia el peso y la figura (Fairburn, Kirk, O'Connor & Cooper, 1986; Fairburn, Agras & Wilson, 1992). Esto es algo que, por el momento en que se abandonó la recolección de información, no pudo verse en su desarrollo completo, pero es parte del trabajo que ya se había iniciado.

Dada la presencia de comorbilidades con otros trastornos, la terapia puede ayudar también a lidiar con otros síntomas de psicopatologías asociadas como: depresión, baja autoestima, deterioro en el funcionamiento social, y conductas

típicas de trastornos de personalidad (Fairburn, Kirk, O'Connor y Cooper, 1986; Fairburn, Agras y Wilson, 1992). En el caso analizado, el trabajo del licenciado X apuntó en todo momento a trabajar con la baja autoestima de Carlos, a través de la identificación de sesgos en su forma de evaluarse a sí mismo.

La utilización en las actividades de situaciones problemáticas y de los conceptos de esquemas y creencias favoreció el reconocimiento por parte del paciente de pensamientos automáticos, de la activación fisiológica y de emociones tales como la bronca y el enojo, como el origen de las conductas disruptivas en el ámbito de entrenamiento, en el familiar y en el escolar. El trabajo con este tipo de cuestiones fue permanente a lo largo de las sesiones consideradas para este TFI.

Según afirmó el terapeuta X en la entrevista realizada, el cambio en la problemática de Carlos se basó en el manejo comportamental y, a la vez, siempre estimuló la aceptación de su propia responsabilidad en la construcción de su realidad.

Carlos pudo moverse desde el lugar donde la culpa lo atrapaba, a un lugar de mayor responsabilidad, en el que pudo anticipar los pensamientos problemáticos y darles posibles salidas alternativas. Esto influyó directamente sobre la reducción de los atracones y de la dieta restrictiva. Esta forma de abordaje de la problemática de este trastorno para lograr cambios significativos, se basa en la existencia de evidencia empírica de que la intervención sobre el procesamiento individual de información, resulta fundamental para lograr una mayor incidencia y control sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck y Clark, 1997).

Por otra parte, el paciente siempre encontró apoyo y contención por parte de su familia. Sobre todo la madre, que estaba siempre dispuesta a escucharlo y a establecer límites claros para su conducta, y que fue quién tuvo la iniciativa para realizar un tratamiento.

Carlos fue cambiando en varios sentidos durante el proceso psicoterapéutico, su actitud introvertida inicial fue dando poco a poco lugar a nuevas expresiones. En las últimas sesiones Carlos se mostró más abierto a hablar, participar y hacer las tareas que se le encomendaban.

En una comunicación informal sobre el final de la residencia, el terapeuta X comenta que en la actualidad, se encuentra trabajando todavía en consolidar los resultados de la resolución de problemas para poder terminar de eliminar las conductas compensatorias. Comenta que Carlos ha progresado mucho y que ya se refleja una notable merma en la cantidad de atracones a la semana, lo que permite esperar que se logre interrumpir el círculo vicioso que lleva al atracón. Hoy logra identificar las conductas problemáticas, y esto hace que pueda elegir conductas alternativas, y si no logra evitar el atracón, no continua sometiéndose a dietas restrictivas después, y así logra no alimentar el circuito. Teniendo en cuenta los avances significativos.

Por otro lado refiere que con respecto a los estados de ánimo se ha logrado una enorme mejoría. La relación con su hermano menor ha cambiado, las peleas son menos frecuentes, y en el caso de que se den ya no representa esto un problema con sus padres, en la medida en que han logrado no echarse la culpa y se aceptan mutuamente.

El terapeuta individual explica que seguirán trabajando en esta segunda etapa con los autorregistros, la identificación de pensamientos problemáticos y con la resolución de problemas, y también trabajando sobre lo cognitivo, sobre sus creencias disfuncionales, que forman parte del núcleo del problema (Beck & Clark, 1997). Por otra parte, todo lo descrito por el terapeuta entra dentro de lo mencionado por Fairburn (1998).

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede inferir que, hasta el momento de abandonar la observación, el paciente ha logrado un conjunto de cambios que permiten prever una satisfactoria conclusión del tratamiento, en tanto es capaz de reconocer los estados que forman el círculo vicioso que lleva a los atracones y las conductas compensatorias, y cuenta con nuevas alternativas, más adecuadas y productivas, para hacer frente a situaciones problemáticas que lo conducían antes inexorablemente al círculo vicioso. En este sentido, el tratamiento está siendo de una efectividad aceptable y se adecuó al motivo de consulta del adolescente y de su familia.

6. Conclusión

El paciente al cual se nombra, Carlos, se encuentra en la etapa final de su tratamiento en el servicio de psicología del hospital de pediatría interzonal de agudos. Se ha llevado a cabo el presente trabajo y el desarrollo de los objetivos propuestos en base a la historia clínica, a los entrevistas con el paciente, con el terapeuta y con la madre, además de apoyarse teóricamente en el manual de TCC de Fairburn para BN.

Con respecto a los objetivos propuestos se puede observar lo siguiente:

El primer objetivo consistió en Describir la sintomatología de un adolescente varón de 13 años con diagnóstico de bulimia nerviosa al inicio del tratamiento. Los síntomas pudieron observarse a través de características de la paciente que coincidían con los criterios propuestos por el DSM 5 (APA, 2013), así como también con lo descrito por el autor Fairburn (1998) para la bulimia nerviosa. Al analizarse la historia clínica y la pre-entrevista queda claro que estos dan cuenta de las dietas restrictivas, los atracones, los sentimientos de culpa y las sucesivas conductas compensatorias. Carlos presentaba un claro caso de bulimia nerviosa, cumpliéndose todos los criterios incluidos en el DSM 5 (APA, 2013).

Los autorregistros que comienzan a utilizarse desde la primera sesión, dan cuenta de los pensamientos problemáticos y de la sobrevaloración que hace Carlos de su peso y su figura, así como también de su sensación de falta de control ante la ingesta compulsiva. Además de observarse las conductas propias de la bulimia nerviosa ya descritas, se registró también una circunstancia en particular que hizo de disparador (la crítica de su entrenador) para que se pusiera en movimiento el círculo vicioso de la BN, ya que Carlos no había tenido problemas referidos a su conducta alimentaria.

El segundo objetivo, centrado en describir la estrategia de abordaje y las intervenciones realizadas en base a Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn para bulimia nerviosa, permitió comprobar, a lo largo de los primeros tres meses de tratamiento, que el proceso terapéutico siguió las etapas I y II del programa propuesto por Fairburn y Wilson (1993), incorporando algunas técnicas presentadas

en otros modelos de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes (Bunge, Gomar & Mandil, 2008). En el desarrollo se describió la forma en que las distintas intervenciones y técnicas puestas en juego por el profesional se lograron objetivos fundamentales para el tratamiento, como la consolidación de una alianza terapéutica con el paciente, la comprensión por parte de este de la forma en que funciona el círculo vicioso de la BN, la disminución de la frecuencia con que el paciente cae en conductas compensatorias y un principio de modificación de su forma de autopercepción, comenzando a desarrollarse alternativas para la solución de problemas. Todos estos aspectos del tratamiento corresponden a los considerados por Fairburn y Wilson (1993).

El tercer y último objetivo, consistente en el análisis de los cambios producidos en los síntomas desde el inicio del tratamiento en Julio de 2014 hasta diciembre de 2014, se cumplió satisfactoriamente, a pesar del límite impuesto al periodo de recolección de información.

Como mencionaran Peterson y Mitchell (1999), la aplicación de la TCC produce mejorías clínicas que se reflejan en la reducción en la frecuencia de las cuatro características básicas de la bulimia nerviosa: atracones, purgas, restricción alimentaria y actitudes negativas sobre el peso y la figura. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, y a pesar de que sólo transcurrieron 3 meses de terapia en los cuales se llevaron a cabo 10 entrevistas entre paciente y terapeuta, se puede concluir que Carlos ha respondido muy bien al tratamiento hasta el momento. Los progresos tienen como resultado una marcada reducción en la frecuencia de atracones y una mejoría del estado de ánimo. Ha podido reducir los atracones a una frecuencia de 2 veces por semana...y hasta una en algunas ocasiones. Sus hábitos alimentarios han mostrado mejoría en comparación con lo que eran al inicio del tratamiento. Es de esperar que, ya más avanzado el número de entrevistas, se produzca la consolidación de estas ganancias hechas en la primera etapa, que permitieron avanzar a la segunda etapa de las previstas por Fairburn y Wilson (1993). Llegado a su conclusión el tratamiento, se espera que los atracones cesen casi por completo, y los pensamientos hacia el peso y la figura se vuelvan menos prominentes. En la actualidad se sigue trabajando en sus creencias problemáticas, y tratando de afianzar los progresos logrados.

Cabe mencionar que, en muchos casos, las mejorías sólo se dan a corto plazo, según explican Fairburn y Wilson (1993). Pero en el marco de un abordaje cognitivo-conductual, no hay que juzgar los progresos por las conductas sino por la verdadera modificación de las creencias, ya que si estas no se logran modificar a largo plazo el trastorno se mantendría.

Se pueden mencionar respecto del trabajo que no se han presentado grandes limitaciones que obstaculizaran el mismo. Si puede mencionarse la limitación del tiempo de tratamiento, ya que el paciente se encuentra en poco más de la mitad del tratamiento de 20 sesiones, lo cual permitió presenciar un período relativamente corto de tiempo de evolución.

Por último, dada la extensión del presente trabajo, no ha podido desarrollarse teóricamente material que refiera a otros tratamientos posibles para este tipo de trastornos.

En cuanto al lugar que ocupa este trabajo de integración en la formación profesional, puede afirmarse que permitió integrar conocimientos adquiridos y profundizar sobre lo observado y aprendido durante la práctica profesional. La experiencia ha sido muy enriquecedora ya que ha aportado un conocimiento detallado de un trastorno que representa uno de los problemas más importantes de salud pública en la actualidad, al mismo tiempo que permitió acceder a la observación y análisis de una de las terapias que más se utiliza en la actualidad para tratarlo.

Por último, de acuerdo a lo analizado en este trabajo, se considera que la elección del tratamiento de TCC de Fairburn para la bulimia nerviosa ha sido la indicada, no solamente por los antecedentes mencionados en el marco teórico acerca de su efectividad frente a otras formas de abordaje, sino porque a lo largo del trabajo realizado se ha podido comprobar que el mismo permite lograr notables mejorías.



Referencias bibliográficas

- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Scheneider, J., Bruce, B., Perl, M. & Koran, L. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of psychiatry*, 149, 82- 87.
- Aller, M. (2014). *Anorexia y Bulimia: Problemas de la Sociedad Desarrollada* (Trabajo de fin de grado). Universidad de Valladolid, España.
- Álvarez Rayón, G., Franco Paredes, K., Vázquez Arévalo, R., Escarria Rodríguez, A.R., Haro Harb, M. & Mancilla Díaz, J. M.(2003). Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Catálogos de Revistas Universidad Veracruzana*, 13(2), 32-35.
- American Psyquiatric Association (2000). Diagnostic and estatistical manual of mental disorders: DSM IV-TR (4th. ed.). Estados Unidos: American Psychiatric Pub.
- American Psyquiatric Association (2013). Diagnostic and estatistical manual of mental disorders: DSM V (5th. ed.). Estados Unidos: American Psychiatric Pub.
- Andersen, A., Cohn, L. & Holbrook, T. (2000). Making weight: healing men's conflicts with food weight, shape and appearance. USA: Gürze Books.
- Andersen, A.E. & Holman, J.E. (1997). Males with eating disorders: changes for treatment and research. *Psychopharmacol Bulletin*, 33, 391-397.
- Bacaltchuk, J., Hay, P., & Trefiglio, R. (2001). Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database System Revue: CD003385*
- Beck A, Rush A, Shaw B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A., Clark, D. (1997): El estado de la cuestión en la terapia y la terapia cognitiva. En Caro. I. (Comp): *Manual de Psicoterapia Cognitivas*. Barcelona: Paidós.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Behar, R., Manzo, R., & Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 294-301.
- Bell, C., Bulik, C., Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., DeMaso, D.R., Dogin, J., Fairburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, D.K., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Lonegran, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schienholtz, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J., Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J., Westermeyer, J., Wilfley, D. Y Wonderlich, S. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1 Suplemento, 1-39.
- Blake Woodside, D., Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A.S., Goldblomm, D.S. & Kennedy, S.H. (2001). Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 158, 570-574.
- Bramon-bosch, E.; Troop, N.A. & Treasure, J.L. (2000). Eating Disorders in males: a comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8 (4), 321-328.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Chazenbalk, L. (1998). *Psicología Cognitiva: enfoque teórico práctico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grafica Laf S.R.L.
- Craighead, L.W., & Agras, W.S. (1991). Mechanisms of action in CBT and pharmacologic treatments of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 115-125,.
- Crispo, R., Guelar, D. & Figueroa, E. (1998). *Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber. Mapa para recorrer un territorio trastornado*. Buenos Aires: Gedisa.

- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 197-226.
- Ekstrand, A. C. & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitiva-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1989). *Manual de Terapia Racional Emotiva. Vols. 1 y 2*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Fairburn C.G., Kirk, J., O'Connor, L. & Cooper, M. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.
- Fairburn, C. G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Buenos Aires: Paidós.
- Fairburn, C. G. (2006). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G. & Wilson, G. (1993). Binge eating: Nature, assessment, and treatment. Londres: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. & Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Furnham, A. & Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6, 58-72.
- Gomar, M., Mandil, J., & Bunge, E. (2008). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.
- Harvey, J. & Robinson, J. (2003). Trastornos de la alimentación en los hombres: consideraciones actuales. *Revista de Psicología Clínica en los centros médicos*, 10 (4), 297-306.

- Hsu, L.K. (1982). Is there a body image disturbance in anorexia nervosa? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 305-307.
- Keel,P.K., Baxter, M.G., Heatherton, T.F & Joiner, T.E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms.
- Kendall, P. C. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. El gato valiente (manual para el terapeuta + cuaderno de actividades)*. Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Leitenberg H, Rosen JL, Wolf J, Vara LS, Detzer MJ, & Srebnik D. (1994). Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 37-45.
- Maganto, C., Del Rio, A. & Roiz, O. (En prensa) *Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de alimentación*. Madrid: TEA.
- Martínez-González, L., Fernández Villa, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Capelo Álvarez, R., Mateos Campos, R. & Sánchez, V.M. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4):927-934.
- Mitchell, J.E. & DeZwaan, J. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. En J.E., Mitchell: *Binge eating: Nature, evaluation and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Mitchell.J.E. & Cols, R.L.(1987). The Bulimia syndrome in normal weigh in individuals: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 65-63.
- Murcia, F. M. M., Cangas, A. J., Pozo, E.M., Martínez Sánchez, M. & López Pérez, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21, 33-38.
- Peláez Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J. & Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 5(2), 135-148.

- Rausch Herscovici, C. & Bay, L. (1993). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Rava, M. F. & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivo argentino de pediatría*, 102(5), 353-363.
- Saldaña García, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3): 381-392.
- SAOTA (1999). Trastornos alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento
- Stice, E.; Schupak-Neuberg, E.; Shaw, H.E. & Stein, R.I. (1994). Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology An Examination of Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836-840.
- Stice, E.; Telch, C.F. & Rizvi, S.L. (2000). Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder. *Psychological Assessment*, 12(2), 123-131.
- Tornero, M.J., Bustamante, R. y del Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1),7-16.
- Toro, J. (2009). Trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 38, 1-15.
- Turón, V., Sánchez, M., Faust, G. & Grau, T. (2011). Atención a la cronicidad en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). *Interpsiquis 2011. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias*.
- Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). Anorexia nervosa: Is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3,15-24.
- Vaz, F.J., Salcedo, M.S., González, F. y Alcaina, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*,(4), 1, 32-37.
- Wals, B.T., Wilson, G.T., Loeb, K.L., Devlin, M.J., Pike, K.M., Roose, S.P., Fleiss, J. & Wateraux, C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 523-531.