

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Trabajo Final de Integración

Estudio de caso único: Trastorno de la Conducta

Alimentaria No Especificado con comorbilidad
depresiva

Profesora Tutor Actuante: Dra. Nora Inés Gelassen

Autor: Guerri, Clara

Fecha de entrega: 13/02/2013

INDICE

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. Marco teórico.....	3
3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	3
3.1.1 Clasificación según el DSM-IV.....	4
3.1.1.1 Anorexia Nerviosa.....	4
3.1.1.2 Bulimia Nerviosa.....	5
3.1.1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.....	7
3.1.2 Prevalencia.....	9
3.1.3 Etiología y factores de riesgo.....	10
3.1.4 Comienzo y desarrollo de los TCA.....	13
3.1.5 Algunos signos clínicos.....	14
3.1.6 Comorbilidad.....	14
3.1.6.1 Depresión Mayor.....	15
3.2 Evaluación y tratamiento.....	17
3.2.1 Evaluación psicológica.....	17
3.2.2 Tratamiento.....	18
3.2.3 Terapia Cognitivo-Conductual.....	19
3.2.4 Terapia Cognitivo-Conductual para niños y adolescentes.....	20
3.2.4.1 Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes con TCA (BN)	21
4. Metodología.....	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participante.....	22
4.3 Instrumentos.....	22
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	23
5.1 Descripción de síntomas al inicio del tratamiento.....	23
5.1.1 Entrevista de admisión con la madre de la paciente.....	23
5.1.2 Primeras entrevistas con la paciente.....	27
5.2 Descripción de las intervenciones cognitivo-conductuales del caso.....	31
5.3 Descripción de la evaluación psicológica realizada a los ocho meses de tratamiento.....	37
5.3.1 Inventario de Conductas Alimentarias (ICA).....	37
5.3.2 Inventario de Depresión de Beck (versión 2) (BDI-II).....	40
5.4 Cambios en la sintomatología inicial a partir del tratamiento.....	42
6. Conclusión.....	44
7. Bibliografía.....	49
8. Anexo.....	54

1. Introducción

Durante la cursada de la Práctica y Habilitación Profesional se asistió al servicio de Psicología Pediátrica de un Hospital Interzonal en la Provincia de Buenos Aires, de lunes a viernes cumpliendo con una carga horaria total de 320 horas.

Las tareas que se realizaron en el servicio incluyen el recorrido de las salas de internación de Pediatría, donde se efectúa un relevamiento de los pacientes que se encuentran internados y se recaba información a través de una entrevista socio-ambiental con el objetivo de detectar alguna demanda de tipo psicológica.

En algunos casos, los pediatras solicitan interconsultas con el servicio de Psicología cuando se encuentran tratando pacientes sobre los cuales creen que es necesaria una evaluación psicológica. Por otro lado, en los consultorios externos del servicio se efectuaron observaciones de las admisiones con los padres y de los tratamientos con los niños o adolescentes.

Al conocer el caso de una adolescente de quince años con un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado con comorbilidad depresiva, se decidió desarrollar el presente trabajo orientado a analizar la evaluación y el tratamiento que realizó la paciente dentro del servicio en consultorios externos. Se describirán y analizarán los síntomas presentados por la paciente al inicio del tratamiento, las intervenciones realizadas, la evaluación efectuada para ver la evolución de la paciente, y por último los cambios en la sintomatología inicial luego de ocho meses de tratamiento, desde un abordaje cognitivo-conductual.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Analizar la evaluación y el tratamiento de una adolescente de 15 años con un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado con comorbilidad depresiva desde una perspectiva cognitivo-conductual.

2.2 Objetivos específicos:

- Describir los síntomas del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado al inicio del tratamiento y la comorbilidad con sintomatología de Depresión Mayor.
- Describir las intervenciones cognitivo-conductuales realizadas durante el tratamiento.
- Describir la evaluación psicológica realizada en el caso luego de 8 meses de tratamiento.
- Describir los cambios producidos en la sintomatología inicial de la paciente a partir del tratamiento de tipo cognitivo conductual.

3. Marco Teórico

3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías que impactan en la salud y la calidad de vida de los individuos que las padecen. Suelen ir acompañadas de alteraciones emocionales que afectan el desempeño normal en diversas áreas de la vida, problemas en la salud física y en el funcionamiento psicosocial. Además, se consideran patologías difíciles de tratar ya que algunos pacientes se resisten a los intentos deliberados de ayuda (Bay, Hersovici, Kovalskys, Berner, Orellana & Bersegio, 2005; Fairburn & Harrison, 2003).

Según Fairburn y Walsh (2002), los TCA se definen como una alteración grave y persistente en la conducta alimentaria o en las conductas deliberadas para controlar el peso corporal, lo cual afecta significativamente la salud física y el funcionamiento psicosocial. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones tanto en la percepción de la imagen corporal, como en el peso y sentimientos de baja autoestima.

Asimismo, se identifican por la gravedad de los síntomas, la elevada resistencia al tratamiento y el riesgo de recaídas. Existe un alto grado de comorbilidad o presencia de otros trastornos como depresión, abuso de sustancias, ansiedad, entre otros. En función de los factores mencionados, en la actualidad los TCA son

la tercera enfermedad crónica en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas entre las adolescentes y mujeres jóvenes (Peláez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2005).

3.1.1 Clasificación según el DSM-IV

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), se han categorizado dos trastornos específicos: la AN y la BN. Además, se ha incluido una categoría que abarca a aquellos que no cumplen con los criterios diagnósticos de los dos anteriores: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE). En las patologías mencionadas, se encuentra una alteración en la percepción de la forma y el peso corporales, presentándose en mayor proporción en mujeres (APA, 1994).

3.1.1.1 Anorexia Nerviosa

La AN se describe como el rechazo del individuo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Quien padece esta patología posee un peso por debajo del nivel mínimo esperado para su edad y talla, y esto se debe a una disminución total de la ingesta o, en algunos casos, la utilización de purgas o ejercicio físico excesivo (APA, 1994).

En estos pacientes se observa un intenso temor a aumentar de peso o a convertirse en obesos, temor que persiste o incluso se incrementa a pesar de que el peso corporal disminuya. Asimismo, se da una alteración significativa de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunos se sienten “obesos”, mientras que otros se dan cuenta de que se encuentran delgados y, a pesar de esto, continúan preocupados porque algunas partes de su cuerpo (abdomen, muslos y nalgas) les parecen demasiado gordas. Por este motivo, suelen pesarse constantemente, medir algunas partes del cuerpo de manera obsesiva y mirarse al espejo para observar esas zonas consideradas “obesas”. En las mujeres pospuberales, por lo general, el cuadro va acompañado de amenorrea (interrupción de la menstruación) como consecuencia de la pérdida de peso significativa (APA, 1994).

En tal virtud, se han clasificado dos subtipos de AN: el restrictivo y el compulsivo/purgativo. El primero se caracteriza por una pérdida de peso a razón de dietas, ayuno o ejercicio físico intenso, sin recurrir a atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa. El segundo, a diferencia del anterior, se distingue por llevar a cabo atracones, purgas (vómito autoinducido, uso de diuréticos, laxantes o enemas) o ambos métodos (APA, 1994).

En el caso de los individuos con AN, el cuadro mencionado arriba puede presentarse acompañado de síntomas como estado de ánimo triste o deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida del interés por el sexo. Algunos incluso pueden llegar a cumplir los criterios para el trastorno depresivo mayor. En otras ocasiones pueden mostrar rasgos obsesivo-compulsivos en relación o no a la comida. También pueden exhibir hiperactividad, distorsión de la imagen corporal y capacidad para controlar el apetito (APA, 1994; Yunes, 2000).

Por cierto, es muy común que los pacientes tengan poca consciencia de su trastorno o que lo nieguen. De hecho, algunos son conscientes de su delgadez pero niegan que esto los pueda llevar a implicaciones clínicas graves (APA, 1994).

3.1.1.2 Bulimia Nerviosa

La BN se establece por la presencia de atracones recurrentes seguidos de conductas compensatorias inapropiadas que suceden al menos 2 veces por semana durante 3 meses (según el DSM-IV, no se debe realizar el diagnóstico de BN si la alteración aparece en episodios de AN). Una de las características que diferencian este trastorno de la AN es que estos individuos se encuentran habitualmente dentro del rango de peso considerado normal (APA, 1994).

Los episodios recurrentes de voracidad denominados atracones, se caracterizan por el consumo de una cantidad de alimento superior a la que la mayoría de las personas comerían en un lapso corto de tiempo (generalmente inferior a 2 horas). El atracón suele desencadenarse por estados de ánimo disfóricos, situaciones

interpersonales estresantes, hambre intensa debido a una dieta severa o por sentimientos relacionados con la silueta, el peso y la comida. Por lo general, suele manifestarse junto a una sensación de pérdida de control sobre la ingesta. Esta conducta puede reducir transitoriamente la disforia, pero luego pueden aparecer sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (APA, 1994).

Por otra parte, las conductas compensatorias inapropiadas son llevadas a cabo de manera repetida para evitar el aumento de peso. El método más habitual para compensar la cantidad de alimento ingerido en los atracones es la provocación del vómito (tanto con los dedos como con otros instrumentos). Además del vómito, otras conductas de purga comunes son el uso de laxantes, diuréticos, enemas, el ayuno de uno o varios días, o realizar ejercicio físico intenso (APA, 1994).

Generalmente sienten vergüenza por los comportamientos que ejecutan y tratan de esconder su sintomatología, realizándolos de manera disimulada o escondiéndose de los demás. Otra particularidad es que la autoevaluación de los individuos con este trastorno está muy influida por el peso y la silueta corporal, siendo estos los aspectos más importantes al determinar su autoestima (APA, 1994; Yunes, 2000).

Algunos síntomas que acompañan al trastorno son tristeza, irritabilidad, dificultad para concentrarse e ideas suicidas. Cuando se pone en marcha un tratamiento psicoterapéutico, suele disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes con BN (Rava & Silber, 2004a; Yunes, 2000).

Al igual que la AN, posee dos subtipos. El tipo purgativo se caracteriza por los atracones y el uso de métodos compensatorios como el vómito, el uso de laxantes, diuréticos o enemas. Hay evidencia que sugiere que los pacientes exhiben, en comparación con el segundo subtipo, más síntomas depresivos, como también una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal. El tipo no purgativo describe a los sujetos que utilizan otras conductas como el ayuno o el ejercicio físico intenso, sin utilizar los demás métodos señalados (APA, 1994).

3.1.1.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

En la clasificación del DSM-IV se incluye la categoría de TANE. Algunos ejemplos que aparecen en esta categoría son:

- Mujeres en las que se cumplen todos los criterios para AN, pero las menstruaciones son regulares.
- Cuando se cumplen los criterios para AN, excepto que el peso del individuo se encuentra dentro de los parámetros considerados normales.
- Se cumplen los criterios para BN, excepto que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Individuos de peso normal que utilizan conductas compensatorias inapropiadas luego de ingerir pequeñas cantidades de alimento.
- Individuos que mastican y expulsan, sin tragar, grandes cantidades de comida.
- Trastorno por atracón: caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN (APA, 1994).

Fairburn y Cooper (2007) señalan que no hay un criterio diagnóstico establecido para estos trastornos, sino que este se reserva para los pacientes que tienen una alteración de la conducta alimentaria de carácter severo que no encaja con los criterios de AN o de BN. Asimismo, Eddy, Celio Doyle, Hoste, Herzog y le Grange (2008) plantean que el conocimiento acerca de la prevalencia y de las características clínicas de los TANE es limitado, a excepción del trastorno por atracón que es el más estudiado hasta el momento y que posee criterios diagnósticos en el DSM-IV. Como resultado de la poca relevancia empírica que se le da a esta categoría, los TANE quedan como un diagnóstico heterogéneo que combina individuos que no llegan a cumplir todos los criterios para AN o BN.

Varios autores coinciden en que la mayoría de los TANE se asemejan a la AN y a la BN en cuanto a sus características clínicas, siendo muchas veces tan severos y duraderos como estos últimos, aunque con leves diferencias en niveles o

combinaciones de síntomas. Además, numerosos pacientes en el pasado han padecido AN o BN (Fairburn & Harrison, 2003; Fairburn & Bohn, 2005).

Entre las consideraciones que han realizado diversos autores especializados en la materia, interesa para el caso que se está analizando en este trabajo, aquella vinculada al *trastorno purgativo*, un subtipo de TANE definido por Keel (2005). El trastorno purgativo se caracteriza por purgas recurrentes en ausencia de episodios de atracones objetivos, en individuos de peso corporal normal. En algunos casos, dichas purgas se realizan como mecanismo de control del peso y la forma corporal, pero no consumen más cantidad de comida. Por lo tanto, no implica un atracón. En otros, no se reporta una pérdida de control en la ingesta, sino que el método de purga ocurre luego de una comida o un refrigerio (Keel, Wolfe, Liddle, De Young & Jimerson, 2007).

En tal virtud, puede decirse que son sujetos que podrían encajar en el criterio de BN de tipo purgativo, salvo por la ausencia de atracones. En la investigación realizada por Keel, Haedt y Edler (2005), se han comparado casos de mujeres con trastorno purgativo y con BN tipo purgativa, y se observó que no existe una diferencia significativa en cuanto a la severidad del trastorno alimentario, alteración en la imagen corporal o restricción en la dieta.

Esta clasificación de trastorno purgativo realizada por Keel (2005) es uno de los últimos ejemplos de subdivisión de los TCA. Sin embargo, se plantean tres problemas asociados: primero, aún no existe un acuerdo en la definición de esta clasificación; segundo, la estrecha relación del trastorno con la BN (en muchos sujetos con trastorno purgativo se presentan episodios de atracones subjetivos); y tercero, la distinción que se debe hacer dentro del trastorno: se puede dividir el método de purga en las categorías de compensatoria y no compensatoria. La purga compensatoria es aquella que utiliza este método para mitigar los efectos en el peso corporal de los episodios de ingesta excesiva (real o percibida). Por lo tanto, la purga se vincula a los episodios descritos y solamente sucede cuando estos ocurren. Por otro lado, la purga no compensatoria se manifiesta cuando ésta

actúa como una rutina para controlar el peso corporal, cumpliendo una función semejante a la de una dieta restrictiva, donde el nexo con los episodios de ingesta excesiva no es tan cercano (Fairburn & Cooper, 2007).

3.1.2 Prevalencia

Algunos expertos en la materia refieren un aumento en las tasas de incidencia y de prevalencia de los TCA, y su presentación en edades cada vez más tempranas (incidencia de TCA en prepúberes) (Bay et al., 2005; Rutzstein, Murawski, Elizathe & Scappatura, 2010).

Los estudios de prevalencia de AN según el DSM-IV revelan que el porcentaje entre mujeres adolescentes y jóvenes adultas es de 0,5% a 1%. La prevalencia de BN entre mujeres del mismo grupo etario es de 1% a 3%, siendo entre los varones diez veces menor. Algunos datos muestran que la prevalencia de TANE es de 3%, registrándose la mayoría de los casos también en adolescentes y mujeres jóvenes (APA, 1994; Fairburn & Bohn, 2005; Peláez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2005).

Fairburn y Harrison (2003) sostienen que han sido escasas las investigaciones realizadas acerca de la distribución de los TANE, pese a que son muy frecuentes en la práctica clínica. En base a tres estudios efectuados sobre este tema en diferentes ciudades de Europa (Aberdeen, Southampton y Florencia), se descubrió que la mitad de los casos observados en la práctica clínica son relegados a la categoría de TANE (de hecho, fueron la categoría más diagnosticada).

En esta línea, Fairburn y Bohn (2005) plantean que el TANE es la condición que más se identifica en las consultas clínicas ambulatorias pero que, no obstante, existe muy poca investigación sobre su tratamiento, lo cual se debe a que es considerada como una categoría “residual”. De todos modos, los trabajos llevados a cabo en Estados Unidos revelan que en muestras de adultos diagnosticados con TCA, el promedio de pacientes con TANE es del 60%. A pesar de este intento por obtener valores, la prevalencia no es clara, principalmente debido a que no existen

criterios “positivos” para llegar a un diagnóstico y no hay acuerdos para determinar un caso real.

3.1.3 Etiología y factores de riesgo

Cuando se habla de los TCA, los expertos en el tema concuerdan en que no hay una causa única, sino que diversos factores bio-psico-sociales se asocian en el desarrollo de los mismos. Son patologías multideterminadas en las que los factores psicológicos, biológicos y socioculturales están en un punto máximo de entrecruzamiento (Rava & Silber, 2004b; Rutzstein, 2009).

En la revisión de Lameiras Fernández, Calado Otero, Rodríguez Castro y Fernández Prieto (2003) con respecto a la etiología de los trastornos alimentarios, los autores apuntan que la opinión generalizada es que tienen un origen multicausal, donde la preocupación por la figura y el seguimiento de dietas para adelgazar son consideradas conductas de riesgo. Una de las causas más frecuentes que inciden en el inicio de estos trastornos es sentirse gordo, sin que exista un exceso de peso real. Esta preocupación por el peso corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo y peso traen como consecuencia la aparición de métodos de control del peso como es el seguimiento de dietas.

En el artículo de Bay et al. (2005), los autores presentan evidencia de que la preocupación elevada por el peso y la silueta corporal son muy frecuentes en adolescentes mujeres con sobrepeso u obesidad, y esto frecuentemente lleva a una actitud dietante. Esta conducta se considera un factor de riesgo específico para las patologías alimentarias (las adolescentes con conducta dietante patológica tienen siete veces más riesgo de desarrollarlas). En este enfoque, ser mujer, ser adolescente, tener sobrepeso y tener más edad se asocian a problemas alimenticios. Los factores de riesgo que se hallaron asociados a los trastornos son: antecedente de una crisis vital, historia personal de problemas alimentarios, tener un familiar dietante o tener una madre obesa (Bay et al., 2005).

Asimismo, Fairburn y Harrison (2003) establecen una serie de factores de riesgo generales para los TCA. Estos son: sexo femenino, edad adolescente y adultez temprana, y vivir en una sociedad occidental. Además, identifica factores individuales específicos que se dividen en tres clases:

Factores individuales específicos		
Historia familiar	Experiencias premórbidas	Características premórbidas
Cualquier alteración de la conducta alimentaria	Crianza hostil o nociva (poco contacto, expectativas altas, discordia entre padres)	Baja autoestima
Depresión	Abuso sexual	Perfeccionismo
Abuso de sustancias (alcoholismo)	Familiar dietante	Ansiedad y trastornos de ansiedad
Obesidad	Comentarios críticos acerca de la alimentación, silueta o peso por parte de la familia o de otros	Obesidad
	Presión por ser delgado	Menarca temprana

Tabla 1: Factores de riesgo individuales específicos

Otros factores de riesgo que han sido identificados son: estrés postraumático, enfermedades crónicas, alteraciones psiquiátricas de los padres, patología psiquiátrica previa, y la participación en actividades o deportes con un estricto control del peso, donde se hace énfasis en la delgadez, especialmente en adolescentes mujeres y jóvenes (Rava & Silber, 2004b).

En cuanto a los factores predisponentes se incluyen factores genéticos, biológicos, entorno familiar, alteraciones psiquiátricas premórbidas, y una gran variedad de factores ambientales (Fairburn & Harrison, 2003; Rava & Silber, 2004b).

Bonsignore (2004) plantea que la población adolescente es la que presenta con mayor frecuencia los TCA debido a que en ese periodo es cuando ocurren

cambios físicos y emocionales importantes en un lapso corto de tiempo, y en el cual aún no tienen convicciones precisas o conceptos claros. Por lo tanto, son sujetos más susceptibles a padecer este tipo de enfermedades. En los jóvenes, el cuerpo pasa a ser un objeto que se debe perfeccionar hasta llegar a una belleza máxima, según los cánones de la sociedad actual: ser siempre jóvenes, bellos y delgados, sin importar las consecuencias que esto traiga aparejado.

Como señalan Leiderman y Triskier (2004), los adolescentes son el grupo etario más vulnerable a tener un TCA. Esto se debe a que fenómenos característicos de la edad tales como la competencia social, la influencia de la moda y la publicidad, y la fragilidad de la imagen corporal, pueden influir y determinar el desencadenamiento de alteraciones en la conducta alimentaria. Los autores afirman que el grado de satisfacción corporal está asociado a la autoestima, y ambos a su vez, están vinculados a la aparición de estos trastornos. Además, las adolescentes mujeres presentan rasgos, actitudes y conductas alimentarias que las hacen más propensas a padecerlos.

La investigación de estos autores, realizada con alumnos de escuelas secundarias de la ciudad de Buenos Aires, revela que casi la mitad de los adolescentes no está conforme con su peso. Esta desaprobación es esencialmente regulada por pautas de la cultura, y para gran parte de la población la delgadez está muy valorada, siendo los adolescentes un grupo muy influido por este ideal. Otros factores que contribuyen a estos niveles de disconformidad, que comienza desde la infancia y aumenta en la adolescencia, son la acentuada disminución de la autoestima, la inestabilidad de la propia identidad e imagen corporal, y la tendencia a la comparación social (Leiderman & Triskier, 2004).

Al respecto, debe considerarse la presión social y cultural por realzar la figura delgada como modelo de éxito y felicidad, la influencia que tienen los medios de comunicación a través de la exposición de imágenes de cuerpos ideales, promoviendo de esa manera hábitos alimentarios irregulares, actuando como

factor desencadenante y perpetuante en los TCA (Leiderman & Triskier, 2004; Rava & Silber, 2004b).

3.1.4 Comienzo y desarrollo de los TCA

Por lo general, la AN aparece en la adolescencia con el comienzo de una dieta restrictiva, la cual continúa hasta perder el control de la misma. Es muy frecuente el comienzo de atracones y, en la mitad de los casos, el desarrollo de BN. En algunos casos, el trastorno es transitorio y remite espontáneamente o solamente requiere una breve intervención. El 10-20% de los casos no remite. En estos casos es muy común que subsistan características residuales de la patología, particularmente la preocupación excesiva en relación a la alimentación, el peso y la silueta corporal (Fairburn & Harrison, 2003).

Algunos factores que favorecen un mejor pronóstico para la enfermedad incluyen el comienzo temprano y un historial breve del trastorno, mientras que los factores desfavorables envuelven un trastorno más duradero, pérdida de peso grave, atracones y vómitos. La AN es uno de los TCA más asociado a una alta tasa de mortalidad (Fairburn & Harrison, 2003).

Por otro lado, la BN tiene un comienzo ligeramente más tardío que la AN. Suele comenzar de la misma manera, pero los atracones empiezan a interrumpir la dieta restrictiva y, como consecuencia, el peso corporal aumenta hasta los niveles considerados normales. Suele ser una patología crónica y en su curso presentan recaídas (Fairburn & Harrison, 2003; Pretorius et al., 2009).

No hay indicios de predictores de un pronóstico favorable para la BN. Sin embargo, hay evidencia que sugiere que la obesidad en la niñez, bajo autoestima y alteraciones en la personalidad están asociadas a un peor pronóstico (Fairburn & Harrison, 2003).

Se conoce muy poco acerca del curso de los TANE, aunque algunos estudios muestran que sujetos diagnosticados como TANE pueden evolucionar en AN o BN

a uno o dos años de su presentación inicial. Asimismo, muchos pacientes con AN evolucionan a un cuadro de BN o a un TANE, y pacientes con BN pueden evolucionar a un AN o a TANE (Fairburn & Cooper, 2007; Fairburn & Harrison, 2003; Thomas, Vartanian & Brownell, 2009).

3.1.5 Algunos signos clínicos

La mayoría de las personas que padecen este tipo de trastornos intentan ocultar su problema, por lo cual es necesario conocer algunos signos clínicos que se asocian a los episodios de vómitos autoinducidos para poder realizar una consulta temprana con médicos o psicólogos, evitando futuras complicaciones de la patología. Entre ellos, el que aparece con más frecuencia es el signo de Russell, que consiste en una callosidad en el dorso de la mano por la introducción de los dedos dentro de la boca para provocarse el vómito. Además, en la cavidad bucal es muy común observar la erosión dental debido a los ácidos gástricos. Otro, es la hipertrofia de glándulas salivales, principalmente la parótida (Berner, Piñero & Valente, 2004; Thomas, Vartanian & Brownell, 2009).

3.1.6 Comorbilidad

Si bien la existencia de una asociación entre TCA y depresión es aceptada por diversos autores, la naturaleza de la asociación mencionada continúa siendo un tema de discusión. Diversas investigaciones realizadas en otros países han demostrado que existe una elevada tasa de depresión en pacientes con TCA. En el estudio realizado por Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci (2009), se observa que la depresión y estos trastornos comparten mecanismos y síntomas que los hacen comórbidos.

Los resultados del trabajo realizado por Stice, Burton y Shaw (2004) sugieren que la comorbilidad de patología bulímica y depresión en adolescentes mujeres aparece debido a que cada trastorno aumenta el riesgo de comienzo del otro trastorno. Esto se debe a que uno de estos es un factor de riesgo del otro.

3.1.6.1 Depresión Mayor

Para poder analizar en profundidad el caso en cuestión, a continuación se realiza un resumen de los síntomas característicos del episodio depresivo mayor. En cuanto a los síntomas depresivos en niños y adolescentes, Friedberg y McClure (2005) consideran que suelen manifestarse en las cuatro áreas que plantea el modelo cognitivo (emocional, conductual, cognitiva y fisiológica) y también en sus relaciones interpersonales.

Los síntomas emocionales incluyen un estado de ánimo triste o deprimido. Sin embargo, algunos niños pueden presentarse irritables en lugar de tristes, complicando así la identificación del cuadro. Suelen estar desesperanzados y creen que jamás van a sentirse mejor o que sus vidas nunca van a mejorar. Esta desesperanza por lo general está acompañada de ideas de suicidio y de muerte (Friedberg & McClure, 2005).

En niños deprimidos son frecuentes los estilos cognitivos y las atribuciones negativas. El estilo cognitivo incluye atribuciones internas, estables y generales para los errores, y atribuciones externas, inestables y concretas o específicas para los éxitos. Tienen una visión pesimista en general y siempre esperan lo peor. A partir de este estilo cognitivo negativo, suelen generalizar los sucesos negativos y predecir resultados negativos, independientemente de las pruebas que hallen en contra (Friedberg & McClure, 2005).

Las áreas cognitivas de atención y concentración pueden estar afectadas, y a muchos sujetos les cuesta tomar decisiones sencillas. Otro elemento que comúnmente aparece es la baja autoestima. Con frecuencia surgen pensamientos relacionados con la incapacidad para encajar o creencias sobre su inadecuación. De ahí que no son capaces de decir nada positivo sobre ellos mismos (Friedberg & McClure, 2005).

Otro síntoma característico es la anhedonia, una disminución del interés por realizar actividades o del placer que se obtiene con ellas. Suele acompañarse de apatía, falta de interés en pasar el tiempo con amigos y distanciamiento de sus

pares. Un indicador conductual frecuente en niños y adolescentes es el aislamiento social, y si ocurre que hay una menor participación de éste en actividades placenteras, perdurarán sus sentimientos de aislamiento y depresión (Friedberg & McClure, 2005).

Algunos pacientes pueden presentar agitación psicomotriz, esto es, sujetos que les cuesta quedarse sentados y no paran de moverse. A otros les ocurre lo contrario, mostrando enlentecimiento psicomotriz, donde sus movimientos son más lentos y parecen estar cansados todo el tiempo (Friedberg & McClure, 2005; APA, 1994).

Pueden aparecer problemas con la alimentación: pérdida o aumento del apetito, pérdida o aumento de peso, y en niños algunas veces no hay un aumento de peso a la velocidad esperada acorde a su edad. También pueden aparecer alteraciones del sueño: insomnio o hipersomnia. Son muy comunes las quejas somáticas tanto en niños como en adolescentes, y un síntoma muy frecuente es la fatiga o pérdida de energía (Friedberg & McClure, 2005; APA, 1994).

Los pacientes en edad escolar comúnmente desarrollan síntomas académicos, presentando un rendimiento bajo, menor motivación, miedo al fracaso y conductas de acting-out. Estos niños suelen ser autocríticos y tener sentimientos de culpa excesivos o inapropiados (Friedberg & McClure, 2005; APA, 1994).

A diferencia de los niños, en los adolescentes existe un mayor riesgo de suicidio, de abuso de sustancias y de abandono escolar. En ellos, la mala imagen corporal, el alto nivel de autocrítica y los fallos en el afrontamiento son muy frecuentes. Esta depresión en los adolescentes puede aumentar conductas de riesgo y antisociales. Cabe destacar que manifiestan una baja autoestima, experimentan variaciones en su peso corporal y pueden llegar a desarrollar TCA (Friedberg & McClure, 2005).

3.2 Evaluación y tratamiento

3.2.1 Evaluación psicológica

Para realizar una evaluación global de un niño o adolescente y de su situación, es necesario recoger datos de múltiples fuentes, no solamente del paciente. Se debe obtener información procedente de sus padres o tutores, hermanos, docentes y demás cuidadores, a fin de ir más allá de lo que transmiten los padres y considerar a todas las partes involucradas en la problemática del paciente (Bunge, Mandil & Gomar, 2010).

Es recomendable consultar con un médico para descartar que la sintomatología que presenta tenga un origen físico y, si esto es así, brindarle un tratamiento médico adecuado. Asimismo, se pueden utilizar diversos instrumentos de evaluación y entrevistas estructuradas (Friedberg & McClure, 2005).

La vía por la que un paciente llega a consultar por un problema puede ser variada. En el caso de niños o adolescentes con alteraciones en la alimentación, con frecuencia está involucrado un adulto, que es el que se encuentra preocupado y quien solicita ayuda profesional. Los individuos que padecen BN, por ejemplo, que acuden a consulta suelen ser llevados a la misma por algún familiar luego de haber sido descubiertos en un episodio de atracón o purga. Del mismo modo, pueden llegar a consultar de manera espontánea tras haber tomado conciencia de su enfermedad luego de un lapso de tiempo variable de haber ocultado los síntomas o, en ciertos casos, refieren una sintomatología que parece no tener que ver con la enfermedad. En general, estas personas no buscan ayuda por sí mismas debido a que tienen vergüenza, sienten culpa y temen que otros se enteren de lo que les sucede (Rava & Silber, 2004a).

Para todos los casos de TCA es fundamental interrogar acerca de los patrones alimenticios, atracones, purgas, ejercicio físico, grado de satisfacción con la imagen corporal, influencia excesiva de la forma y el peso corporal en la autoevaluación, miedo a volverse obeso, rechazo a alcanzar o mantener el peso corporal adecuado y negación de la gravedad de la enfermedad (Lenoir & Silber, 2006a).

3.2.2 Tratamiento

Los trabajos sobre el tratamiento de los TCA se han centrado en AN y BN de tipo purgativo. Sin embargo, los TANE no han sido suficientemente investigados, excepto el trastorno por atracón (Fairburn & Walsh, 2002).

En casos de personas que padecen un TCA, hay consenso acerca de la necesidad de trabajar con un equipo interdisciplinario integrado por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos. La rehabilitación nutricional es fundamental para cualquier alteración de la alimentación (Lenoir & Silber, 2006b).

Con respecto a la AN, siguiendo a Yunes (2000), el abordaje y tratamiento de este trastorno debe contemplar factores socio-culturales, biológicos, familiares, del desarrollo e individuales. El autor aconseja un trabajo interdisciplinario para abarcar tanto los aspectos clínicos de diagnóstico, como psicológicos y nutricionales. En la actualidad, la terapia basada en la familia parece ser prometedora en el tratamiento de AN en adolescentes (Lock, 2005).

En relación a la BN, se ha encontrado evidencia sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de esta patología en adultos y adolescentes, además de ser eficaz en otros trastornos que aparecen en la adolescencia. La TCC junto con fluoxetina han demostrado ser eficaces en el tratamiento de BN. Esto se debe a que si se lleva a cabo una terapia de tipo cognitivo-conductual aparecen cambios en la sintomatología de manera más rápida que con otros modelos terapéuticos, por lo tanto esta terapia disminuye la cantidad de tiempo que el paciente está expuesto a síntomas de BN. Además, la fluoxetina ayuda a disminuir en el corto plazo los síntomas nucleares como los atracones y las purgas, y también algunas características psicológicas asociadas al trastorno (Shapiro, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr & Bulik, 2007; Wilson & Sysko, 2006; Murphy, Straebler, Cooper & Fairburn, 2010).

Hasta el momento no se ha desarrollado ninguna terapia basada en la evidencia que sea específica para TANE. Los tratamientos para esta categoría son difíciles

de operacionalizar debido a la heterogeneidad de los casos. En razón de ello, los terapeutas se ven obligados a improvisar un tratamiento, aunando técnicas desarrolladas para otros trastornos (Thomas, Vartanian & Brownell, 2009).

Según la APA (2006), el tratamiento específico para TANE debe incluir: tratamiento nutricional y Counseling más otros tratamientos psicosociales; TCC individual o grupal, terapia dialéctica conductual o terapia interpersonal. En algunos casos puede ser necesaria la combinación de tratamiento psicosocial y farmacológico.

Para Fairburn y Harrison (2003), debido a que no se han realizado estudios suficientes sobre el tratamiento de los trastornos atípicos, los autores aconsejan que en los casos de pacientes con atracones se sigan los lineamientos del tratamiento para BN, y en casos de pacientes con bajo peso corporal el de AN. En resumen, la TCC es el tratamiento de elección para BN y para el trastorno por atracón. Investigaciones recientes han demostrado que la versión mejorada de la TCC para TCA es eficaz para pacientes con TANE y con AN (Murphy, Straepler, Cooper & Fairburn, 2010).

3.2.3 Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva tiene sus inicios en los años setenta con Aaron T. Beck (1979), quien describió en un principio un tratamiento para la depresión. Para el autor, es un procedimiento que se utiliza para tratar diversas patologías psiquiátricas, y que se caracteriza por ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. El postulado de la TCC consiste en que el modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y la conducta. Esto significa que entre pensamiento, emoción y conducta hay una relación circular de interacción, y se considera que los sujetos responden al significado que le adjudican a las situaciones, más que a las situaciones en sí mismas (Beck, 2000; Bunge, Mandil & Gomar, 2010).

3.2.4 Terapia Cognitivo-Conductual para niños y adolescentes

Según Friedberg y McClure (2005), existen diferencias importantes en el tratamiento con niños y adolescentes. Estos pacientes no acuden voluntariamente a terapia, ni tampoco pueden decidir si continuar o dejarla. Por lo general, el grado de implicancia con el tratamiento es menor que la de un adulto, y tienen capacidades, limitaciones, preferencias e intereses diferentes. También poseen capacidades intelectuales y lingüísticas menores que un adulto.

De acuerdo a Kendall (2000), la TCC posee las siguientes características: se orienta a la resolución de problemas; se centra en el procesamiento cognitivo de información; tiene en consideración el plano emocional, social e interpersonal; utiliza tratamientos estructurados y manualizados; pone énfasis en intervenciones basadas en el desempeño y la práctica.

La práctica clínica de la TCC con niños y adolescentes tiene como objetivo esencial cambiar o mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas a su entorno. Las intervenciones se llevan a cabo a través de la psicoeducación, la ejecución de registros organizados de pensamientos, técnicas de cuestionamiento guiado, y la realización de las llamadas “tareas para el hogar”. Utiliza intervenciones de reestructuración cognitiva y resolución de problemas, con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado (Friedberg & McClure, 2005; Bunge, Mandil & Gomar, 2010).

Por otro lado, uno de los ejes principales de la fase inicial del tratamiento es la psicoeducación, que consiste en enseñarles a los pacientes sobre los problemas físicos y psicológicos de su trastorno, así como el modelo de tratamiento que va a ser utilizado. De todos modos, el profesional deberá recurrir a esta herramienta y reforzarla en varias etapas de la terapia (Lock, 2005).

En suma, la terapia cognitiva ha obtenido buenos resultados en los tratamientos con niños y adolescentes deprimidos, en los cuales se aplican técnicas cognitivas que se adaptan al nivel de desarrollo del paciente para ayudarlos a aliviar los síntomas depresivos que presentan. En tal virtud, la TCC va a permitir que el

paciente se cuestione acerca de la visión negativa que tiene de sí mismo, de los demás y de su futuro (triada cognitiva), facilitándoles una visión más ajustada y equilibrada (Friedberg & McClure, 2005).

3.2.4.1 Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes con TCA (BN)

El modelo de TCC para BN descrito por Lock (2005) ha sido adaptado para ser utilizado con adolescentes con el propósito de atender mejor las necesidades específicas de estos pacientes. Se debe adecuar el tratamiento según los cambios biológicos, cognitivos y sociales y a las tareas evolutivas propias de la adolescencia. A diferencia de los adultos, es más difícil que los adolescentes se comprometan y motiven con la psicoterapia. Por ello, es igualmente importante que los padres y el resto de la familia se involucren para mantenerlo motivado en todo aquello que solicite el psicólogo para el tratamiento. En tal sentido, la propuesta de este autor consiste en una serie de modificaciones: incrementar el contacto con el paciente al comienzo del proceso terapéutico; realizar psicoeducación e involucrar a los padres y a otras personas significativas; simplificar el lenguaje y los estilos comunicacionales; flexibilizar las tareas, y flexibilizar el uso de sesiones para abordar otras cuestiones vinculadas a su edad.

El tratamiento de Lock (2005) consta de tres etapas. La primera consiste en generar compromiso, motivación para el cambio, desarrollar una relación colaborativa, y el desarrollo en conjunto, entre el terapeuta y el paciente, de la formulación del caso. Frecuentemente, los pacientes adolescentes tienen dificultades en reconocer el daño que sufren por la pérdida de peso o las conductas compensatorias inapropiadas y se sienten agobiados por su miedo a subir de peso. En función de esta falta de reconocimiento, es esencial generar el compromiso tanto del paciente como de la familia y lograr que se motive.

En la segunda etapa del tratamiento se intenta que el paciente logre la regulación de la ingesta y la reducción de la sintomatología del trastorno alimentario, monitoreando su alimentación y reflexionando acerca de los desencadenantes de

los atracones y las purgas. Es fundamental la psicoeducación sobre la importancia acerca de la ingesta regular y el impacto de las conductas compensatorias. Resultan de gran valor en esta instancia la consulta con un nutricionista. La última etapa se centra en mantener los cambios y preparar al paciente para la finalización del tratamiento y construir con él un plan de prevención de recaídas (Lock, 2005).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo - de caso único

4.2 Participante

Se ha trabajado con una adolescente de quince años que fue derivada del servicio de Pediatría del hospital por un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria, al referir que se auto-induce vómitos. La paciente en cuestión será llamada L. Pertenece a una familia de un nivel socioeconómico medio-bajo que vive en la provincia de Buenos Aires. Concorre, al momento de la práctica, a primer año del polimodal de una escuela privada de escolaridad simple en el turno mañana. El grupo familiar está compuesto por sus padres (ambos pastores de una iglesia), una hermana mayor, un hermano menor, y una sobrina de 3 años que está a cargo de sus padres.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la etapa de recolección de información son:

- Historia clínica
- Videos de la admisión con la madre y de las primeras entrevistas con L.
- Entrevistas con la psicóloga a cargo: entrevistas semi-estructuradas con el fin de indagar sobre motivo de consulta, síntomas iniciales, intervenciones realizadas, evolución en el tratamiento.
- Observación participante de las sesiones de terapia con la adolescente.

- Inventario sobre Conductas Alimentarias (ICA) (M. M. Casullo; M. Pérez, 2003): Es una adaptación del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (EDI) desarrollada por David Garner (1991). Es una técnica de screening autoadministrable que evalúa rasgos o dimensiones que se deben tener en cuenta para la comprensión y el tratamiento apropiado de los trastornos de la conducta alimentaria. El cuestionario está compuesto por 91 ítems que se pueden responder con las opciones: siempre o casi siempre, generalmente, algunas veces y nunca o casi nunca.
- Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (BDI-II) (A. T. Beck; R. A. Steer & G. K. Brown, 1996): Es un instrumento de autoinforme que evalúa la severidad de la depresión en adolescentes y adultos a partir de los 13 años. Esta versión fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos que se describen en el DSM-IV. Consta de 21 ítems que se responden a través de una escala de tipo likert donde cada ítem se valora de 0 a 3. La técnica es una adaptación argentina de la técnica original que posee estudios de validez y confiabilidad locales.

4.4 Procedimiento

Se realizaron encuentros semanales de 45 minutos en los consultorios externos del hospital junto con la psicóloga a cargo del caso durante un periodo de dos meses. En el marco de estos encuentros se obtuvo la información necesaria para llevar a cabo el trabajo. Las técnicas de evaluación psicológica se aplicaron durante las primeras sesiones que se observaron. Por otro lado, se efectuaron tres entrevistas cada quince días con la psicóloga.

5. Desarrollo

5.1 Descripción de síntomas al inicio del tratamiento

5.1.1 Entrevista de admisión con la madre de la paciente

El caso que motiva el presente trabajo comienza a partir de que L concurrió junto con M, su madre, a la guardia de Pediatría del hospital. Ese día sus padres encontraron un vómito en el baño por lo que decidieron acercarse a ese lugar. De

allí fue derivada al servicio de Psicología para realizar una interconsulta. Durante la entrevista de admisión con la psicóloga a cargo del servicio, la madre transmitió preocupación por la salud de su hija, relatando una serie de aspectos vinculados con la situación particular de la joven que la llevaron a consultar. Con la finalidad de presentar lo manifestado por M en la admisión con mayor claridad, en primer lugar se describen algunos aspectos personales y familiares de la paciente y luego, las situaciones de alarma que motivaron la inquietud.

La familia está compuesta por M, la madre, que posee un local de indumentaria; L el padre, trabaja en una empresa de diagnóstico por imágenes; A, la hermana mayor de 17 años, que está terminando el secundario y ayuda a en el negocio; Ma, de 10 años, que va a sexto grado. También vive con ellos N de 3 años, sobrina-nieta de M. Esta circunstancia es conflictiva en tanto la madre atribuyó los problemas de su hija a los problemas legales que tuvieron por la tenencia de N como consecuencia de que su madre viajaba constantemente y no se hacía cargo de sus hijas (la menor vive allí desde los 40 días). Por otra parte, los padres son pastores y poseen un ministerio propio con tres iglesias. No obstante, M resaltó que son bastante abiertos con el tema de la religión y que hoy en día no obligan a sus hijos a ir con ellos a la iglesia. En este sentido, solamente concurren con su hijo menor aunque algunas veces L los acompaña para encontrarse con sus amigas de la iglesia.

M indicó que la relación de la paciente con su padre es buena, de hecho, él puede acercarse más que ella a su hija. Al respecto, comparten su pasión por el fútbol. M percibe que tanto L como su hermana son cariñosas con L, mientras que ninguna de las dos lo es con ella. La relación entre hermanas es buena, son compañeras, peleándose sólo por temas de convivencia. Por el contrario, ambas tienen un trato difícil con su hermano menor. Le critican que pasa todo el día junto a su madre y que es demasiado cariñoso con ella.

Con respecto a enfermedades familiares, varios miembros de la familia de M padecen de obesidad; por ejemplo Ma, el hijo menor, tiene sobrepeso. Sin embargo, no lleva a cabo ningún tratamiento y tampoco realiza actividad física.

Por otro lado, algunos meses atrás al abuelo materno de L, con el cual tenía una relación muy estrecha, le diagnosticaron demencia senil. Su enfermedad provocó que denunciara a M y a otros miembros de la familia por amenazas y violencia, razón por la cual debió ser hospitalizado. Finalmente, producto de inconvenientes legales, un familiar lo llevó a vivir con él a otra provincia.

Entre los antecedentes personales psiquiátricos y médicos de la paciente, se registró enuresis hasta los 10 años de edad, habiendo realizado un primer tratamiento psicológico a los 3 años y otro a los 6 años, los cuales no duraron mucho tiempo. La madre cuenta que la llevaron a consultar con un médico especialista en el tema quien le recetó una medicación, pero que no se la suministró porque prefería que su hija se orinara antes que estuviese dormida en la escuela todo el día. En esa ocasión comenzó un tratamiento psicológico al cual solamente concurreó 2 veces, ya que L se enojó con su madre por haberla llevado y no quiso volver a ir. Después de ir a terapia los episodios de enuresis no volvieron a ocurrir. Por último, se ha registrado que la joven tiene un soplo fisiológico que no le ha causado problemas.

Posteriormente, la madre se refirió a diversos aspectos de L. En el área de las relaciones interpersonales, solo tiene una amiga a quien conoció en la iglesia y es a la única a la cual invita a su casa a dormir. Con los compañeros de escuela tiene buen trato pero aún no ha establecido vínculos más cercanos con ellos. Con respecto a los intereses y actividades, es fanática de un equipo de fútbol, y algunas veces su padre la lleva a la cancha. El año anterior tomaba clases de piano hasta que comenzaron los problemas con el abuelo y dejó de asistir (lo mismo ocurrió con sus dos hermanos). M consideró que la adolescente es muy reservada e introvertida, y que desde el jardín de infantes jugaba sola. Es muy desordenada con sus cosas y debe decirle todo el tiempo que limpie y acomode su habitación. Sin embargo, recalcó que con ella misma es más cuidadosa, ya que se maquilla y se arregla cada vez que sale de su casa. Además, señaló que es “contestadora” y que dice “frases hirientes”.

En relación al principal motivo de consulta, M refiere que L se auto-induce vómitos, advirtiendo que esto comenzó hace aproximadamente dos meses. Igualmente,

sospecha que incluso esto pudo haber empezado antes, ya que en los meses previos encontró un vómito en el balcón de la casa, el cual en ese momento atribuyó al perro. Paralelamente, A, la hija mayor, se enteró acerca del comportamiento de su hermana a través de un amigo y se lo contó a sus padres. Entonces, la madre comenzó a indagar sobre el asunto, preguntándole a la amiga de la paciente quien le confesó que en una ocasión, L vomitó en una jarra y se la entregó para que la tirara, evitando así que sus padres se enterasen. A esto se agrega que cuatro meses atrás, L por primera vez realizó un comentario alarmante: “qué lindo lugar para suicidarse”, “qué lindo lugar para tirarse”. Otro de los relatos ha sido que dejó sus vómitos en lugares en los cuales su familia pudo descubrirlos, como el balcón o el baño. Finalmente, la noche anterior a que asistieran al hospital, el padre encontró un vómito en la ducha. Este conjunto de situaciones fueron determinantes para que M y L conversaran con ella. La adolescente admitió su problema y de esta manera decidieron llevarla al hospital.

Por otro lado, explicó que su hija dice que todo le queda mal y que no se ve bien. A propósito de esto, cuando M le preguntó por qué vomitaba, respondió que cuando se mira al espejo, “se ve gorda y fea”. No obstante, dijo querer ser modelo, operarse la nariz y, hace poco tiempo, pidió que le compraran un espejo de cuerpo entero para su habitación más grande del que ya tenía.

En lo concerniente a la escuela, indicó que hubo cambios. Por un lado, los docentes sostienen que no hace caso a lo que le dicen y que asiste con calzado que no está permitido en esa institución. Por el otro, empeoró en términos académicos ya que solía irle bien y tener buenas calificaciones, pero en el último año lectivo comenzó a bajar su rendimiento y se llevó una materia. A mediados del año anterior, empezó a notar que no estudiaba y no realizaba las tareas. En este contexto, la directora del colegio la citó varias veces para advertirle que su hija había declinado en su desempeño y que no prestaba atención en clase, que “volaba” en el aula.

Finalmente, durante la admisión se pudo observar que M está preocupada debido a las circunstancias enunciadas, pero además se encuentra abrumada por

situaciones familiares legales con su padre y su sobrina, y por sus propios conflictos, creyendo que L estaba intentado llamar la atención.

5.1.2 Primeras entrevistas con la paciente

Durante las primeras entrevistas se pueden subrayar diversos síntomas relacionados al trastorno alimentario. En lo que respecta al patrón de alimentación, se destaca como síntoma principal las purgas recurrentes, específicamente el vómito auto-inducido. En estos primeros encuentros, L indicó que lleva a cabo esta conducta compensatoria inapropiada todos los días cada vez que ingiere alimentos. Esto no implica un atracón, sino que con poca cantidad de comida se provoca el vómito. Además, señaló que durante la última semana lo hizo menos veces que antes. Solía vomitar en el baño pero ya no lo hace más allí para que no la vean. Por eso comenzó a hacerlo en otros lugares como por ejemplo en un balde en su habitación, para luego tirarlo en el balcón o en otros sitios. El mecanismo que utiliza es metiéndose los dedos, y algunas veces lo hace sin necesidad de usar esta técnica.

De acuerdo a los criterios establecidos en el DSM-IV (APA, 1994), los pacientes con TCA ponen en práctica esta conducta compensatoria inapropiada para poder evitar un aumento de peso. El método que utiliza L, típico de la BN, es el más habitual para compensar lo ingerido previamente. El efecto inmediato de esta conducta purgativa radica en que disminuye el miedo a ganar peso. Como plantea Yunes (2000), por lo general los pacientes con BN suelen sentir vergüenza por sus conductas, por lo que intentan esconder los síntomas. Por eso realizan las purgas de forma disimulada o escondiéndose de otros para que no los descubran.

Complementariamente, la paciente realiza una dieta restringida a pocos alimentos, los cuales intenta sean de bajo contenido calórico aunque algunas veces consume algunos de alto contenido, como por ejemplo alfajores o galletitas. Así, manifestó que últimamente no tiene apetito a pesar de que no coma o que coma muy poca cantidad. A esto se suma que comenzó a ir al gimnasio tres veces por semana a tomar clases y a realizar una rutina de ejercicios con aparatos, lo cual indica la gran preocupación por su cuerpo y por bajar de peso. Asimismo, resaltó que

posee un espejo de cuerpo entero en su habitación que pidió especialmente a sus padres y que hay varios espejos en su casa en los cuales se mira todo el tiempo.

En relación a la percepción de la imagen corporal, contó que desde el año pasado, cada vez que ella se ve al espejo se ve gorda y fea. Esto hace referencia a una característica principal de los TCA, como es la alteración en la percepción de la forma y el peso corporales, tal como lo describen Fairburn y Walsh (2002). En casos como el de Laura, la autoevaluación que hace de su persona está muy influida por la silueta y el peso corporales, la cual afecta significativamente en su autoestima. De ahí que este comportamiento se pueda observar con frecuencia en pacientes con estos trastornos, los cuales se miran al espejo constantemente para observar algunas partes de su cuerpo que consideran “gordas” (APA, 1994).

Por otra parte, aparecieron en las primeras entrevistas algunos indicadores de una comorbilidad depresiva. Al respecto, la pérdida del apetito a la que aludió se puede relacionar tanto con su problema alimentario como con su alteración en el estado de ánimo.

En las primeras consultas presentó un estado de ánimo inestable, y la mayor parte del tiempo parece estar triste y decaída. Existe una pérdida de interés y del placer en realizar actividades, incluso se identifica una falta de las mismas en su vida diaria. En tal sentido, dijo que hace un tiempo que no sale de su casa porque no tiene ganas de hacerlo, y que durante el verano lo hizo solamente una vez con su padre para ir a la cancha. Siente que no hace nada productivo en todo el día. Al mismo tiempo, dejó de asistir a las clases de piano, algo que le gustaba y hace tiempo que no practica pese a tener uno en su casa. No obstante, expresó tener intenciones de retomar. Al preguntarle acerca de sus intereses, de aquellas cosas que le gustan o la hacen sentir bien, su respuesta fue la computadora.

También, se agrega la baja autoestima, reflejada en los relatos de la paciente cuando sugirió que no tiene nada lindo físicamente ni en su personalidad. Esto se repite frecuentemente en adolescentes con este trastorno, sobre todo cuando se les pregunta acerca de sí mismos y no pueden decir nada positivo sobre su persona (Friedberg & McClure, 2005).

Ahora bien, cuando se le consulta si ha tenido algunos pensamientos de muerte, responde afirmativamente aunque solo fueron momentáneos. En esta perspectiva, otro indicador que se ha tenido en cuenta son las ideas de suicidio, lo cual fue esbozado por su madre en la entrevista de admisión al mencionar que en un viaje, L exclamó: “qué lindo lugar para suicidarse”, “qué lindo lugar para tirarse”.

En cuanto a las relaciones sociales, se destacan dificultades siendo que solamente tiene una amiga y no se vincula habitualmente con sus compañeros de escuela ni vecinos. Esto concierne no solamente a una patología depresiva, sino que suele aparecer en pacientes con TCA. Lo mismo ocurre con síntomas como irritabilidad, dificultad para concentrarse e ideas suicidas, síntomas que aparecen tanto en los TCA como en episodios depresivos. A propósito de esto, es pertinente reiterar que la paciente bajó su rendimiento académico, y los profesores comentan que no presta atención y que no se concentra en clase (APA, 1994).

En los primeros encuentros se puede ver que L no tiene interés en realizar un tratamiento. Manifiesta que si ella quiere dejar de provocarse el vómito puede hacerlo, que ella puede controlar su problema, y que no necesita ayuda para abandonar esta conducta. Opina que todavía no llegó al punto de poner en juego su salud. Tampoco considera que consultar con una nutricionista y que le organice una dieta le pueda servir para adelgazar, debido a que ya intentó seguir una dieta armada por ella y no cree que eso funcione. Además, sostiene que desde que comenzó a vomitar está más delgada. No obstante, planteó que es consciente de que su comportamiento está mal, y que por esa razón lo hace a escondidas. Sin embargo, no quiere abandonarlo hasta no verse como ella quiere. Expresó que siempre piensa en vomitar, que tiene ganas de hacerlo constantemente y añadió que si sus padres no la hubiesen descubierto, seguiría vomitando con más frecuencia que antes.

En la patología de la paciente en cuestión existe una alteración grave y persistente de la conducta alimentaria o en las conductas deliberadas para controlar el peso, y esto afecta de manera significativa tanto la salud física como el funcionamiento psicosocial. Este tipo de trastornos se caracterizan por alteraciones en la imagen corporal, en el peso, y sentimientos de baja autoestima. La paciente señala miedo

a ganar peso, deseos de adelgazar y un alto nivel de insatisfacción con su cuerpo, criterios que aparecen en el DSM-IV en el diagnóstico de los TCA (Fairburn & Walsh, 2002; APA, 1994).

En función de toda la información recabada en las primeras sesiones, se arribó al diagnóstico de TANE, ya que la paciente presenta una alteración severa de la conducta alimentaria pero no cumple con los criterios diagnósticos para BN de tipo purgativa. Por cierto, si se quisiera efectuar un diagnóstico más específico de este caso clínico, se podría hacer referencia al trastorno purgativo descrito por Keel, el cual se caracteriza por purgas recurrentes en ausencia de atracones objetivos en personas de peso corporal normal (Keel et al., 2007).

Este trastorno de la alimentación va acompañado de alteraciones en el área emocional que afectan diversas áreas de la vida de la persona, lo cual sugiere un alto grado de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, evidenciado por la sintomatología detallada previamente. En adolescentes es muy frecuente que los episodios depresivos se asocien a un TCA (APA, 1994).

5.2 Descripción de las intervenciones cognitivo-conductuales del caso

En este apartado se describen algunas de las intervenciones más relevantes que realizó el equipo de Psicología durante los primeros ocho meses de tratamiento. Hasta el momento en que finalizó la práctica profesional en el hospital , se habían realizado 25 sesiones. Las intervenciones que se describen a continuación fueron obtenidas a partir de los videos de la entrevista de admisión con la madre y primeras entrevistas con la paciente, de la historia clínica y de la observación participante de dos sesiones con L.

En la entrevista de admisión, uno de los objetivos centrales fue conocer el motivo de consulta de los padres. Como se mencionó en el apartado anterior, la preocupación principal de los padres es que su hija se auto-induce vómitos. En consecuencia, la psicóloga del servicio le explicó a la madre que sería adecuado poder armar un tratamiento que integre tanto a profesionales de la salud mental

como pediatras y nutricionistas. Al respecto, Lenoir y Silber (2006b) destacan la importancia y la necesidad, en pacientes con TCA, de trabajar con un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos. Por todo esto, se le solicitó que llevase a la joven al pediatra que la atiende y que considere la opción de consultar con un nutricionista. Por otra parte, se le planteó que en los encuentros subsiguientes se procedería a evaluar a Laura para saber si era necesario derivarla a un equipo especializado en trastornos de la alimentación o si se la seguiría atendiendo en ese servicio.

En la primera sesión con la paciente, la psicóloga intentó “romper el hielo”. Frente a la pregunta de si tenía ganas de estar allí la respuesta fue negativa, pero además dijo que estaba enojada con su madre porque la había llevado a la guardia del hospital la semana anterior. También contó que estaba cansada porque se había quedado con la computadora y las redes sociales hasta muy tarde. La psicóloga le consultó sobre las redes sociales que utiliza y cuáles prefería, con la finalidad de entablar una conversación. No obstante, L se mostraba muy reticente a hablar y a comenzar un tratamiento. Por cierto, Lock (2005) plantea que es difícil conseguir que los adolescentes se motiven y se comprometan con un tratamiento psicoterapéutico, por lo cual los terapeutas deben implementar diversas estrategias para que este sea más aceptado por ellos y también más efectivo. En esta perspectiva, también la participación de los padres suele ser fundamental para mantener la motivación de pacientes adolescentes durante el desarrollo del tratamiento.

En las entrevistas que siguieron, se empezó a indagar acerca del motivo de consulta. También, qué era lo que pensaba acerca de la preocupación de sus padres por ella, a lo que contestó que a ellos les preocupa que se enferme y que sea algo de mayor gravedad de lo que en realidad padece. Si bien reconoció esta inquietud de M y L, afirmó que ella se provoca el vómito porque quiere. Aquí puede observarse que la razón por la cual la adolescente asistió a terapia es que sus padres la obligaron. Incluso, manifestó que se siente bien vomitando, a diferencia de sus padres que están muy preocupados por su comportamiento. De hecho, L sabe que está mal lo que hace pero por el momento no quiere

modificarlo. Con respecto a esto, Lock (2005) apunta que los adolescentes con BN suelen tener dificultades en reconocer que la BN es un problema porque personalmente no han experimentado ningún inconveniente con su conducta. Esto mismo se ha visto reflejado en el relato de la adolescente en dos aspectos. Primero, porque concurrió al hospital solamente porque sus padres la llevaron. Segundo, porque no registra su patología como un problema para ella.

Luego, se le preguntó acerca del mecanismo que utiliza para vomitar, si emplea sus dedos como elemento provocador o si lo hace de manera espontánea. Responde que lo hace de las dos maneras. También sobre la frecuencia con que lo hace y cuántas veces desde la semana anterior hasta el momento. La paciente dijo que no habían sido muchas, que antes lo realizaba más veces pero que en ese momento lo estaba haciendo con menos frecuencia, solamente cuando come. A esto, la psicóloga le repregunta si lo efectúa cada vez que come y si hace tantos días que no come. L le respondió que ahora no estaba comiendo mucho ni tampoco cosas que engorden.

A continuación, se interrogó sobre su rutina diaria, con interés particular por las comidas. Describió que se levanta a las 5:30, se maquilla, se arregla para ir al colegio, y no desayuna. Se toma el colectivo y entra a la escuela a las 7:30. Allí suele tomarse una gaseosa, y algunas veces come galletitas o un alfajor. Almuerza en la casa de la abuela. Algunas veces cena y otras no.

La terapeuta además indagó acerca de la primera vez que vomitó. Esto sucedió una vez que había comido lasaña, intentó meterse los dedos y después de eso no pudo seguir haciéndolo. Frente a ello, la psicóloga intervino preguntando cuál fue su pensamiento en ese momento, qué la llevó a actuar de esa manera, y si lo venía pensando desde antes. La paciente reveló que ya lo venía pensando pero que no se animaba a hacerlo porque tenía miedo. Incluso, lo probó una vez y como no le salió lo dejó de hacer por un tiempo hasta que lo empezó a hacer de manera frecuente. Le consultó a qué le temía y qué le podía pasar, a lo que L responde que tenía miedo de hacerlo porque sabía que estaba mal.

En relación al pensamiento, le preguntó si esto aparece de golpe en cualquier momento, a lo que L indicó que está todo el día y todo el tiempo pensando en eso.

Se repreguntó sobre cómo sería “estoy todo el tiempo pensando en eso”, a lo que dijo que no piensa en hacerlo sino en por qué lo hace. La terapeuta le consultó por qué lo hacía y propuso realizar una lista de razones. La adolescente contestó que es porque se ve fea y porque se ve gorda. En relación a este último punto, la psicóloga indagó sobre cuándo empezó a verse así, y mencionó que cuando alguien se peleaba con ella era el primer insulto que le decían en su casa (su madre o su hermana). En función de eso, le pidió que le cuente una situación concreta en la que haya pasado esto. La joven rememora una pelea con su hermana en la cual esta le dijo “gorda”, sabiendo que eso la lastima. Luego, le preguntó qué fue lo que le pasó en ese momento, cuál fue la emoción que sintió. La paciente respondió que se fue sola al patio de su casa y se puso a llorar.

Estas intervenciones se orientaron a que la paciente pueda identificar, en primer lugar, el pensamiento, y poder dilucidar si aparecía algún pensamiento automático y si era capaz de reconocer esos pensamientos. Se intenta identificar este pensamiento para luego poder cuestionarlo. En segundo lugar, la siguiente intervención fue dirigida a que la paciente registre y reconozca la emoción de una situación conflictiva, y ver cómo la ponía en palabras, o los calificativos que utilizaba. También, estas intervenciones fueron dirigidas al reconocimiento de la relación entre pensamiento, emoción y conducta (Bunge, Mandil & Gomar, 2005).

Posteriormente, la psicóloga quiso saber si L cree que existe algo en lo cual se la pueda ayudar advirtiéndole que a raíz de provocarse vómitos pueden aparecer otros trastornos tales como gastritis, bajar excesivamente de peso y ser internada, problemas relacionados con la acidez del vómito, entre otras cuestiones. Además, se le planteó la posibilidad de atenderse con una nutricionista para que le organice una dieta, para lo cual L afirmó que ella ya intentó realizar una dieta por sí misma. Frente a esta respuesta, se le explicó que si uno desea bajar de peso, se debe consultar con un nutricionista, profesional que posee conocimientos para armarle una dieta acorde a su peso y altura, siguiendo un régimen sano. Se le expuso que cuando uno vomita, todo lo que ingiere como alimento, con proteínas y vitaminas, el cuerpo no las retiene, por lo que aparecen consecuencias como por ejemplo el resecamiento de la piel y la anemia.

Enseñarle al paciente adolescente sobre los problemas físicos y psicológicos de un trastorno de la alimentación es fundamental en el inicio del tratamiento. Es esperable que en estos casos la psicoeducación sea reiterada y reforzada durante su desarrollo (Lock 2005).

Como plantean Bunge, Mandil y Gomar (2010), los pacientes y sus padres suelen venir con intentos previos de solución y también hipótesis explicativas sobre el origen de su malestar. En este caso, L ha intentado hacer dieta por sus propios medios y no cree que sea necesario consultar con un nutricionista. La psicoeducación implica un proceso en el que se indagan las hipótesis previas y se las contrasta con la información obtenida por la evaluación.

Al finalizar la primera entrevista, se invitó a la joven a concretar dos actividades para la semana siguiente. La primera tarea se basaba en averiguar en internet cuáles son las consecuencias de que una persona vomite y qué secuelas pueden ocurrirle, centrándose en las que le parezcan más importantes a ella. La segunda tarea era que escriba aquellas cosas de ella que no le gusten, su cuerpo, su personalidad, lo que le molesta. En suma, todos aquellos aspectos con los que no esté cómoda respecto de sí misma. Al respecto, se le explicó que todo esto era para comenzar a trabajar y que, de este modo, podrían identificar los pensamientos y emociones que tiene, así como también los de sus padres en relación a este tema.

De acuerdo a lo que ha sido definido en el marco teórico, en el párrafo anterior ha sido referido un tipo de intervención que puede desarrollarse fuera del consultorio. Tal como las “tareas” o “investigaciones” para el hogar.

Concluyendo esta sesión, la terapeuta apeló nuevamente al proceso de psicoeducación, utilizando un lenguaje acorde al nivel y a las posibilidades de comprensión de la paciente. Finalmente, se le propuso a L continuar con una terapia a través de encuentros semanales para que puedan encontrar alguna forma de ayudarla a que se sienta bien y que su conducta no perjudique su salud (Bunge, Mandil & Gomar, 2010).

En otra de las sesiones, se le volvió a plantear acerca de la importancia de su alteración en relación a la alimentación, comentándole que la preocupación de sus padres es debido a que ella padece un problema y que su salud está en juego, pese a que ella crea lo contrario. En este sentido, se le explicó que, como bien sabe e investigó en internet, en el momento en que deje de controlar el vómito y se automatice, su salud estará más comprometida.

Por otro lado, luego de varios encuentros, la paciente no consultó con el pediatra como se había solicitado al inicio del tratamiento. Esto generó que se le pida otra vez que vaya a verlo para realizar la evaluación correspondiente. Así, es enviada una nota al médico para que realice la evaluación por medio de su madre. Simultáneamente, se le requirió a M que la lleve al psiquiatra para que también la evalúe. Además, que acuda a un nutricionista para que establezca una dieta acorde a su problema. La rehabilitación nutricional es fundamental para cualquier alteración de la alimentación (Lenoir & Silber, 2006a).

En otra de las sesiones, la paciente expresó que estuvo vomitando con mayor frecuencia de lo que lo venía haciendo, por lo que se le pidió que desde entonces hasta el próximo encuentro, tratara de reflexionar antes de provocarse el vómito acerca de todo lo que se ha trabajado hasta entonces en la terapia.

Luego de algunos meses, según lo solicitado por el colegio, se les envió un informe para que estuvieran al tanto de la situación de la paciente en función de la preocupación manifestada tanto por los profesores como por las autoridades. Esto se debió a que se retiraba antes de hora, faltaba a algunas clases para ir a terapia o que no asistía a las materias de Psicología y Biología en donde se abordan temas que a ella le afectan. Como argumenta Lock (2005), los problemas en el ámbito escolar y en el rendimiento académico pueden afectar el tratamiento, por lo cual los terapeutas suelen tener que proporcionar explicaciones y excusas para que en la escuela entiendan que el adolescente falta a clases por realizar un tratamiento psicológico.

Por otra parte, se le reiteró una vez más a la madre la necesidad de que su hija se realizara los análisis clínicos indicados para conocer con mayor detalle su estado

de salud. Esto tiene una doble finalidad. Primero, descartar cualquier enfermedad médica vinculada o no a su trastorno y, segundo, descartar que su problema no sea en realidad causado por alguna patología. Por último, se le recomendó a L realizar alguna actividad física que a ella le guste a la vez que se le solicitó a la madre que, si la adolescente lo deseaba, la anotara en el club del barrio para que pueda comenzar con las clases que a ella le interesen.

En virtud de lo anterior, es pertinente señalar que la descripción de las intervenciones realizadas ha sido acotada debido a que la historia clínica no describe extensamente cada intervención, sino que solamente menciona algunas de ellas. De igual modo, debió recurrirse a los videos de las primeras entrevistas para obtener la mayor parte de la información y, finalmente, a la observación participante en dos encuentros con la paciente.

5.3 Descripción de la evaluación psicológica realizada a los ocho meses de tratamiento

Con el objetivo de analizar la evolución de la paciente en el transcurso del tratamiento psicoterapéutico, a los ocho meses se aplicaron dos técnicas autoadministrables relacionadas con la patología que presenta. La primera de ellas es el Inventario de Conductas Alimentarias (ICA) y la segunda es el Inventario de Depresión de Beck versión 2 (BDI-II). A continuación se presentan los principales resultados.

5.3.1 Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)

En el presente caso esta técnica de screening o rastrillaje se administró con el fin de evaluar rasgos o dimensiones psicológicas de la paciente para una mejor comprensión de los mismos y para continuar con un tratamiento que sea lo más adecuado posible para la patología que ella presenta. Al comenzar con la toma se nota a la paciente algo nerviosa, pero con el correr del tiempo se muestra más confiada y relajada. Se la pudo observar concentrada y no realizó preguntas de comprensión sobre las consignas proporcionadas.

Al analizar en profundidad sus respuestas, se percibe que existe una necesidad de estar más delgada y un temor a ser gorda. Esto se refleja en las respuestas de la dimensión “Deseos de adelgazar”, que incluye ítems sobre preocupaciones con la

dieta, el peso, y temor a aumentar de peso. Seis de los siete ítems de esta dimensión fueron contestados con “Siempre o casi siempre” (o “Nunca o casi nunca”). Asimismo, esta técnica muestra que la paciente tiene una tendencia a pensar o involucrarse en conductas que implican comer de forma excesiva, que se evidencia en la dimensión “Bulimia”, dando respuestas positivas a ítems como “Pienso mucho en comer”, “Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente si estoy sola”, “Como o bebo a escondidas”. También ha respondido positivamente a “Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso”, lo que indica que la paciente continúa provocándose el vómito como conducta compensatoria, con la idea de que si vomita podrá adelgazar.

Ambas dimensiones se manifestaron a su vez en las entrevistas realizadas con la paciente y en la historia clínica. Ella relató que todos los días vomita a escondidas, que come poco frente a su familia y algunas veces lo hace sin que la vean. En una oportunidad, comentó que cuando pasa un largo tiempo sin ingerir alimentos se siente mal, entonces come una gran cantidad de comida y luego la vomita.

Por otro lado, según las respuestas brindadas en este inventario, puede inferirse que posee sentimientos de disconformidad con determinadas partes de su cuerpo, como abdomen, muslos, caderas y nalgas, y una perturbación en la imagen corporal, ya que ha contestado positivamente a la mayoría de los ítems de “Insatisfacción corporal”. También se desprende que hay una presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo y falta de control sobre su propia vida. Las respuestas de la dimensión “Ineficacia” se relacionan con baja autoestima o pobre autoconcepto, e incluyen referencias a sentimientos de soledad y de vacío (“No sirvo para nada”, “me siento muy sola”, “desearía ser otra persona”). Esto se repite en las respuestas arrojadas por el BDI-II (a continuación).

Analizando la dimensión “Desconfianza”, posiblemente Laura sienta una necesidad de mantenerse alejada de los demás. Sus respuestas demuestran que no suele ser muy abierta con sus sentimientos, le resulta difícil expresarlos, no suele confiar mucho en otras personas, sus vínculos afectivos no suelen ser muy

buenos y no le resulta fácil comunicarse con los demás. En relación a la dimensión “Alexitimia”, definida esta como una dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales, los resultados del ICA exhiben esta presencia de sentimientos confusos para poder reconocer afectos y sensaciones. Entre las opciones elegidas por la paciente se encuentran: “me confundo cuando intento saber si estoy hambrienta o no” y “me preocupa no poder controlar mis sentimientos” (algunas veces), “me siento llena después de una comida pequeña” y “cuando estoy nerviosa, me preocupa que voy a empezar a comer” (siempre o casi siempre).

La dimensión “Ascetismo” arrojó el puntaje más alto de esta técnica. Esta se refiere a una predisposición a comportarse de forma virtuosa, a través de algunos ideales como la autodisciplina, el autocontrol y el auto-rechazo. Algunos ejemplos que fueron respondidos con “siempre o casi siempre” son: “me avergüenza ser una persona débil”, “me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo”, “creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo”, “me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo”.

Otro de los rasgos que se muestra elevado es el de “Impulsividad”, caracterizado por tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad y componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Entre las frases de esta dimensión se encuentra “me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños”, la cual fue respondida como “siempre o casi siempre”; “siento la necesidad de causarme daño a mí misma o a otros” (algunas veces). Por último, se desprende que la paciente percibe sus relaciones sociales como tensas, inseguras, desagradables, y por lo general de baja calidad. Es por esto que responde que “casi nunca” se siente cómoda en las situaciones grupales, los demás no son capaces de entender sus problemas, que todo siempre le sale mal, y que prefiere estar sola antes que acompañada por otros. Esta dimensión designada “Inseguridad social” se encuentra elevada en esta técnica.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la administración de la técnica, se puede concluir que la paciente se encuentra muy por encima del término medio poblacional en nueve de las once dimensiones de esta escala. Una de estas arrojó un puntaje por debajo de la media poblacional. De hecho, solamente una de las dimensiones se encuentra dentro del rango aceptado como normal para la población femenina de entre 13 y 15 años de edad que viven en Buenos Aires. Por lo tanto, se considera que hay una marcada presencia de síntomas asociados con los TCA que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo del tratamiento.

Ver Anexo 1: Hoja de respuestas del Inventario de Conductas Alimentarias

Ver Anexo 2: Resultados del Inventario de Conductas Alimentarias

Ver Anexo 3: Perfil del Inventario de Conductas Alimentarias

5.3.2 Inventario de Depresión de Beck (versión 2) (BDI-II)

Durante la sesión se le entregó a la paciente el cuestionario, informándole que debía elegir una opción para cada grupo de enunciados, según cómo se haya sentido las últimas dos semanas. L comenzó a leer las instrucciones y contestó sin realizar comentarios. Respondió todas las preguntas salvo la última acerca de “Pérdida de interés en el sexo”. Mientras leía las opciones dijo que no sabía cómo responder y finalmente la dejó en blanco. Si bien se debe tener en cuenta el análisis cuantitativo de esta técnica, también se ha realizado un análisis de las respuestas que ha brindado la paciente. Algunos de los enunciados elegidos por L que llaman la atención son los siguientes:

- Tristeza (“No me siento triste”): Con respecto a este ítem, se debe considerar que los adolescentes deprimidos frecuentemente pueden presentar irritabilidad como síntoma en lugar de tristeza.
- Pesimismo (“Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar”): Luego de que la paciente respondiera el cuestionario, se indagó acerca de algunas de las respuestas que había dado. Entre ellas se le preguntó acerca de este ítem. L comentó que suele pensar que nunca se va a casar, que no va a poder hacer nada bueno en su futuro, y que no va a ser

feliz. Esto se puede explicar a partir del concepto de triada cognitiva de la depresión de Beck (2010), en el cual uno de sus componentes es la visión negativa acerca del futuro. Así, este ítem refleja la existencia de una característica de la depresión, la desesperanza, en donde la persona cree que su vida nunca va a mejorar (Friedberg & McClure, 2005).

- Pensamientos o deseos suicidas (“He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría”): Esta respuesta es acorde a lo que la madre comentó en la entrevista de admisión, acerca de los comentarios de L (“qué lindo lugar para suicidarse”). Cuando se le pregunta acerca de esto, la paciente responde: “me dan ganas de morirme pero después me arrepiento de haberlo pensado”.

Debe advertirse que tanto la pregunta sobre Pesimismo y Pensamientos o deseos suicidas son indicadores de posible riesgo de suicidio.

- Pérdida de placer (“No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo”) y Pérdida de interés (“Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas”): Estos dos ítems del inventario reflejan un síntoma característico de la depresión. La anhedonia, la disminución del interés por realizar actividades o del placer que se obtiene por estas, es muy común en los pacientes con depresión, y esto se manifiesta en su conducta y en sus emociones. L ya no se siente atraída por tomar clases de piano, algo que antes le gustaba hacer, ya no tiene ganas de ir a la cancha con su padre, y manifiesta que no hay nada que le divierta. Este síntoma se acompaña de apatía, la falta de interés por pasar el tiempo con sus amigos y el distanciamiento de los pares. L ha dejado de aceptar las invitaciones que le hacen sus amigos, y solamente tiene una amiga con la cual sale muy esporádicamente ya que afirma, no le gusta salir de la casa.
- Disconformidad con uno mismo (“No me gusto a mí misma”): Al preguntarle acerca de este ítem, L responde que se ve gorda y fea, y que quiere operarse la nariz. Dice que se ve fea en todo sentido, y que no le gusta ni su cuerpo ni su personalidad.
- Cambios en el apetito (“Mi apetito es un poco menor que lo habitual”): L refiere en la sesión que últimamente no tiene hambre, y solamente come porque sus

padres la obligan. Este ítem está íntimamente relacionado con la patología alimentaria.

- Dificultades de concentración (“No puedo concentrarme tan bien como habitualmente”): Este síntoma se ve reflejado en el bajo rendimiento que está teniendo últimamente en la escuela, ya que se llevó algunas materias.
- Cansancio o fatiga (“Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual”) y Pérdida de energía (“Tengo menos energía que la que solía tener”): Cuando se le pregunta acerca este síntoma de depresión, ella responde que está siempre cansada y tiene mucho sueño.

Los resultados de la técnica administrada reflejaron un puntaje total de 23. En base a las puntuaciones de corte planteadas por Beck, Steer & Brown (2006), este valor se correspondería con una depresión moderada. Sin embargo, es importante señalar que este instrumento se utiliza como un indicador de la presencia y del grado de los síntomas depresivos coincidentes con el DSM-IV, y no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico.

Ver Anexo 4: Hoja de respuestas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Ver Anexo 5: Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Ver Anexo 6: Puntos de corte Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

5.4 Cambios en la sintomatología inicial a partir del tratamiento

En este apartado se analizan aquellos cambios producidos en la sintomatología inicial de la paciente durante el tratamiento hasta el momento en que la autora de este trabajo realizó su práctica profesional (ocho meses de tratamiento). Es pertinente señalar que L presenta al comienzo síntomas relacionados al TANE y también al trastorno depresivo.

En primer lugar debe hacerse referencia a ciertas dificultades relacionadas a la terapia. En este sentido, en varias oportunidades se les informó a la paciente y a sus padres sobre la importancia tanto de consultar con su pediatra como de realizarse los análisis clínicos correspondientes. Sin embargo, mientras que en

una ocasión, L dijo que no lo hacía porque no tenía ganas y porque la madre no le insistía en llevarla, en otro encuentro expresó que no se hizo los análisis porque la madre no la despertó para ir a hacérselos.

De igual manera, pese a los intentos por parte de la psicóloga para que cumpliera con lo solicitado, algunos meses después la terapeuta coordinó una entrevista con ambos padres para dialogar acerca de los pocos avances que había hasta el momento y del compromiso que debían tener ellos para con el tratamiento y lo que se les pedía. De ahí que se les insistió acerca de que era necesario que su hija se realizara los estudios, y que acudiera a un nutricionista. Además, se les reiteró que debía efectuar una interconsulta con un psiquiatra infantil. Al día siguiente de esta charla, finalmente L se hizo análisis y también fue a ver al pediatra. Sin embargo, aunque se le indicó que inicie alguna actividad física que a ella le guste, y pese a las insistencias sobre esta cuestión, no emprendió ninguna.

Como plantean Bunge, Mandil y Gomar (2012), el rol del terapeuta como mediador consiste en que las partes involucradas trabajen en conjunto, tomando responsabilidades y sin culpabilizar a los otros. En casos en los que los resultados no son los esperados, dicho rol se torna más importante.

Luego de ocho meses de tratamiento, y de haber recabado información a través de entrevistas con la psicóloga del caso, de la observación participante de sesiones con la paciente y de las técnicas aplicadas, se pudieron identificar algunos cambios con respecto a la sintomatología inicial, los cuales pueden distinguirse en dos grupos. Por un lado, aquellos que son desfavorables en relación a los síntomas iniciales, los cuales muestran la falta de mejorías, y por el otro, los favorables, los que reflejan una mejoría en la paciente.

Entre los primeros, se pueden mencionar los siguientes: en una de las sesiones, Laura relató que se compró cuatro tabletas de laxante pero que no llegó a ingerirlas, ya que su madre las encontró y se las quitó. En relación a la comida, dijo que le da asco, que no tiene hambre y que come muy poco, señalando que

solo come porque sus padres la obligan. Agregó que no cree que el hecho de comer muy poco le haga daño. En relación a esto y a la percepción de su imagen corporal, explicó que luego de comer se ve y se siente más gorda que antes. En otros encuentros ha mencionado que desde hace algunos meses le sangra la nariz y le duele la garganta. Además, con frecuencia le duele la cabeza y por las noches le cuesta respirar.

En otra oportunidad, volvió a reiterar que algunas veces sigue sintiendo deseos de morirse y de querer matarse, pero luego se arrepiente de haber pensado eso. Por otro lado, en los últimos encuentros la paciente contó que su hermana se fue de la casa. Su madre manifestó estar muy inquieta con el tema y muy angustiada, hizo la denuncia y A por su parte radicó una denuncia a su madre. Asimismo, L confiesa que a pesar de las peleas que tenían, la extraña.

Entre los segundos, se pueden mencionar los siguientes: en relación a la frecuencia con la que se provoca vómitos, la paciente refirió que ya no vomita todos los días sino que ha disminuido la frecuencia de esta conducta compensatoria. Por otro lado, en lo que respecta a las relaciones interpersonales y las actividades, Laura contó que ha conocido a un chico y que hace algunas semanas están de novios. Destacó que desde que comenzó esta relación se siente mejor con ella misma. Debido a esto, empezó a salir a pasear junto con su amiga y el novio de su amiga. Sin embargo, no les ha contado a sus padres de esta situación, y no quiere contarle a su padre por miedo a que la reten.

Además, debido a que su hermana ya no vive en su casa, tiene más tiempo con su madre, lo que ha implicado que puede conversar un poco más con ella, y que ahora discuten menos.

6. Conclusión

Los TCA representan un problema clínico significativo que se observa con frecuencia en adolescentes mujeres y jóvenes adultas. Constituyen una

problemática socio-sanitaria creciente en la población adolescente de nuestro país y, por lo tanto, un motivo de preocupación. En un estudio realizado en Argentina por Bay et al. (2005) entre 1998 y 2001, se examinó con qué frecuencia el pediatra se encuentra en la consulta con pacientes que padecen una alteración en su conducta alimentaria. Los resultados reflejaron que el 6,95% de la muestra poseía un TCA, el 0,35% un TANE y el 0,05% BN (Berner, Piñero & Valente, 2004; Rutzstein et al., 2010).

Ante lo expuesto, este trabajo de integración ha estudiado el caso de una adolescente de quince años con un diagnóstico de TANE con comorbilidad depresiva con el que se tomó contacto en el marco de la práctica profesional, orientando el interés principal de la investigación en el tratamiento que realizó la paciente en consultorios externos del servicio de Psicología.

El primer objetivo específico planteado ha sido la descripción de los síntomas presentados por la paciente al inicio del tratamiento. Para ello se utilizaron los videos que se obtuvieron de la admisión y de las primeras entrevistas en donde la psicóloga del caso pudo indagar acerca de los mismos. Allí se accedió a una importante cantidad de información. Por ello se considera que no hubo limitaciones para su ejecución.

Esto permitió identificar el motivo de consulta manifestado por la madre (que su hija se auto-induce vómitos), detallar los síntomas así como los antecedentes de su aparición y conocer el entorno familiar (registrando los problemas que dificultan la interacción familiar y su impacto en la patología de L). Asimismo, la propia percepción de la adolescente sobre lo que le sucede. En tal sentido, se destaca que los síntomas que presentaba Laura se ajustan, según los criterios definidos en el DSM-IV (APA, 1994), al diagnóstico de TANE con comorbilidad depresiva. Por otro lado, en línea tanto con Vega et. al (2009) como con Stice, Burton y Shaw (2004) entre otros, el caso constituye una nueva evidencia empírica sobre la asociación existente entre los TCA y la depresión.

El segundo objetivo consistió en la descripción de las intervenciones cognitivo-conductuales efectuadas durante los primeros ocho meses de tratamiento. En este caso, los pocos encuentros entre la autora y la paciente obligaron a que la mayoría fueran obtenidas de los videos y otras de la historia clínica (en ésta última las intervenciones no estaban muy detalladas). Hubiese sido más enriquecedor para el trabajo haber tenido más contacto con L o, en su defecto, poder contar con otros videos de sesiones posteriores.

De todas maneras, se pudo conocer una forma de aplicación de la TCC en un caso de TANE con comorbilidad depresiva. Además, identificar cómo incide el rol del terapeuta en la adhesión al tratamiento, considerando que los pacientes adolescentes con este tipo de patologías tienen dificultad en reconocer su enfermedad, lo que genera que sea más difícil que se comprometan con un tratamiento. Finalmente, advertir sobre el aporte de la psicoeducación para enseñar a Laura sobre los problemas físicos y psicológicos de su trastorno. Lo que puede destacarse es que tanto el rol del psicólogo como la utilización de herramientas adecuadas son importantes para la evolución en un tratamiento.

El tercer objetivo, describir la evaluación psicológica realizada en el caso luego de ocho meses de tratamiento, fue alcanzado a través del análisis de los resultados de dos técnicas autoadministrables: ICA y BDI-II. En línea con las limitaciones indicadas anteriormente, se puede mencionar que los pocos encuentros con la paciente impidieron que se pudiera trabajar sobre las respuestas brindadas. En este sentido, hubiese sido de mayor utilidad para el trabajo haber ahondado en las mismas y tener la posibilidad de repreguntar a la adolescente para profundizar. De igual modo, su aplicación posibilitó reflejar el estado de la paciente en ese momento, revelando una marcada presencia de los síntomas vinculados al TANE y al trastorno depresivo mayor, y la gravedad de los mismos. Así, se verifica la importancia de la utilización de técnicas como herramientas que indican la presencia así como el grado de los síntomas de estos trastornos, y que ayudan a comprender el estado del individuo en el momento de la toma para poder planificar nuevas estrategias para el tratamiento, cambiando el rumbo del mismo.

En el último objetivo se describieron los cambios producidos en la sintomatología inicial de la paciente. Con respecto a este, las limitaciones se vinculan con dos cuestiones. Por un lado, fue muy breve el tiempo transcurrido desde que se logró un mayor compromiso hasta que finalizó la práctica profesional en el hospital. Esta falta de compromiso fue tanto de la adolescente como de sus padres quienes no cumplían con las indicaciones que les daba la profesional, entre ellas que concurriera a una interconsulta con un psiquiatra infantil, que consultara con su pediatra y con un nutricionista. Por otro lado, solamente se tuvo conocimiento de la evolución del caso hasta el octavo mes porque el servicio de Psicología debió cerrar y el tratamiento de L continuó en otra institución. En consecuencia, no ha sido posible describir cómo continuó y los cambios que fue logrando, lo que hubiese permitido completar más este trabajo.

En suma, ambas limitaciones afectaron el desarrollo del objetivo e implicaron que solo pudieran reflejarse aquellos cambios producidos hasta ese momento. Por cierto, como sostienen Fairburn y Harrison (2003), los TCA son patologías difíciles de tratar debido a la resistencia que ponen estos pacientes. En consecuencia los cambios son graduales y se manifiestan progresivamente.

En relación al objetivo general que consistió en analizar la evaluación y el tratamiento desde un abordaje cognitivo-conductual, se informa que fue alcanzado satisfactoriamente pese a las limitaciones expresadas, debido a que se lograron describir los síntomas iniciales, las intervenciones realizadas, las técnicas aplicadas y por último, exponer los cambios principales con respecto a la sintomatología.

Por otra parte, se plantean algunas críticas y comentarios de orden teórico. En tal sentido, se sugiere seguir ahondando en el estudio de la comorbilidad entre los TCA y la depresión, ya que se acepta la existencia de una correlación entre ambos pero se desconoce la naturaleza de la asociación.

Asimismo, los escasos desarrollos conceptuales sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado representan una dificultad para el estudio de estos casos. En la misma perspectiva, son pocas las investigaciones sobre tratamientos eficaces para TANE. Esto responde a que son una clasificación heterogénea, por lo tanto es más difícil desarrollar un tratamiento específico.

Este problema se refleja en que al no haber tratamientos específicos, lo que se hace es adaptar los tratamientos para AN y BN según las particularidades de cada caso. Si los síntomas preponderantes son los mismos que en la BN, entonces se adaptará el tratamiento de BN para el TANE (lo mismo ocurre si los síntomas son los de AN). El punto a tener en cuenta es que los TANE son los más prevalentes dentro de los TCA, por lo que se sugiere continuar profundizando en esta línea.

Por último, hubiese contribuido con el caso agregar algunas intervenciones que sean más relacionadas con la conducta compensatoria que realiza y su trastorno alimentario. Para finalizar, cabe mencionar que esta ha sido una experiencia enriquecedora ya que permitió a la alumna conocer cómo se trabaja en el ámbito hospitalario en sesiones de terapia individual con niños y adolescentes.

7. Bibliografía

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, third edition. Washington D.C.: Author.

Bay, L. B., Hersovici, C. R., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L. & Bersegio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Arch. argent. pediatr.*, 103(4), 305-316.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006). *Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a. ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Berner, E., Piñero, J. & Valente, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch. argent. pediatr.*, 102(6), 440-444.

- Bonsignore, A. M. (2004). Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones. *Arch. argent. pediatr.*, 102(6), 419-421.
- Bunge, E., Mandil, J. & Gomar, M. (2010). Introducción a la terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. En M. Gomar, J. Mandil, E. Bunge (Eds.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. (p. 21-66). Buenos Aires: Polemos.
- Casullo, M. M. & Pérez, M. (2003). El Inventario de Conductas Alimentarias ICA. Departamento de Publicaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Hoste, R. R., Herzog, D. B. & le Grange, D. (2008). Eating Disorder Not Otherwise Specified in Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47(2), 156-164.
- Fairburn, C. G. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691-701.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 107-110.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G. & Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (Eating Disorder Not Otherwise Specified). En Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Eds.). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. (p. 171–177). Nueva York: Guilford Press.

- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Keel, P. K., Haedt, A. & Edler, C. (2005). Purging Disorder: An Ominous Variant of Bulimia Nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 191-199.
- Keel, P. K., Wolfe, B. E., Liddle, R. A., De Young, K. P. & Jimerson, D. C. (2007). Clinical Features and Physiological Response to a Test Meal in Purging Disorder and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 64(9), 1058-1066.
- Lameiras Fernández, M., Calado Otero, M., Rodríguez Castro, Y. & Fernández Prieto, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Leiderman, E. A. & Triskier, F. J. (2004). Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(57), 175-179.
- Lenoir, M. & Silber, T. J. (2006a). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1). Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch. argent. pediatr.*, 104(3), 253-260.
- Lenoir, M. & Silber, T. J. (2006b). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 2).
- Lock, J. (2005). Adjusting Cognitive Behavior Therapy For Adolescents With Bulimia Nervosa: Results Of Case Series. *American Journal of Psychotherapy*, 59(3), 267-281.

- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.*, 33(3), 611-627.
- 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.
- Pretorius, N., Arcelus, J., Beecham, J., Dawson, H., Doherty, F., Eisler, I., Gallagher, C., Gowers, S., Isaacs, G., Johnson-Sabine, E., Jones, A., Newell, C., Morris, J., Richards, L., Ringwood, S., Rowlands, L., Simic, M., Treasure, J., Waller, G., Williams, C., Yin, I., Yoshioka, M. & Schmidt, U. (2009) Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: The acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 729-736.
- Rava, M. F. & Silber, T. J. (2004a). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch. argent. pediatr.*, 102(5), 353-363.
- Rava, M. F. & Silber, T. J. (2004b). Bulimia nerviosa (Parte 2). Desde la etiología hasta la prevención. *Arch. argent. pediatr.*, 102(6), 468-477.
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 48-61.

- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321-336.
- Stice, E., Burton, E. & Shaw, H. (2004). Prospective Relations between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *J Consult Clin Psychol.*, 72(1), 62-71.
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R. & Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychol. Bull.*, 135(3), 407-433.
- Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A. & Tocci, R. F. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Facultad de Psicología- UBA. Anuario de Investigaciones*, 16, 103-114.
- Wilson, G. T. & Sysko, R. (2006). Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 8-16.
- Yunes, R. A. (2000). Clínica de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En: Grau Martínez, A., Meneghello, J. (Eds.). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. (p. 284-297). Buenos Aires: Médica Panamericana.

