

Trabajo Final de Grado

Monografía

Bulimia Nerviosa y su Tratamiento Cognitivo-Conductual



Mia (2015) Helena Hauss

Estudiante: Antonella Perurena Asis
C.I: 4.167.379-1
Tutor: Hugo Selma Sánchez
Revisor: Gabriela Fernandez Theoduloz
Montevideo, Uruguay
Octubre, 2019

Índice

1. Resumen	2
1.1. Abreviaciones	3
2. Introducción	4
3. Antecedentes	5
4. La Bulimia Nerviosa como Trastorno de la Conducta Alimentaria	6
4.1. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?	6
4.2. Del DSM-IV al DSM-V. Modificaciones de la definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	7
5. La Bulimia Nerviosa	9
5.1. Descripción	9
5.2. Criterios diagnósticos.....	11
5.2.1. Diagnóstico diferencial.....	15
5.3. Alteraciones clínicas	15
5.3.1. Alteraciones y comorbilidades orgánicas	15
5.3.2. Alteraciones y comorbilidades psicológicas	17
5.4. Etiología.....	20
5.4.1. Factores biológicos	20
5.4.2. Factores psicológicos.....	21
5.4.3. Factores familiares.....	23
5.4.4. Factores socioculturales	24
5.5. Prevalencia e incidencia de la Bulimia Nerviosa	25
6. Terapia Cognitivo-Conductual de la Bulimia Nerviosa	26
6.1. Introducción. Su abordaje sanitario	26
6.2. Definición y evolución histórica de la Terapia Cognitivo-Conductual	27
6.3. Terapia Cognitivo-Conductual mejorada	29
6.3.1. Protocolo central. Etapa 1	31
6.3.1.1. Sesión inicial. Preparación para el tratamiento.....	31
6.3.1.2. Sesión 1	33
6.3.1.3. Sesión 2 a 7	33
6.3.2. Protocolo central. Etapa 2.....	34
6.3.3. Protocolo central. Etapa 3.....	35
6.3.4. Protocolo central. Etapa 4.....	40
6.3.5. Protocolo central. Sesión de Revisión.....	40
7. Reflexiones finales	41
8. Referencias bibliográficas	44
9. Anexos	52

1. Resumen

El presente trabajo monográfico intenta abordar en primera instancia las características más representativas de la BN, para ello se describe su evolución histórica hasta su constitución actual como trastorno psiquiátrico dentro de los TCA. A modo de contextualización, se detallan las características principales de los TCA y las diferencias en los criterios diagnósticos de estos trastornos entre los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-IV y DSM-V.

Luego se describe la BN como trastorno independiente, especificando sus síntomas, criterios para su diagnóstico, diagnósticos diferenciales, alteraciones clínicas y comorbilidades orgánicas y psicológicas. Dada su etiología multideterminada, se describen los factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales intervinientes en su etiopatogenia. Asimismo, se detalla su creciente prevalencia e incidencia.

Posteriormente, se presentan las intervenciones sanitarias disponibles para la BN, entendiendo que es de vital importancia su abordaje multidisciplinario. Se nombran los tratamientos psicoterapéuticos disponibles y se definen los aspectos generales de la TCC. Esta última constituye el tratamiento con mayor validación empírica para la BN, ya que ofrece un abordaje de sus cogniciones distorsionadas como intermediarias de las emociones disfuncionales y conductas manifiestas. A continuación, se enfatizará en los aspectos teóricos y prácticos de la TCC mejorada presentada por Christopher G. Fairburn; describiendo sesión a sesión el tratamiento “focalizado” y ambulatorio de adultos (mayores de dieciocho años) que sufren BN.

Finalmente, se realizan reflexiones finales que problematizan las crecientes cifras epidemiológicas de prevalencia e incidencia de la BN y procuran concientizar acerca de la importancia de su prevención temprana.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa, terapia cognitivo-conductual, distorsiones cognitivas.

1.1 Abreviaciones

AN = Anorexia nerviosa.

BN = Bulimia nerviosa.

TCA = Trastornos de la conducta alimentaria.

TCC = Tratamiento cognitivo-conductual.

AA = Autoayuda.

AAG = Autoayuda guiada.

TIP = Terapia interpersonal.

TFS = Terapia familiar sistémica.

TF = Terapia familiar no especificada.

TPD = Terapia psicodinámica.

TC = Terapia conductual.

LCR = Líquido cefalorraquídeo.

FE = Funciones ejecutivas.

CPF = Corteza prefrontal.

APS = Atención Primaria de Salud.

2. Introducción

El presente trabajo monográfico, tiene como principal objetivo realizar una revisión de las características más importantes de la BN como parte de los TCA. Posteriormente, se describirán los abordajes sanitarios disponibles para dicha afección, se nombrarán los tratamientos psicoterapéuticos disponibles y se realizará una descripción de los aspectos teóricos y prácticos más importantes acerca de uno de ellos: la TCC “mejorada”.

Cabe destacar que en el presente trabajo se definen criterios diagnósticos para la BN de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-IV y DSM-V. La necesidad de incluir estos dos últimos, se debe a las modificaciones en la definición de la BN y en sus criterios diagnósticos en cuanto a la frecuencia de sus episodios. Por otra parte, se considera necesario mencionar que, si bien se utiliza el manual DSM-V como insumo teórico, la mayor parte de la bibliografía se encuentra basada en la definición de la BN según el manual DSM-IV. Las diferencias mencionadas entre dichos manuales serán abordadas en el desarrollo de esta monografía.

La BN constituye un trastorno que se encuentra dentro de los llamados TCA, esta se caracteriza por la presencia de atracones dentro de un corto período de tiempo y por las conductas para compensar los efectos de dicha ingestión. Su etiología es multideterminada, actúan como predisponentes factores de tipo biológico, social, familiar y personal. Además, pueden presentarse situaciones vitales que faciliten la aparición de estos trastornos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Acerca de esta multideterminación etiológica, no se podrá comprender la etiopatogenia de los TCA de manera simple, dada la implicación de factores orgánicos, psíquicos y socioculturales. El peso de estos últimos es cada vez mayor en los últimos años, lo que podría ayudar a comprender la razón por la que en la actualidad constituyen un gran problema en los sistemas sanitarios (García-Camba, 2000).

Los TCA “...representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes” (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 63). Constituyen patologías de tipo crónico que deben ser prontamente diagnosticadas, ya que un retraso en su diagnóstico demora su tratamiento; aumentan la probabilidad de morbilidad y agravan el pronóstico del sujeto (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Estos trastornos son cada vez más prevalentes en adolescentes entre 12 y 24 años (Tabárez, 2016), especialmente en mujeres (OMS, citado en Tabárez, 2016).

El 26 de agosto de cada año se festeja en Uruguay el Día Nacional de Lucha contra la BN y la AN, por lo que en un canal televisivo nacional se emitió un programa dedicado a este propósito. En el mismo, la Licenciada en Psicología Julia Alderette -quien trabaja en la Asociación de lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA)- nos invita a reflexionar acerca de la importancia del diagnóstico precoz de la BN, ya que al tratarse de un trastorno crónico es necesario comenzar su tratamiento en fases tempranas de la enfermedad. Se enfatiza en la dificultad que conlleva la

detección de los TCA dentro del ámbito familiar y por parte del propio sujeto. No existe en estos pacientes una consciencia de enfermedad al comienzo de su tratamiento, por lo que se ofrece una marcada resistencia a los mismos. Las conductas propias de este trastorno y no percibidas como conductas de riesgo -como las automutilaciones o consumo excesivo de psicofármacos- redundan en altos índices de mortalidad. Por último, se expresa que a pesar de ser una patología mayoritariamente del adolescente, se presentan cada vez más casos en edades preadolescentes («La lucha contra la bulimia y la anorexia», 2016).

Dado lo anteriormente mencionado, se considera de importancia fundamental el trabajo sobre la temática elegida para el presente trabajo final de grado. Como se mencionó, la BN presenta a nivel mundial una fuerte prevalencia y creciente incidencia en edades cada vez más tempranas (Tabárez, 2016). Estos datos, sumado a una ausencia de registros epidemiológicos de casos de BN en el Uruguay (Bermúdez, Machado y García, 2016) ponen especial interés en el estudio y difusión de información sobre la temática propuesta. Se espera que el presente trabajo contribuya en este sentido, promoviendo la toma de consciencia sobre la importancia de un diagnóstico precoz y de acciones que conduzcan al mismo.

3. Antecedentes

Respecto a los antecedentes de la BN dentro del marco de los TCA, esta fue definida como entidad nosológica de manera más reciente en comparación a la AN; esto se debe probablemente a su desarrollo insidioso y a que sus manifestaciones clínicas son menos evidentes con respecto a esta última (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Desde un punto de vista etimológico, la palabra "bulimia" proviene de una combinación de los términos "bous" y "limos", los cuales significan "hambre de buey" (García-Camba, 2000; Rava y Silver, 2004). Por otra parte, es posible encontrar tratados de medicina redactados por Hipócrates (460 a. C.-370 a. C) en los que se hace referencia a este tipo de alimentación voraz (Almenara, 2006). En las mismas, se describe la prescripción de eméticos a modo de aliviar dicha condición y conservar un estado físico saludable (Nasser, citado en Almenara, 2006).

Asimismo, Massa (citado en Almenara, 2006) expresa que durante la Edad Media, la ingestión de alimentos y bebidas de manera excesiva constituía "...el signo más notable del prestigio y el poder" (p. 76). Sin embargo, para atenuar estos excesos y/o a modo de castigo religioso, se estableció como práctica regular el ayuno riguroso, la provocación del vómito y el uso de purgantes (Almenara, 2006). Posteriormente, Robert James (1703-1776) definió una entidad clínica bajo el nombre "True Boulimus" y una variante de la misma llamada "Caninus Appetitus" (García-Camba, 2000). En la primera, el sujeto presentaba una fuerte inquietud frente a su alimentación, episodios de ingesta excesiva en un breve lapso temporal, desmayos y/o realización de períodos de ayuno. En su variante, James describió la existencia de vómitos posteriores a esta ingesta desmedida (García-Camba, 2000; Rava y Silver, 2004, p. 1).

Sin embargo, fue con Philippe Pinel (1745-1826) y su "Nosografía Filosófica" que se estableció por primera vez una vinculación entre los trastornos alimentarios y el entorno familiar del sujeto (Sainos-López, Sánchez-Morales, Vázquez-Cruz y Gutiérrez, 2015). En su obra, describe a la bulimia como "hambre canina" y señala como posibles causantes a alteraciones en el sistema nervioso o en la morfología estomacal (Almenara, 2006; Sainos-López et al., 2015). Seguidamente, Pierre Janet (1859-1947) en su obra "Las obsesiones y la psicastenia", realizó una descripción de cuatro casos de sujetos con "síndrome bulímico"; sin embargo no será hasta la década del 70 que este síndrome comenzará a considerarse como una entidad clínico-semiológica independiente (García-Camba, 2000).

Es posible apreciar que las diferentes designaciones y formas de comprender el trastorno que aquí nos compete, se deben principalmente a una falta de definición del cuadro clínico y de cuál es su origen, así como a las variadas formas de manifestación y comprensión de los síntomas (Almenara, 2006). Gerald Russell (1928-2008) fue el primero en llamar a este trastorno "bulimia nerviosa" y en realizar una descripción detallada del mismo junto a sus criterios diagnósticos (Álvarez, 2007; García-Camba, 2000; Rava y Silver, 2004). Russell (1979) expresó que la BN constituye una variante de gravedad de la AN y que "...la prognosis es menos favorable que en la verdadera anorexia nerviosa (...) la bulimia nerviosa es más resistente al tratamiento, las complicaciones físicas son más frecuentes y peligrosas, y el riesgo de suicidio es considerable" (p. 448).

Finalmente, en el año 1980 y tomando los aportes anteriormente mencionados, la bulimia nerviosa fue definida por la Asociación Psiquiátrica Americana como un trastorno mental independiente, describiéndose los criterios diagnósticos de la misma en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III) (Almenara, 2006; García-Camba, 2000). En la actualidad, dichos criterios se han modificado en la versión actualizada de dicho manual (DSM-V). Estos criterios serán abordados en el desarrollo del presente trabajo.

4. La Bulimia Nerviosa como Trastorno de la Conducta Alimentaria

4.1. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Los TCA son un grupo de trastornos psíquicos en los que puede presentarse un comportamiento anómalo en lo referente a la alimentación y/o acciones dirigidas a la pérdida de peso corporal. Estas conductas anómalas se deben a la falta de satisfacción con su imagen corporal (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Estos sujetos muestran principalmente alteraciones en los ámbitos clínico-nutricional y psicosocial; dadas sus anomalías en el consumo de alimentos, falta de nutrientes y las consecuencias que tienen estos trastornos en las áreas familiar, escolar/laboral y social del sujeto (De León, 2013). Habitualmente se presentan distorsiones en su

pensamiento en lo que tiene que ver con su peso y salud en general. A modo de ejemplo, pueden sentirse menos importantes o queridos por otros sujetos debido a su imagen física, pensar que realizar regímenes dietéticos o mantenerse con un bajo peso corporal es saludable, creer que la grasa en sus alimentos es dañina, etc. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Ahora bien, el bajo peso corporal debe ser considerado conforme a la etapa vital en la que comience el TCA. En el caso de la niñez y los primeros años de la adolescencia, se deberá atender a las carencias en las ganancias de peso esperables para la edad del sujeto; será considerado bajo peso en caso de que sea inferior al 85% deseable para su edad y altura (APA, 2002). En el caso de los adultos, la OMS (2000) establece que se deberá tener en cuenta el valor del Índice de masa corporal del sujeto (IMC), este es calculado realizando la división del peso (en kilogramos) por la estatura (en metros) al cuadrado. Se considerará como bajo peso a un IMC inferior a 18,5, un rango normal a IMC de entre 18,5 a 24,9 y sobrepeso a aquellos IMC iguales o superiores a 25.

A medida que estos trastornos progresan, los sujetos suelen concentrarse cada vez más en su alimentación, la que puede comenzar a presentarse como el eje central de sus inquietudes, dejando en segundo plano otras áreas de su vida (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Asimismo, conciben que la resolución de sus problemas dependerá del logro y/o mantenimiento de un bajo peso corporal (Barros, Miranda y Pertuz, 2011).

Las distorsiones cognitivas y conductas llevan a un estado de deficiencia nutricional que afecta la totalidad orgánica del sujeto y su funcionalidad cerebral, contribuyendo -a modo de círculo vicioso- en el mantenimiento del trastorno mental (Lambruschini, Leis y Madruga, 2010). “Las personas afectadas por estos trastornos sufren consecuencias nutricionales, físicas, psicológicas y sociales. Además, si no se tratan, pueden poner en riesgo su vida” (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 247). Los TCA se encuentran asociados a una importante morbilidad y mortalidad; su larga evolución y tendencia a cronificarse hacen que los mismos constituyan serios problemas de salud pública (Lambruschini et al., 2010). Además, en caso de no obtener un tratamiento oportuno, puede suceder que un sujeto con un TCA especificado desarrolle otro de esta categoría (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

4.2. Del DSM-IV al DSM-V. Modificaciones en la definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-IV), los TCA están definidos por perturbaciones de gravedad en la conducta relacionada a la alimentación. Se presentan dos TCA “especificados” -AN y BN- y se describe la categoría de TCA “no especificado”, en donde se encuentran aquellos trastornos que no cumplen los requisitos diagnósticos para presentar un TCA “especificado” (APA, 2002). Asimismo, presenta una sección destinada a los Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.

Dentro de los mismos se encuentran la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (APA, 2002).

Por su parte, en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-V) los TCA quedan integrados en una única sección llamada “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” (APA, 2013). El DSM-V (2013) especifica:

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (APA, 2013, p.329)

Dentro de esta sección, se incluyen los criterios diagnósticos para los siguientes trastornos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, AN, BN y trastorno de atracones. El trastorno pica es el único que puede presentarse de manera simultánea a otro de los TCA nombrados, ya que estos últimos se presentan como mutuamente excluyentes (APA, 2013).

Mientras el DSM-IV incluía la categoría de TCA “no especificados”, el DSM-V realiza una modificación en su denominación, pasando a ser conocida como “Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” (Vázquez, López, Trinidad y Mancilla-Díaz, 2015).

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos (...) se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”). (APA, 2013, p. 353)

En otro orden, se considera de importancia observar que las modificaciones en la definición de los TCA eliminan la posibilidad de realizar diagnósticos que en el manual DSM-IV eran considerados exclusivos de la infancia y adolescencia, a saber: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión (Vázquez et al., 2015). Los mismos quedan incluidos en el manual DSM-V dentro de la sección “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos”. “La nueva definición integra una concepción más amplia de los *trastornos alimentarios* (...) ampliando el espectro de diagnóstico a cualquier edad” (Vázquez et al., 2015, p. 109).

Como se mencionó en la introducción del presente trabajo, también existen diferencias en la definición y criterios diagnósticos de la BN de los manuales diagnósticos anteriormente mencionados (DSM-IV y DSM-V). Estas diferencias serán abordadas en la sección 5.2. “Criterios diagnósticos”.

5. La Bulimia Nerviosa

5.1. Descripción

Como se mencionó anteriormente, la BN constituye un trastorno que se encuentra dentro de los llamados TCA (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. (APA, 2002, p. 559)

Un atracón consistirá en un episodio en el cual el individuo consume cantidades excesivas de alimentos, durante un intervalo temporal breve, en comparación a las cantidades habituales ingeridas por la mayoría de los sujetos en situaciones similares (Dupont, 2005). En cuanto a la evaluación distorsionada que estos sujetos tienen sobre sí mismos, se manifestará a través de “...la negación de la delgadez o la sobrevaloración del tamaño corporal, especialmente en áreas como el abdomen, la cintura las caderas y los muslos” (Rodríguez y Gempeler, 2014, p. 331).

La BN comienza regularmente en la adolescencia o al comenzar la vida adulta y su desarrollo puede ser crónico o con intermitencias (fases de remisión se alternan con fases en las que ocurren atracones). El tiempo que transcurre entre las primeras manifestaciones sintomáticas y la demanda de atención psicológica es generalmente extendido, dada la facilidad con la que estos sujetos mantienen oculto su trastorno (Fairburn y Harrison, citados en López y Treasure, 2011). Los sujetos con BN frecuentemente presentan un IMC considerado normal, aunque también se encuentran IMC asociados a sobrepeso (APA, 2013).

Frecuentemente (aunque no en la totalidad de los casos) el sujeto presenta tempranamente una AN, “...con un intervalo comprendido entre pocos meses y varios años” (OMS, 2007, p. 141). Usualmente la BN comienza de forma paralela a la realización de un régimen dietético o al culminar el mismo. Sin embargo, también podrá desencadenarse por la vivencia de situaciones estresantes. A pesar de que existe una aparente merma en los síntomas de los sujetos, hayan estos recibido o no algún tratamiento, este incide de forma notoria en los resultados a largo plazo (APA, 2013). Asimismo, “A medida que el individuo es mayor en el momento de la intervención clínica inicial, su riesgo de recidivas aumenta y en consecuencia la cronicidad de su enfermedad” (Toomey y DiMartini, 2000, p. 213).

En cuanto a los atracones, “Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta” (APA, 2002, p. 160). En cuanto al manejo de situaciones estresantes, los pacientes con BN “...perciben el entorno como menos controlable, menos predecible y menos deseable que otros individuos” (Mardomingo, 1994, p. 534). Sin embargo, la ingesta voraz solamente produce un alivio momentáneo de estos estados de ánimo negativos (APA, 2002). Los sujetos son conscientes de su descontrol, resultando de ello síntomas de vacío y autodesprecio (APA, 2002; Martínez, 2013). Empero, si bien algunos sujetos presentan una falta absoluta de control del atracón (continuando hasta sentir incomodidad o dolor), en otros este descontrol no es total y existirán casos en los que el atracón se planeará con anticipación (APA, 2013). En ocasiones, los atracones se llevan a cabo a escondidas debido a la vergüenza y culpa que generan (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Cepeda-Benito, Gleaves, Williams y Erath; Cepeda-Benito, Fernández y Moreno y Cepeda et al. (citados en Rodríguez, Mata y Moreno, 2007) relacionan los atracones a lo que denominan “ansia por la comida”. Esta es definida como “un estado motivacional que promueve la búsqueda de sustancias y la consiguiente realización de conductas de ingesta o consumo de esas sustancias, generalmente drogas o comida” (Rodríguez et al, 2007, p. 101). Por su parte, “Las mujeres afectadas de bulimia nerviosa no sólo son más propensas a desarrollar comportamientos de riesgo (p.e. sexuales) y a ser más impulsivas, sino que también experimentan con mayor frecuencia e intensidad ansia por la comida” (Moreno, Ortega-Roldán y Rodríguez-Ruiz, 2009, p. 68).

...se propone que el ansia puede ser disparada simultáneamente por los desequilibrios homeostáticos del organismo, las propiedades placenteras de la comida, las atribuciones cognitivas acerca de las mismas y la activación de estructuras neurales corticales y subcorticales implicadas en la motivación por la comida. (Rodríguez, Cepeda-Benito, Fernández y Vila, citados en Rodríguez et al., 2007, p. 102)

Por otra parte, las limitaciones en el consumo de alimentos y los estados anímicos negativos constituyen posibles desencadenantes del ansia por la comida y los atracones (Rodríguez et al., 2007). A un sujeto que realiza un régimen dietético le resultará más sencillo enfrentar las respuestas de ansiedad y sentimientos de culpabilidad por descuidar el mismo, que los sentimientos negativos asociados a situaciones que significan un riesgo grave a su integridad, como el ser despedido de su trabajo, separarse de su pareja, etc. (Cavallo y Pinto, citado en Rodríguez et al., 2007).

A pesar de que los atracones pueden ocurrir en cualquier momento del día, lo más frecuente es que sucedan desde la media tarde en adelante (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). En la clínica se deberá tomar en consideración el marco dentro del cual ocurren los atracones; a modo de ejemplo, lo que normalmente se considera ingesta excesiva en un contexto habitual, puede estimarse normal en el marco de un festejo. Tampoco será considerado como atracón el consumo de reducidas porciones de alimentos durante el día (APA, 2002). Respecto a la

clase de alimentos que se consumen durante estos episodios, se encuentran variaciones de un sujeto a otro. A pesar de ello, lo más característico es la ingesta importante de alimentos que en circunstancias de normalidad no consumirían (APA, 2013). “A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles)” (APA, 2002, p. 559).

Como fue mencionado, los sentimientos negativos resultantes de estos atracones son los que conducirán al sujeto a la realización de conductas compensatorias inapropiadas (García-Camba, 2001). Entre estas últimas encontramos el vómito autoprovocado, el uso indebido de diuréticos, laxantes y enemas, los ayunos prolongados y la actividad física excesiva (APA, 2002). Además, es usual que los pacientes que presentan diabetes suspendan la terapia con insulina (OMS, 2015)

El vómito autoinducido constituye el mecanismo compensatorio más utilizado, para la provocación de este se emplean los dedos o diferentes objetos (APA, 2002). Asimismo (con el mismo fin) los pacientes con BN podrán ingerir grandes cantidades de agua o de “...algún producto que repugne su sabor” (Tinahones, 2003, p. 80). Con el tiempo este mecanismo puede llegar a convertirse en el objetivo principal del sujeto, ingiriendo variables cantidades de comida como excusa para vomitar, sean estas cantidades reducidas o atracones (APA, 2002). También podrá suceder que estos sujetos provoquen el vómito de manera voluntaria oprimiendo su zona abdominal (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). No es frecuente que se recurra a eméticos como el jarabe de ipecacuana (APA, 2002). Por su parte, el uso de excesivo de laxantes y diuréticos provoca un ciclo en el cual el sujeto sufre deshidratación, provocando la impresión de que ha perdido peso, por lo que se abandona su uso. A continuación, su organismo realiza una retención de líquidos y esto hace que el individuo recurra nuevamente a los diuréticos y laxantes (Grupo de trabajo de la Guía Clínica, 2016).

Por otro lado, estas personas pueden realizar ayunos durante días y ejercicio físico desmesurado. Algunos sujetos consumen hormonas tiroideas, aunque esta práctica no es usual (APA, 2013). Respecto al ejercicio físico, se considera excedido “...cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúa haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas” (APA, 2013, p. 346). Polto (2013) agrega: “Termina distorsionándose la percepción hambre-saciedad, así como la percepción de energía corporal, y ocurre como si la inanición les incrementara la aptitud para el ejercicio que realizan durante horas diariamente (atletas, bailarinas de ballet, son poblaciones de riesgo)” (p. 172).

Los síntomas anteriormente descritos, se desprenden probablemente del miedo enfermizo de pacientes ante la posibilidad de subir de peso, produciendo una inquietud constante por su aspecto físico. Esta inquietud puede transformarse en el eje central de su cotidianidad, afectando la vida social y relacional del sujeto (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

5.2. Criterios diagnósticos

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos para la BN de acuerdo con la cuarta y quinta edición de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-IV y DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Asimismo, se abordarán las diferencias presentes en los mismos en lo que respecta al trastorno que aquí nos ocupa. Estos manuales comparten un sistema de clasificación categorial de los trastornos mentales, en donde cada uno de estos contará con una serie de criterios que lo definen (APA, 2002).

El manual diagnóstico DSM-IV (APA, 2002) describe que el diagnóstico de la BN implica la presencia de los siguientes síntomas al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Ver tabla 1):

- Presencia de atracones recurrentes
- Conductas compensatorias inapropiadas y repetidas, que se realizan con el fin de no ganar peso. Estas son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Luego de realizado el diagnóstico de BN según dichos criterios, se deberá determinar si la misma corresponde a una BN de tipo “purgativo” o “no purgativo” (Ver tabla 1). Esto dependerá del tipo de conductas compensatorias empleadas por el sujeto (APA, 2002).

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

Nota. Criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa según el DSM-IV

Recuperado de: Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ta edición (DSM IV-TR) Barcelona: Masson.

Al realizar un análisis comparativo de la BN entre los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-IV y DSM-V, se observan en este último las siguientes modificaciones:

- Se mantienen los síntomas esenciales que deberán ocurrir durante el período de tres meses para el diagnóstico de este trastorno, pero se modifica la frecuencia semanal en la que tendrán que ocurrir los mismos (criterio C). Estos se reducen a una vez a la semana (Ver tabla 2).
- Se eliminan los tipos “purgativo” y “no purgativo” (Ver tabla 2). Ramacciotti, Van Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell y Hoek, citados en Vázquez et al. (2015) sostienen que el cambio se debe en parte a que el tipo “no purgativo” no era diagnosticado de forma frecuente y a que queda solapado por el nuevo “trastorno de atracones” (DSM-V).
- En caso de remisión, será necesario especificar si esta es parcial o total (Ver tabla 2).
- Además, se deberá precisar el nivel de gravedad de la BN. Este estará determinado por la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados y tendrá los siguientes grados: leve, moderado, grave y extremo (Ver tabla 2).

Finalmente, mientras el manual DSM-IV calificaba como TCA “no especificados” a aquellos que no cumplían con los criterios diagnósticos de una BN o AN, el DSM-V brindará la posibilidad de diagnosticar una BN “de frecuencia baja y/o duración limitada” dentro de la categoría “Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado”. En esta última “Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses” (APA, 2013, p. 353).

TABLA 2

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (...) La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Nota. Criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa según el DSM-V

Recuperado de: Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ta Edición (DSM V). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Finalmente, también se observan diferencias al realizar una comparación entre los manuales DSM-IV, DSM-V y CIE-10 en lo que respecta a los criterios diagnósticos de la BN. Para los dos primeros manuales, si los episodios de atracones se presentan en un sujeto que cumple los criterios diagnósticos de una AN, será diagnosticado con AN de tipo con atracones/purgas (F50.02). En cambio, en el CIE-10, dichos síntomas serán exclusivos de la BN (APA, 2002; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

TABLA 3

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa

A. Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.

B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia).

C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes:

1. Vómitos autoinducidos.
2. Purgas autoinducidas.
3. Períodos de ayuno alternantes.
4. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.

D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso)

Nota. Criterios para diagnosticar la bulimia nerviosa según el CIE-10

Recuperado de: Organización Mundial de la Salud. (2007). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Por otra parte, el CIE-10 describe una categoría denominada “Bulimia nerviosa atípica” (F50.3) para aquellos casos en donde se cumplen con algunos criterios diagnósticos de la BN, pero no con la totalidad de estos (OMS, 2007).

5.2.1. Diagnóstico diferencial.

Se presentarán a continuación los diagnósticos diferenciales que podrán realizarse entre la BN y otros trastornos, tal como se describe en el manual DSM-IV:

- En primer lugar, debe establecerse un diagnóstico diferencial con la AN. Cuando un individuo presenta atracones en el contexto de una AN, el diagnóstico será de una AN de naturaleza compulsiva/purgativa, no pudiéndose diagnosticar ambos trastornos de forma simultánea (APA, 2002).
- En segundo lugar, se debe diferenciar la BN de enfermedades orgánicas como el síndrome de Kleine-Levin. En este se presentan hábitos alimentarios alterados, pero carece de la preocupación central del paciente con BN: el peso y silueta corporal (APA, 2002).
- En tercer lugar, se establecerán diferencias con el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos. No obstante, si el sujeto cumple con los criterios diagnósticos de los dos, ambos deben diagnosticarse. En este trastorno anímico el sujeto come de forma voraz, sin embargo no se presenta una preocupación particular por el peso corporal o conductas que tiendan a compensar los atracones. (APA, 2002).
- En cuarto lugar, los atracones de alimentos pueden presentarse como consecuencia de la dificultad en el control de los impulsos de aquellos sujetos con trastorno límite de la personalidad. Debe tenerse en cuenta que ambos trastornos pueden diagnosticarse en conjunto (APA, 2002).

Finalmente, se considera relevante mencionar que en la quinta edición del manual DSM (2013) se agrega el trastorno de atracones. Este presenta similitudes con la BN, pero carece de sus conductas compensatorias (APA, 2013).

5.3. Alteraciones clínicas

A continuación, se presentarán las alteraciones clínicas y las comorbilidades que podrán manifestarse en sujetos diagnosticados con BN. Para abordar su complejidad, se dividen en dos niveles: orgánico y psicológico. Sin embargo, no debe pensarse a estos niveles como independientes, puesto que existe una interacción bidireccional entre los mismos.

5.3.1. Alteraciones y comorbilidades orgánicas.

Las alteraciones en esta área surgen mayormente como resultado de los métodos purgativos inapropiados, utilizados para compensar los atracones. Raramente estas perturbaciones surgen a consecuencia de estos últimos (García-Camba, 2001).

En primer lugar, se observan disfunciones a nivel metabólico. Dentro de las mismas encontramos anomalías hidroelectrolíticas en sujetos que abusan de fármacos diuréticos y laxantes (APA, 2002; García-Camba, 2001). Este abuso puede producir hipopotasemia y entre sus consecuencias se encuentran alteraciones cardíacas, renales y en el sistema muscular (García-Camba, 2001). La hipopotasemia puede llevar en ocasiones a la muerte (García-Camba, 2001;

Martínez, 2013). Además, la deshidratación provocada por las purgas y los laxantes produce que el organismo acumule líquidos, incentivando aún más estos comportamientos (Grupo de Trabajo de la Guía Clínica, 2016).

En lo que respecta al sistema endócrino, si bien es habitual la presentación de alteraciones en el ciclo menstrual, no es usual la amenorrea (Pirkle, Fichter, Chlond y Doerr, citado en García-Camba, 2001). Sin embargo, el DSM-IV describe que esta última es frecuente, aunque se desconoce si la misma se debe a “fluctuaciones de peso, déficits nutritivos o estrés emocional” (APA, 2002, p. 562).

Por otra parte, a nivel renal se presentan disfunciones hidroelectrolíticas que podrán producir insuficiencia prerrenal (Boag, Weerakoon, Ginsburg, Havard y Dandona, citado en García-Camba, 2001). Asimismo, cuando el sujeto consume excesiva cantidad de laxantes, limitada cantidad de líquidos y presenta vómitos autoinducidos, es usual la presencia de nefrolitiasis (Silber y Kass, citado en García-Camba, 2001).

A nivel neurológico, se han reportado casos de pacientes con peso normal que presentan alteraciones encefálicas como ensanchamiento del espacio ventricular (Krieg, Pirkle, Lauer y Backmund; Krieg et al., citados en García-Camba, 2001). Con sus consiguientes alteraciones en la sustancia blanca y LCR (García-Camba, 2001).

Con respecto a las alteraciones gastrointestinales, “...es frecuente el retraso en el vaciamiento gástrico y la prolongación del tránsito intestinal. Ello produce sensación de plenitud, borborigmos y estreñimiento que incrementan el rechazo de los alimentos y tienden a (...) precipitar las conductas de purga” (García-Camba, 2001, p. 135). Por su parte, el uso abusivo de laxantes puede ocasionar dependencia de estos (APA, 2002), alteraciones como estreñimiento grave o colon catártico; en este último escenario podría ser necesaria la extracción de dicho órgano (Mitchel, Pomeroy, Seppala y Huber, citado en García-Camba, 2001).

“Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas)” (APA, 2002, p. 562). Cuando existe rotura esofágica, se observa la presencia de sangrado al vomitar (Requena, 2012).

Sobre los trastornos a nivel orofacial, se observa un aumento del tamaño de las glándulas salivales (Lambruschini et al., 2010), especialmente de las parótidas (Kinzl, Biebl y Herold; Metzger, Levine, Ardle, Wolfe y Jimerson, citados en García-Camba, 2001). Por otra parte, los vómitos frecuentes provocan una erosión del esmalte en la cara interna de las piezas dentarias (APA, 2002). Esto se debe al contacto directo de las mismas con el ácido gástrico (Simmons, Grayden y Mitchell, citado en García-Camba, 2001). Además, se pueden producir lesiones en la garganta, encías y paladar (Serrato, 2001).

En otro orden, a nivel de la piel es posible observar grietas en la comisura de la boca (Martínez, 2013) y “...callosidades en el dorso de la mano producidas por la erosión dentaria durante los vómitos autoprovocados repetidos (signo de Rusell)” (García-Camba, 2001, p. 136).

Acerca de las alteraciones a nivel pulmonar, Requena (2012) presenta que “Las microaspiraciones que a veces acompañan a los vómitos pueden causar espasmo bronquial y neumonitis” (p. 28).

En cuanto al sistema nervioso, García-Camba (2001) sostiene que se han observado irregularidades de neurotransmisión que repercuten en la regulación del apetito, aumentando el mismo. El mencionado autor especifica que en sujetos con BN, estas irregularidades tienen que ver con el neurotransmisor serotonina; “...ésta interviene en los mecanismos generadores de la saciedad, por lo que sus alteraciones podrían contribuir a la persistencia de los atracones” (García-Camba, 2001, p. 16).

Con respecto a los trastornos orgánicos que se presentan comórbidos a la BN, se encuentra a la Diabetes mellitus, obesidad, síndromes de mala absorción y enfermedades tiroideas. Estos trastornos intervienen tanto en el origen de la BN como en su evolución (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Finalmente, se considera de importancia mencionar que durante el embarazo y en algunos individuos se produce un agravamiento de los atracones y purgas como consecuencia de las modificaciones en la imagen corporal (García-Camba, 2001). Durante esta etapa vital podrán emerger problemas psíquicos ocultos hasta dicho momento y en el caso de mujeres con TCA, sus problemas tendrán que ver con la aceptación o rechazo de la ganancia de peso necesaria durante este proceso (Franko y Walton, 1993).

5.3.2. Alteraciones y comorbilidades psicológicas.

El sitio web oficial de ALUBA realiza una descripción del perfil del sujeto que sufre este trastorno, entre las cuales se exponen las siguientes características psicológicas: abulia, irritabilidad, culpa, robo con el fin de adquirir alimentos y ocultamiento para ingerir los mismos, alternancia entre la deserción y autoexigencia, fluctuaciones entre estados de ánimo depresivos y eufóricos, hiperactividad y consciencia de que sus hábitos alimenticios se encuentran alterados (ALUBA, s. f.). A pesar de contar con la consciencia de presentar hábitos alimenticios anormales, muchas veces los sujetos desconocen sufrir este trastorno; únicamente reconocen presentar conductas que los avergüenzan y sienten que deben ocultar (Requena, 2012).

Además, se encuentran síntomas de ansiedad y oscilaciones en el estado de ánimo, entre los que se mencionan síntomas depresivos. Asimismo, se presenta una autoestima descendida (sobre todo en relación con el peso y silueta corporal) y una fuerte autocrítica; la primera empeora cuando el sujeto rompe aquellas restricciones que son autoimpuestas (García-Camba, 2001). La alimentación y el aspecto físico de estos sujetos es su preocupación central, ya que presentan un excesivo miedo a engordar. Estos aspectos producen que la autoestima dependa casi exclusivamente del peso y aspecto físico (Requena, 2012).

Por otro lado, los síntomas depresivos presentes en la BN, la falta de estima hacia sí mismos y las dificultades en el control de sus impulsos conducen en algunos casos a intentos autolíticos y

suicidios (García-Camba, 2001). Respecto a estos últimos, el DSM-V menciona que en la BN existe un importante riesgo suicida y describe: “Una evaluación completa de los individuos con este trastorno debería incluir una valoración de las conductas e ideas suicidas y otros factores de riesgo de suicidio, como los antecedentes de tentativas de suicidio” (APA, 2013, p. 349).

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (o síntomas de estos) son muy frecuentes en sujetos con BN (APA, 2002). Con respecto a los primeros, los pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos de una BN pueden en su mayoría presentar uno o más trastornos de ansiedad (Fairburn, 2008). Acerca de los trastornos anímicos, el DSM-V establece que “Existe un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima) y trastornos depresivos y bipolares (particularmente los trastornos depresivos) entre los individuos con bulimia nerviosa” (APA, 2013, p. 349). En algunos pacientes, los trastornos del estado de ánimo se desarrollan en paralelo a la BN y en otros se presentan con anterioridad, los más frecuentes son los trastornos depresivo mayor y distímico. Tanto los trastornos de ansiedad como los del estado de ánimo remiten con el tratamiento de la BN (APA, 2002).

Por otra parte, estos pacientes presentan inestabilidad afectiva, dificultades en el control de los impulsos y agresividad dirigida hacia sí mismos (Oliveira y Santos, 2006). Frecuentemente se presentan conductas autolesivas, como la automutilación (Fairburn, 2008). Las conductas autodestructivas del sujeto se deben no solo a la gran impulsividad, sino también a alteraciones en la toma de decisiones. Por otra parte, los sujetos con BN se caracterizan por una carencia de autocontrol tanto en la alimentación como en su vida sexual; dichas conductas tendrían como objetivo atenuar temporalmente sus sentimientos negativos (Moreno et al., 2009). Esta posibilidad de atenuación podría facilitar el desarrollo de una adicción a las conductas de atracones y vómitos (García-Camba, 2001).

Las alteraciones conductuales repercuten en otros ámbitos de su vida “...como los estudios, la vida profesional y las relaciones amorosas” (Oliveira y Santos, 2006, p. 354). Moreno et al. (2009) explica que “...la falta de control inhibitorio crónico en los procesos emocionales y psicofisiológicos contribuye a mantener una pobre regulación emocional” (p. 64). Por su parte, el DSM-IV agrega que una tercera parte de los sujetos diagnosticados con BN presenta trastornos relacionados con sustancias (dependencia o abuso), como el alcohol y los estimulantes (APA, 2002).

En otro orden de ideas, según el DSM-IV, entre una tercera parte y la mitad de las personas con BN presentan uno o más trastornos de la personalidad, el más frecuente constituye el trastorno límite de la personalidad (APA, 2002). En relación con el trastorno límite o fronterizo de la personalidad, Azpiroz y Prieto (2014) establecen:

Las características fundamentales de los pacientes con trastorno fronterizo de la personalidad son la inestabilidad general (en las relaciones interpersonales, su autoimagen, etc.) y una correlativa dificultad para controlar los impulsos. Suelen presentar comportamiento suicida y actos autolesivos (cortarse, quemarse, ingerir objetos, etc.), comportamiento sexual promiscuo y con riesgo potencial y

abuso de sustancias. A esto se agrega un sentimiento crónico de vacío y el temor permanente de ser abandonados. No toleran la soledad y prefieren tener relaciones tormentosas con todo el mundo antes que tener que tolerar el encontrarse solos. (p. 47)

Borda, del Río y Torres (2003), basándose en la teoría de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (1913-2007), estudiaron la existencia de creencias irracionales presentes en sujetos con TCA. Lo irracional es definido por Ellis (citado en Caro, 2009) como "...aquello que es falso, ilógico, que no está basado en la realidad y que dificulta o impide que la gente logre sus metas y propósitos más básicos" (p. 95). De estas creencias irracionales se desprenden los denominados pensamientos automáticos (Borda et al., 2003). Estos pensamientos son explicados por Beck (citado en Caro, 2009) de la siguiente manera:

...son conclusiones juicios e interpretaciones que aparecen automáticamente (de ahí su nombre) como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique como pueden formarse. Son involuntarios (...) Una de sus características principales es que cualquier paciente con pensamientos automáticos se los va a creer, por completo, mientras que un observador externo los negará. A medida que el trastorno va progresando se van haciendo más impermeables, por lo que al paciente le es cada vez más difícil contemplarlos objetivamente, considerar la evidencia contradictoria o darse explicaciones alternativas y en, definitiva, modificarlos. (p. 147)

Del estudio mencionado (Borda et al., 2003) se concluyó que los sujetos diagnosticados con TCA presentan una serie de pensamientos automáticos relacionados al aspecto físico y la alimentación, estos son señal de creencias irracionales particulares que subyacen a los mismos. Borda et al. (2003) destacan las siguientes creencias irracionales:

- Necesidad excesiva de ser aprobados por otros, para no perder su cariño, reconocimiento, etc.
- Necesidad de alcanzar la perfección, lo cual actúa como catalizador de las conductas compensatorias desadaptativas encontradas en la BN.
- Baja tolerancia a la frustración, estos sujetos no se permiten a sí mismos la comisión de errores, padeciendo ante los mismos.
- Inquietud ante la idea de que los hechos no transcurran acorde a lo planificado por el propio sujeto, provocando inflexibilidad y un alto grado de ansiedad por la constante preocupación por el futuro. "Pensamientos tales como 'si como no puedo controlarme el atracón', 'no puedo comer como los demás porque engordo' o 'necesito comer sola y preparar mi comida' hacen de la vida de la anoréxica y bulímica una prisión" (Borda et al., 2003, p. 25). Estos pensamientos provocan incertidumbre ante los cambios propios de la vida, tristeza y estados de ánimo depresivos.
- Por último, estos sujetos presentan fluctuaciones entre el enfrentamiento de responsabilidades (de forma desadaptativa) y la evitación de estas.

Por otra parte, el DSM-V (2013) establece que la BN presenta consecuencias funcionales de gravedad, destacando al área social como la más afectada por este trastorno.

5.4. Etiología

En relación con la etiología de los TCA, esta es multideterminada: "...se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores. El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado" (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 50). Asimismo, se encuentran factores familiares y socioculturales; cabe destacar que el peso de estos últimos es cada vez mayor (García-Camba, 2000).

A pesar de que la BN se manifiesta como un TCA, la alimentación no constituye el verdadero problema del sujeto (García, 2011). Sin embargo, conocer los factores que facilitan el origen y la permanencia de este trastorno permite pensar y diseñar acciones dirigidas a prevenirlo o diagnosticarlo tempranamente (Alvarado y Silva, 2014). Toda acción preventiva podrá disminuir la incidencia o establecer pronósticos más favorables para los sujetos que sufren estos trastornos (Turón, citado en Zamora, Martínez, Gazzo y Cordero, 2002). Por estas razones, el estudio etiológico de la BN no podrá abordarse de manera reduccionista, deberá considerar la complejidad de sus factores determinantes (García-Camba, 2000). A continuación, se presentan los principales factores intervinientes en la etiopatogenia de la BN, entre los que se describirán factores de tipo biológico, psicológico, familiar y sociocultural.

5.4.1. Factores biológicos.

Algunos sujetos podrán manifestar una predisposición genética para desarrollar este trastorno (APA, 2013), esta se encontraría asociada al cromosoma 10 (Bulik et al., citado en Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Por su parte, aquellas mujeres que tengan un familiar con BN o AN, presentan mayores posibilidades de presentar un TCA (Walters y Kendler; Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce, citados en García-Camba, 2001). De hecho, las conductas compensatorias de tipo purgativo podrían presentarse como consecuencia de una combinación de genes y factores ambientales (Sullivan, Bulik y Kendler, citados en García-Camba, 2001).

García-Camba (2000) plantea que la vulnerabilidad genética para el desarrollo de BN es la misma que se presenta para los síntomas depresivos, la adicción al alcohol o la dificultad en el control de los impulsos. Acerca de esta última, Kothari, Solmi, Treasure y Micali (2013) agregan que "Los niños de mujeres con BN mostraron una tendencia hacia una inhibición conductual descendida" (p. 1551). Por último, resulta destacable mencionar que en las familias de mujeres con BN, existe una probabilidad 3 o 4 veces mayor de presentar trastornos afectivos (García-Camba, 2000).

En lo que tiene que ver con los sistemas de neurotransmisión, se encuentra una alteración en la sensación de saciedad debido al descenso en la producción de colecistocinina -hormona involucrada en dicha sensación- (Robinson, McHugh, Moran y Stephenson, citados en García-Camba, 2001). Asimismo, se encuentran disfunciones en la transmisión de serotonina -las que podrían estar relacionadas al mantenimiento de los atracones- y un incremento en los niveles del

péptido YY (PYY) en el LCR de los sujetos con BN; este actúa como estimulante del apetito (García-Camba, 2001).

Por último, según el DSM-V es más probable que presenten una BN aquellas personas que hayan presentado obesidad en su niñez o una pubertad precoz (APA, 2013)

5.4.2. Factores psicológicos.

La BN tendrá mayores probabilidades de manifestarse en aquellos sujetos en cuya infancia hayan presentado trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, síntomas asociados a una depresión, autoestima descendida y/o inquietudes respecto al propio peso corporal (APA, 2013). Sobre la edad de presentación, los TCA surgen en la adolescencia porque allí ocurre una de las crisis vitales más importantes de la existencia del sujeto; se produce una reinención de su identidad, por lo que constituye una etapa de particular vulnerabilidad emocional (Amorín, 2013).

En lo que tiene que ver con la personalidad de estos pacientes, García-Camba (2001) plantea que determinados rasgos de esta podrían incrementar la probabilidad de presentar un TCA. Además, agrega que cuando existe un trastorno de la personalidad de forma comórbida, perturba la funcionalidad y pronóstico del sujeto. Por último, establece que existe una conexión frecuente entre la BN y el trastorno límite de la personalidad.

A largo plazo, los sujetos que presentan peor pronóstico son aquellos que manifiestan simultáneamente una BN y otro trastorno psiquiátrico (de forma comórbida) (APA, 2013).

Fairburn (2008), plantea que existe un conjunto de mecanismos que mantienen no solo la BN sino todos los TCA. Este autor propone una teoría "Transdiagnóstica", de la cual surge una TCC mejorada. La misma no propone actuar sobre los factores que originan el trastorno, sino sobre los mecanismos de mantenimiento mencionados. Sin embargo, es necesario mencionar que, de acuerdo con el autor, los factores de origen y mantenimiento en ocasiones pueden coincidir.

Respecto a la BN, Fairburn (2008) establece que su etiopatogenia se encuentra en la excesiva importancia y control que ejercen estos pacientes sobre su imagen y peso corporal. Esto los lleva a realizar regímenes dietéticos estrictos que abandonan repentinamente ante determinadas situaciones estresantes cotidianas o estados de ánimo negativos. Es así como estos pacientes presentan atracones, que a posteriori desencadenan sentimientos de culpa e incrementan las inquietudes y medidas que tomará el sujeto para controlar su peso (eje central del trastorno). Este ciclo finaliza -de manera momentánea- con las ya mencionadas conductas compensatorias y restricciones dietéticas cada vez más estrictas, aumentando las probabilidades de producir un nuevo atracón. Los detalles correspondientes a esta particular terapéutica serán abordados en la sección 6. "Terapia Cognitivo-Conductual de la Bulimia Nerviosa".

Requena (2012) también describe a las estrictas restricciones alimentarias como un importante factor de riesgo previo a la manifestación de los síntomas de la BN (estos facilitan el surgimiento de episodios de atracones y purgas). "Las jóvenes que hacen dieta tienen un riesgo de desarrollar

bulimia ocho veces superior al de las que no la hacen” (Patton et al., citado en García-Camba, 2001, p. 20).

Por otra parte y con respecto a la neuropsicología de estos pacientes, tanto la impulsividad, como las tendencias suicidas y agresivas, podrían relacionarse a alteraciones en las FE (Herrera, 2011). Las FE son definidas por Estévez-González, García-Sánchez y Barraquer-Bordas (citado en Capilla et al., 2004) como una serie de procesos cognitivos; estos se relacionan a la CPF, en los lóbulos frontales (Dansilio, 2004). A continuación, se mencionan algunos de estos procesos cognitivos:

La mayoría de las definiciones de FE enumeran una serie de procesos cognitivos que se suponen «ejecutivos». Éstos son la flexibilidad cognitiva, la elección de objetivos, la planificación, la monitorización, el uso de retroalimentación, la resolución de problemas, la formulación de conceptos abstractos, el autocontrol y la autoconciencia. (Estévez-González et al., citado en Capilla et al., 2004, p. 85)

La impulsividad manifestada por los sujetos con BN tiene que ver con que prefieren “...una gratificación inmediata e ignoran las consecuencias a largo plazo” (Liao et al., 2009, p. 455). Esta falta de control de sus impulsos a nivel emocional y psicofisiológico actúa como un factor de mantenimiento de una regulación emocional empobrecida (Moreno et al., 2009). La impulsividad afectará no solamente la alimentación del sujeto, sino también su vida sexual, relaciones sociales y podrían llevar al consumo de sustancias (Wu, Hartmann, Skunde, Herzog y Friederich, citado en Solano, De la Peña, Solbes y Bernabéu, 2018).

Estas alteraciones en las FE repercuten entonces en la toma de decisiones del sujeto, ya que en estas deberá considerar sus riesgos y/o beneficios (Herrera, 2011). Además, intervendrán de igual manera razón y emoción (Damasio, 1994).

Como fue mencionado, es posible que la impulsividad del sujeto facilite los episodios de atracones, este hecho permitiría establecer una conexión entre alteraciones en las funciones ejecutivas y los principales síntomas bulímicos -atracones y purgas- (Steiger, Lehoux y Gauvin, citado en Herrera, 2011). Por otra parte, los individuos con BN “...suelen mostrar una predisposición a focalizar su atención hacia palabras asociadas con peso corporal y formas, así como déficits en el procesamiento de la información” (Laessle, Fischer, Fitcher, Pirke y Krieg, citado en Herrera, 2011, p.89).

Alvarado y Silva (2014) realizaron un estudio neuropsicológico partiendo de la hipótesis de que no solo se presentan alteraciones en las FE como resultado de los TCA, sino que estas pueden constituir un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos (podrían precederlos). Para este fin, se estudió una población de 69 mujeres, de las cuales 23 presentaban un TCA, 23 carecían de un diagnóstico de TCA -aunque presentaban algunos síntomas asociados- y 23 eran asintomáticos. Este estudio arrojó como resultado que, en la población estudiada, aquellas mujeres sin diagnóstico de TCA pero con síntomas de los mismos, presentaban un pensamiento más inflexible y

alteraciones en la planificación. Esto indicaba entonces la presencia de una alteración en las FE en los sujetos con vulnerabilidad para el desarrollo de un TCA.

A pesar de lo anteriormente mencionado, Van den Eynde et al. (2011) en un estudio de revisión bibliográfica concerniente a las características neurocognitivas de los pacientes con BN, afirman que no es posible concluir la existencia de un perfil neurocognitivo exclusivo de este trastorno. De acuerdo con estos autores, las alteraciones neuropsicológicas observables en estos pacientes se deben a los síntomas de ansiedad y depresión que presentan frecuentemente de forma comórbida.

Finalmente – y como ya se mencionó-, los TCA son la tercera patología crónica más frecuente en adolescentes (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Esto conduce a pensar acerca del particular riesgo de presentar uno de estos trastornos (entre los que se encuentra la BN) en dicha etapa vital, ya que la CPF (y por lo tanto las FE) se encuentra aún en pleno desarrollo.

... la diferenciación de los lóbulos frontales constituye un fenómeno tardío a lo largo del desarrollo ontogenético, no completándose hasta la adolescencia o los primeros años de adultez (...) los procesos psicológicos que dependen de esos niveles corticales también serán los últimos en completar su maduración. (Dansilio, 2004, p.222)

La CPF es responsable de la planificación, flexibilidad, autoconciencia, inhibición de comportamientos no adecuados, valoración de conductas de riesgo, etc. (Torralva y Manes, 2008). Estos aspectos están especialmente afectados en sujetos con BN. Su tendencia a la inestabilidad afectiva, impulsividad, agresividad (Oliveira y Santos), baja tolerancia a la frustración, inflexibilidad ante la comisión de errores (Borda et al., 2003), alteración en la toma de decisiones y carencia de autocontrol en su alimentación (Moreno et al., 2009) acaban por repercutir en las diferentes áreas de su vida. Dicha repercusión podrá colocar en riesgo su desarrollo saludable y en casos extremos, su integridad física (García-Camba, 2001), por lo que los esfuerzos preventivos en materia clínica deberán concentrarse especialmente en aquellos adolescentes que presenten factores de riesgo de desarrollar un TCA.

5.4.3. Factores familiares.

Resulta polémico y discutible desde un punto de vista científico, vincular un tipo determinado de funcionamiento familiar a un TCA específico (Sainos-López et al. (2015). Se encuentran evidencias contradictorias entre los diferentes autores en lo que tiene que ver con el grado de cohesión en estas familias. Por un lado, es posible encontrar evidencias acerca de sujetos que padecen BN y pertenecen a familias aglutinadas. Tal es el caso de Requena (2012), quien describe que los sujetos con BN frecuentemente pertenecen a familias en las que las relaciones entre sus miembros son excesivamente cercanas. Destaca las siguientes características: “demasiada interdependencia en las relaciones, intrusiones e intromisiones constantes en los pensamientos y sentimientos del otro, la percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está pobremente diferenciada” (Requena, 2012, p. 27). Por su parte, Zamora et al. (2002) establecen que la sobreprotección de

una madre hacia su hija constituye una limitación para el desarrollo de la autonomía de esta última. Dado que, como establecen dichos autores, la carencia de autoconfianza es una característica presente en estos pacientes, esta sobreprotección podría constituir un factor de riesgo para el posterior desarrollo de un TCA. Requena (2012) coincide en la existencia de esta sobreprotección y agrega que la presencia de rigidez hace que el pasaje a la adolescencia de los hijos se encuentre signado por una autonomía limitada.

Contrario a lo mencionado anteriormente, otros autores mencionan una falta de cohesión en esta clase de familias. En este sentido, Minuchin y Palazolli (citado en Fasolo y Do Valle, 1998) establecen que los pacientes con BN pertenecen a familias en las que los conflictos, desconfianza, desorganización, críticas y la carencia tanto de colaboración como de cohesión, son frecuentes. Shapiro et al. (citado en Losada y Donovan, 2017) coinciden en esta carencia de cohesión y además agregan que las familias de sujetos con BN presentan relaciones más conflictivas entre sus integrantes, en comparación con aquellas a las que pertenecen los pacientes con AN.

En las evidencias anteriormente mencionadas es posible observar una carencia de definición respecto a un patrón relacional específico vinculado a estas familias, específicamente en lo que tiene que ver con su grado de cohesión. Sin embargo, es posible realizar algunas afirmaciones. Con relación a esto, Hernández (citado en Sainos-López et al., 2015) sostiene: "...estas familias generalmente tienden a ser más disfuncionales que las familias control y la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno" (p. 55). De hecho, el establecimiento de vínculos tempranos saludables entre madres e hijos constituye un importante factor protector ante un posible desarrollo de un TCA en el niño o adolescente (Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007).

Respecto a esta disfuncionalidad, en estas familias existe "...mayor incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad y madres con alteraciones de la percepción de su imagen corporal y con insatisfacción familiar" (García-Camba, 2001, p. 20).

Además, en lo que tiene que ver con las situaciones vitales estresantes vividas por los pacientes en este ámbito, se destacan las críticas relacionadas a la silueta (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009) y los abusos infantiles de tipo físico o sexual durante la niñez (APA, 2013; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

5.4.4. Factores socioculturales.

En las sociedades occidentales actuales, el ser delgado es no solo sinónimo de belleza, sino además una condición necesaria de la femineidad (García-Camba, 2001). Por estos motivos, han proliferado "...las industrias relacionadas con el adelgazamiento (gimnasios, alimentos dietéticos, etc.) y que han creado el concepto de que lo normal es estar a dieta, delgado y en forma. Esta expansión ha conllevado un paralelo crecimiento de los TCA" (García-Camba, 2001, p. 21). Marín; Lugli-Rivero y Vivas (citados en Orozco, 2016) establecen:

La presión del medio sobre el aspecto corporal en especial sobre la mujer. En este sentido, las redes sociales en internet, pueden realizar fuerte presión a través de la mofa, la censura, la discriminación o la no aceptación de personas con determinados perfiles físicos específicamente relacionados al sobrepeso o la obesidad. (p. 41)

García-Camba (2001) advierte sobre una creciente susceptibilidad de las mujeres a los juicios de otros, lo cual combinado a dificultades en el relacionamiento familiar, hace que las mismas procuren un modelo externo que le sirva de guía, muchas veces provenientes de la mass media. Por otra parte, este autor menciona que aquellas profesiones que se encuentran directamente relacionadas a la realización de regímenes dietéticos (como los bailarines) presentan especial riesgo, de hecho, estos constituyen una población con altos registros de padecimiento de BN (Hamilton, Brooks y Warren, citado en García-Camba, 2001).

En relación con el acceso a internet, si bien este no ha sido demostrado científicamente como un factor que incide de manera importante en el origen de los TCA, no es posible negar que constituye una fuente de educación no formal muy poderosa y potencialmente peligrosa, especialmente para aquella población más vulnerable a desarrollar un TCA. En relación a esto, en el año 2000 se dio a conocer el movimiento denominado “Pro Ana” y Pro Mia” en el que mediante foros y páginas web, adolescentes con AN y BN (llamadas “Ana” y “Mia”, respectivamente), comparten sus experiencias respecto a sus trastornos (Orozco, 2013).

Muchas de las jóvenes con trastornos de alimentación recurren a estos medios en búsqueda de respuestas y consejos, cobrando relevancia ciertas comunidades virtuales de internet: Pro-Ana y Pro-Mia. Siendo una subcultura de internet (páginas web, foros, blogs, redes sociales, mensajería instantánea, etc.) en donde las adolescentes con estos trastornos intercambian sus experiencias personales, consejos, dietas, etc. (González, 2016, p. 3)

Según Orozco (2013) se han diseñado y llevado a cabo acciones como “...la descalificación de los mismos en internet, la censura y retiro del hosting de algunos de ellos y el bombardeo recurrente de mensajes en contra de los mismos” (p. 41). Sin embargo, estos no han sido exitosos, por lo que este autor expresa que serán de vital importancia las acciones preventivas destinadas a la educación de niños y adolescentes, quienes constituyen la población más vulnerable.

5.5. Prevalencia e incidencia de la Bulimia Nerviosa

Como fue mencionado en la introducción del presente trabajo, los TCA constituyen el tercer trastorno más frecuente en la adolescencia. Contar con registros epidemiológicos oficiales reviste grandes dificultades debido a las distintas metodologías utilizadas para llevar a cabo las investigaciones en esta materia, por lo que las cifras de prevalencia e incidencia dependerán de las características de las evaluaciones y la población específica (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). En lo que concierne a nuestro país, “...si bien no existen cifras oficiales, los

TCA no han adquirido la dimensión que presentan en países desarrollados” (García, citado en Bermúdez et al., 2016, p. 241). Adicionalmente, los TCA presentan mayor prevalencia en el sexo femenino (Kreipe, citado en Bermúdez et al., 2016).

Respecto a la BN, se observa a nivel mundial una fuerte prevalencia y creciente incidencia en edades cada vez más tempranas (Tabárez, 2016). Según el manual DSM-IV, “La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor” (APA, 2002, p. 562). Por su parte, el DSM-V agrega que “el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana” (APA, 2013, p. 347). Cabe señalar que la prevalencia de la BN a nivel mundial es mayor respecto a la de la AN (Bermúdez et al., 2016).

En cuanto a su distribución geográfica, “En las mujeres adolescentes de los países occidentales se estima una prevalencia del (...) 2-4% para la BN” (Lambruschini et al., 2010, p. 325). Por su parte, la Revisión Sistemática de la Evidencia Científica (RSEC) informa que la prevalencia de mujeres con BN en Estados Unidos y países del oeste de Europa es del 1% (Agency for Healthcare Research and Quality, 2006). En lo que tiene que ver con la incidencia de la BN, Hoek (2006) afirma que en países de Europa y América del Norte se presentan 12 casos cada 100.000 habitantes.

Por otra parte, el DSM-V destaca que la BN se encuentra asociada un considerable riesgo de mortalidad, señala que “La TBM (tasa bruta de mortalidad) de la bulimia nerviosa es cercana al 2% por década” (APA, 2013, p. 347). Finalmente, Lambruschini et al. (2010) agrega que “...algunos grupos profesionales como modelos, bailarinas, atletas, gimnastas, etc., parecen más afectados” (p. 325).

6. Terapia Cognitivo-Conductual de la Bulimia Nerviosa

6.1. Introducción. Su abordaje sanitario.

Como fue mencionado anteriormente, la BN constituye un trastorno determinado por un conjunto de diferentes factores (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009). Por esta razón se valora la óptica particular desde la cual la TCC aborda los diferentes trastornos, entendiendo que “...la salud mental humana y la psicopatología se encuentran multideterminadas” (Keegan y Holas, 2010, p. 610) y habilitando una intervención multidisciplinaria. Entre los profesionales de la salud necesarios para el abordaje de la BN se encontrarán médicos pediatras, psiquiatras y de familia, psicólogos, nutricionistas, etc. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Una vez que un sujeto arriba a su centro de atención sanitaria, se realiza una evaluación diagnóstica para indicar un posible tratamiento; se considerará “...la edad, el nivel de riesgo, las complicaciones físicas y psicológicas y las preferencias de la persona afectada” (Grupo de Trabajo

de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 81). Usualmente, en un primer momento el paciente es atendido en lo que es definido desde la estrategia de APS como el primer nivel de atención, es decir aquel que atiende las necesidades usuales y menos complejas de la población, mediante prevención, promoción e intervenciones de rehabilitación y recuperación (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011). Este constituye una pieza clave para el diagnóstico precoz tan necesario en los TCA (Gil, Candela y Rodríguez, 2003) dada la vital importancia que tendrá evitar la cronificación de la BN (Bermúdez et al., 2016). Una vez atendido, se considerará una posible referencia del sujeto hacia otro establecimiento más especializado, sea este de un segundo o tercer nivel de atención (Vignolo et al., 2011).

El tratamiento podrá realizarse de manera ambulatoria o, en casos de gravedad, mediante la hospitalización para la normalización del estado del paciente (Bermúdez et al., 2016). Asimismo, existen hospitales de día que "...pueden proporcionar una estructura alrededor de las comidas y a la vez una terapia intensiva, sin que el paciente se aíse totalmente del apoyo y los retos que tiene en su medio habitual" (García-Camba, 2001, p. 199). Si bien los sujetos con BN frecuentemente son tratados de forma ambulatoria, es necesaria su hospitalización cuando existen alteraciones orgánicas de gravedad, autolesiones o riesgo suicida (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

En lo que respecta a las intervenciones psicoterapéuticas disponibles para la BN, el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica (2009) recomienda una serie de terapias, a saber: TCC (grupal e individual), AA, AAG, TIP, TFS, TF, TPD y TC. De todas ellas, señala que la TCC es el tipo de intervención psicoterapéutica con mayor apoyo desde un punto de vista empírico. Berkman et al., (2006) sostienen que existen evidencias de sujetos que luego de seis y doce meses de culminada la TCC, redujeron 90% sus atracones y conductas purgativas; de los cuales un 36% presentó una remisión total al año de finalizado. Además, observan que disminuye a corto y largo plazo los síntomas psicológicos que acompañan al trastorno. Por su parte, Fairburn (1991) establece que el elemento cognitivo es el responsable del éxito de la TCC para la BN.

Sin embargo, para aquellos sujetos que no deseen esta clase de tratamiento o a quienes no se hayan beneficiado del mismo, se les recomendará otro tipo de psicoterapia. A pesar de ello, "Se desconoce el mejor tratamiento psicológico a elegir en caso de que la TCC individual y grupal no sean eficaces para personas con BN" (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 140).

6.2. Definición y evolución histórica de la Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC es definida como "la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente" (Plaud, citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.32). Comprende una serie de terapias que sostienen que la conducta no está determinada

únicamente por estímulos internos o externos, pues abarca ambas perspectivas (Meichenbaum, 1977). Lo que actualmente conocemos como TCC es el resultado de un camino de transformaciones a lo largo de tres generaciones (O'Donohue, citado en Ruiz et al., 2012).

La primera generación, tuvo lugar entre los años 1950 y 1979; estuvo caracterizada por el nacimiento de la terapia de la conducta en Reino Unido, Sudáfrica y Estados Unidos con los trabajos de Hans Eysenck, Joseph Wolpe y Ogden Lindley, respectivamente. Fueron las primeras psicoterapias basadas en evidencia científica (Keegan y Holas, 2010). Se caracterizaron por aplicar los principios de aprendizaje al contexto psicoterapéutico (Ruiz et al., 2012). “Durante esta *primera generación*, el terapeuta de conducta es básicamente un investigador que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica a los problemas clínicos” (Ruiz et al., 2012, p. 50).

La segunda generación se puede dividir en dos subestadios; el primero se desarrolló en Estados Unidos durante las décadas de los años 60 y 70 y estuvo relacionado al nacimiento de las terapias de tipo cognitivo. Respecto al segundo, surgió en la década de los años 80 y estuvo caracterizado por el surgimiento de la TCC (Keegan y Holas, 2010). Actualmente, la TCC “...continúa produciendo importantes logros clínicos” (Keegan y Holas, 2010, p. 605). Entre los principales representantes de esta segunda generación se encuentra Aaron Beck, cuyo trabajo sobre la depresión permitió comprender las alteraciones emocionales como un producto de cogniciones distorsionadas en la lectura que realiza el sujeto acerca del mundo y de sí mismo (Beck, citado en Keegan y Holas, 2010).

La tercera generación, comprende un nuevo desarrollo de la TCC que se originó a mediados de los años 90 y persiste hasta la actualidad. Surgió debido a los cuestionamientos que suscitaron algunas premisas sostenidas por la TCC clásica (Hayes, citado en Keegan y Holas, 2010). El objetivo principal de estas psicoterapias consiste en “...la modificación de la función de las cogniciones, en lugar de la modificación de su contenido” (Keegan y Holas, 2010, p. 605). Estas terapias se vieron influenciadas por el trabajo de Jon Kabat-Zinn, creador de la “Reducción de Estrés Basado en Conciencia Plena” (Kabat-Zinn, citado en Keegan y Holas, 2010).

Como se mencionó, la TCC engloba tratamientos que provienen de diferentes vertientes teóricas. Sin embargo, integran parcial o totalmente un conjunto de principios elementales (Keegan y Holas, 2010). Dobson y Dozois (2001) destacan los siguientes:

- La conducta está determinada por las cogniciones (supuestos, pensamientos e interpretaciones).
- Los procesos cognitivos pueden ser estudiados y modificados.
- Las modificaciones en los procesos cognitivos podrán cambiar las conductas.

Las TCC “...comparten el supuesto de que el pensamiento (cognición) media el cambio de la conducta y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación del estado de ánimo y de la conducta” (Keegan y Holas, 2010, p. 605). Estas intervienen sobre las alteraciones en las

cogniciones, emociones, conductas y respuestas fisiológicas aprendidas por el sujeto y que hacen que presente alteraciones en su experiencia vital. Estas alteraciones constituyen un hábito en la vida cotidiana de los pacientes, quienes consideran que el control sobre ellas es escaso o nulo. Las TCC entienden que el sujeto es responsable de sus conductas, por lo que pretenden dotarlo de un mayor control sobre las mismas (Ruiz et al., 2012).

Por otra parte, la TCC se caracteriza por intervenir en un tiempo predeterminado -reducido en comparación a otras psicoterapias- y estar enfocada hacia objetivos delimitados de intervención (Ruiz et al., 2012). Este enfoque es posible gracias a la “formulación o conceptualización del caso”. La misma se define como “una serie de hipótesis que establece una relación entre los diferentes problemas que afligen a un paciente determinado, postulando los mecanismos psicológicos que pueden haber participado en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de estos problemas” (Persons y Davidson, citado en Keegan y Holas, 2010, p. 611). Para la elaboración de dichas hipótesis, la mayor parte de las TCC se basan en los trastornos definidos en los manuales DSM; esto permitirá compartir un mismo lenguaje entre los profesionales que atenderán al sujeto y facilitar el trabajo multidisciplinario (Keegan y Holas, 2010).

Asimismo, se destaca que “...la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos” (Ruiz et al., 2012). En este entendido y teniendo en cuenta las recomendaciones arriba mencionadas por el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica (2009), se abordarán a continuación los aspectos principales de la denominada TCC desarrollada por Fairburn para la BN. Este tipo de psicoterapia denominada TCC mejorada fue desarrollada por el autor a partir de su teoría “Transdiagnóstica” y es actualmente comprendida como la más eficaz para el trastorno que aquí nos compete (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003).

6.3. Terapia Cognitivo-Conductual mejorada

A partir de los principios teóricos básicos establecidos por la terapia cognitiva de Beck para la depresión -mencionada anteriormente como uno de los desarrollos teóricos más importantes de la “segunda generación”- se han desarrollado otros tipos de terapia para diferentes trastornos (Keegan y Holas, 2010). Es así como Fairburn desarrolló una forma de intervención para la BN denominada TCC mejorada (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003). Esta presenta sus características particulares, empero mantiene el supuesto establecido por Beck, suponiendo que el trabajo sobre las cogniciones ayudará al sujeto a “...identificar, examinar y modificar los patrones de pensamiento desadaptativos y distorsionados, que subyacen tras sus problemas” (Keegan y Holas, 2010, p. 606).

El primer acercamiento a una descripción terapéutica cognitivo-conductual para la BN fue realizada por Fairburn en el año 1981 (Fairburn, 1981), quien posteriormente junto a Marcus y Wilson creó su correspondiente manual en el año 1993 (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993). Fairburn (citado en Rutzstein, 2009) refiere a las distorsiones cognitivas relacionadas al control del peso e imagen corporal como el eje psicopatológico central de la BN. “Las *distorsiones cognitivas* serían errores sistemáticos en el pensamiento de un paciente que mantienen sus conexiones a pesar de

la evidencia en contra” (Coyne y Gotlib, citado en Caro, 2009, p. 148). Además, Beck (citado en Caro, 2009) afirma que “Serían distorsiones de la realidad que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos” (p. 148). Estos pensamientos disfuncionales estarán directamente relacionados con el trastorno particular del paciente (Caro, 2009).

“...el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación” (Celis y Roca, 2011, p. 22). A diferencia de las personas sin BN (quienes se autoevalúan por su actuación en distintas áreas de sus vidas), los sujetos con BN se valoran a sí mismos únicamente (o mayoritariamente) por los siguientes criterios: su peso, imagen corporal y el control sobre los mismos (Rutzstein, 2009). Esto se debe no solamente a que constituyen aspectos que el sujeto puede controlar mejor que otras circunstancias de la vida, sino también al peso que generan los valores socioculturales imperantes. Por su parte, las distorsiones cognitivas arriba mencionadas son las que contribuyen al mantenimiento de la BN, ya que llevan a que el sujeto realice dietas excesivamente rígidas, dejándolo vulnerable a posteriores atracones y conductas compensatorias (Rutzstein, 2009).

Según éste modelo, la única característica clínica que no está directamente relacionada con el núcleo psicopatológico son los atracones, que aparecen como consecuencia de los intentos por restringir la ingesta y someterse a dietas extremas e inflexibles. La relación que se establece entre hacer dieta y los atracones forma un círculo vicioso, ya que la restricción dietética favorece la pérdida de control con ingesta de grandes cantidades de comida (atracones), pero a su vez la dieta es una respuesta a la sobreingesta (una medida compensatoria). Cuando las pacientes fracasan en el cumplimiento de sus normas dietéticas estrictas con episodios de atracones, lo interpretan como evidencia del poco control que tienen sobre su ingesta, su figura y su peso. Romper las reglas dietéticas les supone una “pérdida de control” sobre la figura y el peso deseados, que les resulta inaceptable, por lo que tiende a reforzarse su conducta de hacer dieta y su idea sobrevalorada de la necesidad de mantener un determinado peso corporal, dando lugar de nuevo a un círculo vicioso que tiende a automantenerse. (Celis y Roca, 2011, p. 22)

Los atracones permanecerían gracias a las conductas compensatorias, ya que el sujeto pretende utilizar estas últimas como forma de amortiguar las consecuencias del atracón en su peso, sin saber que en efecto, esta estrategia patológica es de hecho, ineficaz (Celis y Roca, 2011).

El tratamiento propuesto pone su foco en las distorsiones cognitivas -inquietud extrema sobre el peso e imagen corporal- y en la imagen negativa que presentan sobre sí mismos; intervención que tiene como objetivo producir un cambio en la postura del sujeto hacia su silueta y peso, en las dietas restrictivas y en la reducción de síntomas que surgen frecuentemente de manera concomitante a la BN, a saber: alteraciones en las relaciones sociales, pobre autoestima y depresión (Rutzstein, 2009; Celis y Roca, 2011). Sin embargo, el tratamiento también aborda las conductas de atracones y conductas compensatorias para reducir su frecuencia y lograr una alimentación equilibrada (Rutzstein, 2009).

Fiel a las características arriba mencionadas acerca de los TCC, es un tratamiento acotado en el tiempo, con una estructura predeterminada y enfocado hacia la problemática que le compete (Ruiz et al., 2012; Rutzstein, 2009). Constituye un tratamiento ambulatorio, dado que la mayoría de los pacientes con BN pueden beneficiarse de un tratamiento con estas características. Sin embargo, existen excepciones en las que esta alternativa terapéutica no será recomendable. En primer lugar, no es recomendada en aquellos casos en los que se presenta una depresión grave con riesgo suicida, abuso de sustancias, trastorno psicótico (Fairburn et al., 1993), crisis -o hechos vitales- importantes o incapacidad para concurrir de manera regular a las sesiones (Fairburn, 2008). En segundo lugar, se hospitalizará al sujeto cuando existan alteraciones orgánicas de gravedad, autolesiones, riesgo suicida (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009) o mujeres embarazadas que se encuentren en los primeros tres meses de embarazo y presenten una alteración alimentaria tal que pueda producirse un aborto espontáneo (Fairburn et al., 1993). Tampoco se recomendará dar inicio al tratamiento en caso de que el terapeuta necesite ausentarse durante las primeras seis semanas de tratamiento (Fairburn, 2008).

A continuación se describirá la TCC mejorada (Fairburn, 2008), una reformulación de la terapia presentada por Fairburn, Marcus y Wilson en el año 1993 (Fairburn et al., 1993). Cuenta con diferentes versiones, siendo la más utilizada -y aquí descrita- la versión focalizada. Presenta un protocolo central a modo de guía y se encuentra distribuido en cuatro etapas. Estas etapas se llevan a cabo a lo largo de 20 semanas, en 20 sesiones (Fairburn, 2008). Generalmente, los pacientes que realizan este tratamiento presentan más de dieciocho años (Fairburn, 2008), dado que esta intervención "...fue diseñada para adultos en tratamiento ambulatorio (...) aunque puede ser adaptado para usarlo también con pacientes más jóvenes, o en grupo" (Rutzstein, 2009).

6.3.1. Protocolo central. Etapa 1.

La primera etapa tiene una duración de cuatro semanas. Se lleva a cabo una sesión inicial de naturaleza diferenciada y seis sesiones posteriores, de frecuencia bisemanal. Estas últimas tendrán como fin instruir al paciente acerca de su trastorno, mediante lecturas sugeridas por el terapeuta (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Estas lecturas permiten "...entrenar al paciente a convertirse en su propio terapeuta" (Keegan y Holas, 2010). Por otra parte, se establecen cinco comidas al día. Regularizar las conductas alimentarias del sujeto reduce las posibilidades de manifestar un atracón, con lo cual el paciente percibe un mayor control sobre sus hábitos alimentarios. Además, se abordarán las tendencias purgativas y sensaciones físicas desagradables posteriores a la ingesta. Finalmente, se brinda un espacio de participación a miembros de la familia o amistades que por su influencia, colaboren o dificulten el tratamiento (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011).

6.3.1.1. Sesión Inicial. Preparación para el tratamiento.

Esta sesión cuenta con una duración de noventa minutos y tiene una serie de objetivos. En primer lugar, pretende incentivar al paciente a realizar el tratamiento (Fairburn, citado en Celis y

Roca, 2011). Será fundamental construir desde el primer momento un adecuado vínculo con el paciente, en el que prime la colaboración y empatía, dados los sentimientos de ambivalencia que pueda presentar en relación a la terapia. Esta ambivalencia tendrá que ver con la evaluación positiva que tienen acerca de algunas de sus conductas (como la restricción alimentaria), al mismo tiempo que sienten culpa o vergüenza de otras (como las purgas o atracones) (Fairburn, 2008). En segundo lugar, se efectuará una evaluación psicopatológica sobre la gravedad del trastorno (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011).

En tercer lugar, se aclarará al paciente cuáles son los mecanismos perpetuadores de su trastorno y se creará una formulación visual (esquema) de sus procesos subjetivos (esta irá cambiando en el transcurso del tratamiento). Realizar esta representación permitirá que el sujeto comience a cuestionar su trastorno y analice los objetivos principales a ser tratados. Resulta conveniente comenzar por el abordaje de un objetivo deseado por el propio paciente (Fairburn, 2008).

En cuarto lugar, se realizará una descripción del proceso terapéutico (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Se informará el nombre y tipo de tratamiento, la cantidad de sesiones que se llevarán a cabo, su duración, frecuencia y estructura. Además, se comunicará que resulta de vital importancia tomar su peso sesión a sesión. En caso de encontrar resistencias al pesaje, se le informará que su único fin será brindar una mejor orientación profesional (Fairburn, 2008). Por otra parte, se transmitirá que es el paciente quien tiene el dominio en su proceso terapéutico y que podrá comunicar libremente sus dudas, preocupaciones, desacuerdos o intenciones de abandonar el tratamiento (Fairburn, 2008).

En quinto lugar, se instruirá sobre los autorregistros en tiempo real que deberá realizar sobre sus ingestas y los hechos, sentimientos y cogniciones concomitantes que considere relevantes (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). “Lo difícil es registrar en tiempo real, pero es particularmente valioso porque ayuda a los pacientes a observar, cuestionar y modificar sus pensamientos y comportamiento mientras sucede” (Fairburn, 2008). El registro de monitoreo (Anexo 1) cuenta con columnas, donde dejará constancia de los alimentos y cantidades ingeridas, horario, lugar, contexto y comentarios relacionados. Además, se colocará un asterisco en cada ingesta que considere excesiva y/o las letras “V”, “L” o “D”, que corresponderán a si el sujeto vomitó, utilizó laxantes o diuréticos (Fairburn, 2013).

Por último, se recapitulará sobre lo trabajado y se explicarán las tareas que se realizarán para la futura sesión. Se pedirá al paciente que comience con los autorregistros y chequee la formulación realizada para agregar, eliminar o resaltar aspectos que considere (Fairburn, 2008).

En algunos casos será necesaria una segunda sesión inicial, en donde los pacientes se encuentren más distendidos y brinden al terapeuta nueva información de utilidad (Fairburn, 2008). Si el paciente lo desea, podrá concurrir a las sesiones con un acompañante; este podrá esperar afuera de la consulta o ingresar a la sesión en calidad de informante -siempre y cuando el paciente lo desee- (Fairburn, 2008).

6.3.1.2. Sesión 1.

A partir de la primera sesión las entrevistas tendrán una duración de cincuenta minutos. Se continuará con el esfuerzo por alcanzar un compromiso del paciente con el tratamiento (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Este no será exitoso a menos que se logre la motivación del sujeto para realizar los cambios que se necesiten (Fairburn, 2008).

En su inicio se pesará al paciente, lo cual permitirá ayudarlo a reinterpretar su peso y disminuir su ansiedad. Además, se informará sobre las variables que intervienen en sus fluctuaciones (hora del día, estado de hidratación, etc.) y como estas son malinterpretadas, llevando a la conclusión - errónea- de persistir en la restricción alimentaria. Es de vital importancia transmitir al paciente que el objetivo del tratamiento no es la ganancia de peso, sino la regularización de su patrón alimentario (Fairburn, 2008).

Además, se iniciará la revisión del registro de monitoreo de ingestas -sean estas alimentos o bebidas- (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Allí se dialogará sobre los hábitos alimentarios del sujeto, cómo se sintió al realizarlo, si tuvo dificultades, si los asteriscos se utilizaron de forma apropiada, etc. En caso de haber realizado la tarea, el paciente será felicitado por sus esfuerzos; de no ser así se dialogará sobre sus motivos y remarcará su importancia en el tratamiento (Fairburn, 2008). Luego, se verán en conjunto las tareas programadas en la sesión anterior, se tratarán temas de relevancia hallados en el registro de monitoreo, temas propuestos por el paciente y/o nuevos temas propuestos por el terapeuta de acuerdo con la etapa del tratamiento (Fairburn, 2008). Por último, se marcará la próxima sesión y las tareas a realizar, a saber: continuar su trabajo sobre el registro de monitoreo -mejorándolo- y no pesarse en su hogar (Fairburn, 2008).

Esta sesión constituye una buena ocasión para dialogar con el sujeto acerca de su perspectiva sobre la terapia, invitarlo a modificar la formulación de su caso, mostrar empatía sobre aspectos prácticos que tengan que ver con su concurrencia a la sesión, etc. (Fairburn, 2008).

6.3.1.3. Sesión 2 a 7.

Desde la segunda sesión se buscará generar cambios y se mantendrá la siguiente estructura básica: chequeo ponderal (una vez a la semana), revisión de los registros de monitoreo y tareas, elaboración conjunta de los objetivos a abordar en la sesión y recapitulación de los puntos principales tratados. Finalmente, se fijará la próxima entrevista y explicarán las tareas a realizar para la misma (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011).

Estas entrevistas tendrán como principales objetivos realizar una psicoeducación acerca del trastorno, regular los hábitos alimenticios del paciente e incluir en las sesiones a otros sujetos siempre que el paciente lo desee (Fairburn, 2008). Respecto al primer objetivo y dado que estos pacientes frecuentemente consumen información de diferentes medios no científicos (revistas, foros, etc.), se propone la utilización de técnicas psicoeducativas como el libro "*Overcoming Binge Eating*" (Fairburn, 2013). Este "...incluye (...) gran cantidad de información sobre los hábitos de alimentación saludables para contrarrestar las creencias disfuncionales de las personas con

trastornos de la conducta alimentaria” (Keegan y Holas, 2010). En cada sesión se propondrá la lectura de determinados capítulos y el paciente realizará notas al margen que serán discutidas en la sesión posterior (Fairburn, 2008).

Sobre el segundo objetivo, regular la alimentación del sujeto ayudará también a reducir la frecuencia de atracones (pudiendo persistir atracones “residuales” que serán abordados en la tercera etapa). Brindar al paciente una estructura mejorará su sentido de control y humor. Con relación a esta estructura alimentaria, Fairburn (2008) propone tener en cuenta:

- Planificar tres comidas diarias y dos (o tres) colaciones; esta planificación será hecha anticipadamente por el paciente. Las comidas tendrán prioridad sobre otras actividades de su rutina y no podrán ser sucedidas por conductas compensatorias. En caso de que suceda, las ingestas no serán tenidas en cuenta. Además, los sujetos no podrán contar las calorías ingeridas.
- Las ingestas no podrán saltarse y los intervalos entre ellas no podrán ser mayores a 4 horas. El paciente comerá a la hora que deba hacerlo o siguiendo los criterios de otros sujetos, no guiándose por sus propias sensaciones de plenitud o apetito mientras estas no se encuentren regularizadas.
- Será necesario planificar las ingestas en aquellas ocasiones en las que el sujeto presente actividades sociales. Serán útiles estrategias como no tomar alcohol con el fin de no perder el control, abandonar platos y cubiertos una vez finalizada la ingesta, etc.
- Se utilizarán estrategias para evitar comer entre las ingestas planificadas. Entre ellas se encuentran las salidas con amigos, escuchar música, salir a caminar, etc. También será de ayuda percibir la urgencia de ingerir alimentos como un fenómeno pasajero y que puede ser dominado.
- En aquellos casos en los que los patrones alimentarios presenten una grave irregularidad, el plan diario de ingestas deberá implementarse poco a poco, comenzando por el momento del día en que establecer modificaciones supondrá menor dificultad para el paciente.

Acercas del tercer objetivo, siempre que sea deseado por el paciente se podrán invitar a las sesiones a otros sujetos que por su influencia positiva (mediante incentivo) o negativa (comentarios negativos), sean relevantes para el sujeto. Es frecuente que los pacientes mantengan su trastorno en secreto, constituyendo la sesión terapéutica un espacio adecuado para realizar una “confesión” acerca de su problemática y poder así, comprometerse enteramente con el tratamiento. En estos casos se trabajará los primeros cincuenta minutos de forma habitual y posteriormente cuarenta y cinco minutos adicionales con el paciente y su invitado (Fairburn, 2008).

6.3.2. Protocolo central. Etapa 2.

Consta de una o dos sesiones de una vez a la semana. En esta etapa se verifican los resultados obtenidos hasta el momento y se definen los pasos a seguir en la etapa tres, dado que constituye la más larga e importante del tratamiento (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Será de interés examinar los logros alcanzados, dado que “...la magnitud del cambio durante las primeras semanas es un fuerte predictor de los resultados del tratamiento” (Fairburn, 2008, p. 48).

Es frecuente que en esta etapa se presenten cambios conductuales, entre los que podemos encontrar una mayor regularización de la ingesta (descenso de atracones y purgas) (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Sin embargo, si se verifica una limitación en los progresos, se intentará identificar colaborativamente cual es la causa que impedirá el cambio terapéutico. De ser necesario, se realizará una reformulación del caso. Entre estos factores podremos encontrar la influencia de estados anímicos, eventos externos, aspectos del trastorno aún no tratados, temor o resistencia al cambio, etc. Es importante mencionar que los cambios cognitivos aún no han sido abordados en esta etapa del tratamiento, por lo que no se observarán aún mejoras en la sobrevaloración del peso y figura corporal (Fairburn, 2008).

Por otra parte, en la etapa dos se decidirá si continuar con la versión focalizada de este tratamiento -aquí descrita- o con la versión “extendida” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Esta última consiste en un plan de cuarenta sesiones destinadas a sujetos con un IMC de entre 15.0 y 17.5 (Fairburn, 2008).

Por último, se planificará la tercera etapa del tratamiento, en donde se abordarán los principales mecanismos perpetuadores del trastorno (Fairburn, 2008), a saber: la sobrevaloración de la figura, peso y control de la ingesta, el bajo peso, los cambios en la alimentación reactivos a eventos externos o modificaciones del humor, el restringir la dieta (limitar la ingesta) y la restricción dietética (consumo calórico menor al gasto energético del organismo) (Fairburn, 2008).

6.3.3. Protocolo central. Etapa 3.

La etapa tres consta de ocho sesiones de frecuencia semanal. Su organización atenderá a las particularidades del paciente, dado que se comienzan a problematizar los mecanismos mantenedores del trastorno del sujeto (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Además, la planificación no se hará sesión a sesión (como en las etapas previas) sino de acuerdo con tres módulos temáticos.

El primer módulo por tratar es el que reviste mayor dificultad, los cambios serán paulatinos. Se abordará el núcleo psicopatológico de trastorno (aspectos cognitivos), es decir la “...preocupación por la figura, rituales de comprobación, sensación de ‘sentirse gorda’ y pensamientos y creencias relacionados” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 28). Se intervendrán los aspectos descritos a continuación, respetando la secuencia presentada por Fairburn (citado en Celis y Roca, 2011):

- “Identificar la sobrevaloración y las consecuencias derivadas” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 28). Lo primero es educar al paciente sobre la autoevaluación (Fairburn, 2008), para ello se discute sobre las distintas áreas de actuación que toman en cuenta normalmente las personas para juzgarse a sí mismas (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Luego, de forma colaborativa se realiza una lista de áreas que son valoradas como importantes para el sujeto y a cada una se le asignarán diferentes grados de intensidad y frecuencia. Tomando estos datos, el terapeuta realiza un gráfico de torta, mostrando al paciente la valoración excesiva que realiza sobre su figura, peso y su control (Fairburn, 2008). Los gráficos de torta son técnicas

comportamentales frecuentemente utilizadas para que el paciente visualice los elementos intervinientes en su autovaloración, permitiendo arribar eventualmente a una interpretación más equilibrada (Keegan y Holas, 2010). Presentar una sobrevaloración de la figura y peso "...disminuye notablemente la importancia de otras áreas (...) y hace a las personas vulnerables a evaluarse de forma negativa cuando no pueden controlar el área dominante en todo momento" (Celis y Roca, 2011, p. 28). Una buena estrategia consiste en preguntar al paciente acerca de sus metas de vida y si cree que, dedicando ese monto de tiempo a la preocupación por su peso -en detrimento de otras áreas- lo ayudará a lograrlas. Además, con el fin de extender su formulación, el terapeuta preguntará a su paciente cuales son las consecuencias conductuales o anímicas de la atención excesiva a dichos temas. Como tarea, el terapeuta indicará rever el gráfico de torta, así verificarán y harán ajustes necesarios en base a la correcta o incorrecta representación de la problemática del paciente (Fairburn, 2008).

- "Aumentar la importancia de otras áreas implicadas en la autovalía" (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 28). Esto ayudará al sujeto a obtener argumentos para evaluarse a sí mismo de manera más favorable. Se trabajará para que inicie nuevas actividades o retome aquellas que abandonó como consecuencia de su trastorno (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Se acordará que el paciente pruebe una o dos actividades en las que, de preferencia, necesite relacionarse con otros sujetos. Esto se debe a que frecuentemente, el área social en la vida de estos sujetos ha quedado relegada. El paciente llevará un registro de su progreso en las mismas y los problemas serán oportunamente trabajados (Fairburn, 2008).
- "Tratar los rituales de comprobación y las conductas de evitación" (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 29). Estas conductas tienen que ver con la comparación sistemática con otros sujetos, eludir prendas de ropa ceñidas, medir partes específicas de su cuerpo, etc. Usualmente estos sujetos no perciben conscientemente la realización de estos rituales de comprobación, por lo que es importante que el terapeuta sea franco y directo, educando al paciente acerca de las mismas y realizando interrogantes de manera explícita. Deberá explicar al paciente que estos rituales mantienen la evaluación negativa que tienen sobre sí mismos.

En ocasiones, tendrá que educar al paciente acerca de procesos fisiológicos frecuentes, como las modificaciones abdominales que pueden presentarse en un mismo día. Además, es usual que estos sujetos comparen su figura con imágenes de cuerpos "ideales" encontradas en medios de comunicación y redes sociales. Resulta conveniente explicar al paciente que atender de forma constante a los aspectos que considera "negativos" sobre su figura tendrá el efecto de magnificar los mismos; además se dialogará sobre cómo estas comparaciones superficiales le harán perder de vista sus aptitudes, inteligencia, etc. Es necesario mencionar que en algunos casos los pacientes que comenzaron con rituales de comprobación pasan luego a las conductas de evitación (negarse a mirarse en espejos, fotografías, etc.) como resultado de los sentimientos negativos generados. En otros casos, alternará entre ambas conductas (Fairburn, 2008). Durante este período, el paciente podrá incluir sus conductas de comprobación y evitación en

el autorregistro, correctamente adaptado para este fin (Anexo 2) (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). De esta manera, el terapeuta instruirá al paciente para identificar y pausar estas conductas previamente a su realización, aumentando poco a poco su control sobre las mismas (Fairburn, 2008).

Como tarea, el terapeuta indicará al paciente seleccionar de manera más “científica” aquellos sujetos con quienes se compara, eligiendo personas al azar de su mismo género y edad. Esta tarea le demostrará que el atractivo de las personas no dependerá de su delgadez. Otra labor consistirá en escoger a una persona que estime atractiva y concentre su atención en las zonas del cuerpo que el paciente considere conflictivas en su propia silueta; esto le llevará a concluir que los sujetos que considera atractivos también presentan “defectos” (Fairburn, 2008). Respecto a las conductas de evitación, se utilizará la técnica de exposición en donde el paciente deberá realizar actividades que susciten emociones negativas (como concurrir a un club a nadar) y de esta manera habituarse a sentir y observar su cuerpo, así como a ser observado por otros (Keegan y Holas, 2010; Fairburn, 2008).

- “Tratar la sensación de ‘sentirse gorda’” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 29). Es frecuente que estos pacientes no realicen una distinción entre su percepción de estar gordos, su peso real y un IMC correspondiente a sobrepeso, aspecto que contribuye al mantenimiento de conductas no deseadas, como las dietas restrictivas. Se trabajará sobre esas sensaciones, que siente el sujeto a nivel corporal, que hechos precedieron o acompañan las mismas, etc. Generalmente, estas son originadas por estados anímicos negativos (soledad, aburrimiento, etc.) o sensaciones orgánicas ordinarias (saciedad posterior a una ingesta, sudoración, etc.) que son juzgadas erróneamente (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Se explicará que sus sensaciones podrán variar frecuentemente, sin embargo su silueta no cambiará en períodos cortos de tiempo. Por último, el terapeuta insistirá sobre la diferencia entre “sentirse” y estar gordo (Fairburn, 2008). Identificar el origen de esta sensación permite instruir al paciente en la técnica denominada resolución de problemas (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Esta técnica permite que el paciente aprenda nuevas soluciones funcionales para enfrentar dificultades (Keegan y Holas, 2010).
- “Explorar los orígenes de la sobrevaloración” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 29). Se tratará de identificar si en diferentes momentos de la vida del sujeto existieron circunstancias contribuyentes al desarrollo de un control y sobrevaloración de su peso y silueta corporal. Esto permitirá hipotetizar sobre los factores etiológicos y de mantenimiento particulares (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Con este fin, se le solicitará que en una tabla de vida (Anexo 3) escriba eventos que puedan conectarse al desarrollo de su trastorno en cuatro momentos evolutivos: antes de los doce meses previos al inicio del trastorno alimentario, los doce meses previos su inicio, los doce meses posteriores a su inicio y desde entonces hasta la actualidad (Fairburn, 2008).

- “Aprender a controlar los pensamientos y creencias relacionados con el TCA” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 29). Para esto, se identifican los pensamientos y creencias distorsionadas a partir de los que el sujeto se interpreta a sí mismo y su mundo; son estas las que mantienen el trastorno (el sujeto actuará en consecuencia), por lo que se problematizarán y modificarán las mismas (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Fairburn (2008) utiliza la metáfora de la mente como un reproductor de DVD, en donde cada DVD reproducirá en diferentes ocasiones contenidos acordes a las mismas (cogniciones). A medida que transcurre la terapia, los pacientes tendrán el poder de decidir si reproducir o no el DVD del trastorno, aprendiendo a identificar las primeras manifestaciones o “pistas” del mismo. Si esto sucede, se le indicará llevar a cabo actividades sociales al aire libre y actuar en consecuencia a lo aprendido, a fin de evitar las conductas producidas por las cogniciones disfuncionales (Fairburn, 2008).

En cuanto al segundo módulo, se abordarán los “...intentos de restringir la dieta, reglas dietéticas y control sobre la alimentación” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 28). La rigidez en un régimen dietético podrá llevar a que las ingestas cotidianas se transformen en episodios disparadores de culpa y ansiedad (Fairburn, 2008). Se busca concientizar al paciente acerca del rol mantenedor de la dieta restrictiva en su trastorno, ya que además de facilitar la aparición de atracones, tiene consecuencias negativas como la disminución de la capacidad atencional, alteraciones en el funcionamiento social, etc. (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011).

Para tratar la restricción alimentaria, el primer paso fue tratar la sobrevaloración del peso y la dieta. El segundo paso consistirá en ayudar al paciente a percibir la dieta como un problema (muchos la interpretan como una prueba de autocontrol, vida sana, etc.). El paciente deberá conocer los efectos nocivos de realizar un régimen dietético. En primer lugar, la dieta -en su condición de preocupación diaria- “quita” recursos atencionales de otras áreas de su vida y eventualmente provocará ansiedad anticipatoria dado el peso emocional colocado en las ingestas. Además, se le transmitirá que cualquier episodio en el que quebrante sus estrictas reglas dietéticas será utilizado como prueba de debilidad personal o carencia de autocontrol. Asimismo, será relevante que conozcan que, contrario a lo que suponen, es la dieta extrema la que facilitará la presencia de posteriores atracones (en donde se ingieren cantidades excesivas de los alimentos que normalmente evitan). Los sujetos deberán comprender que las mismas son nocivas sin importar el resultado, ya que al quebrantar las normas autoimpuestas se considerarán a sí mismos un fracaso, sin embargo en caso de tener “éxito”, influirá negativamente en su salud orgánica y vida social (Fairburn, 2008).

Luego, se ayudará al paciente a identificar las reglas dietéticas autoimpuestas, para ello será clave la información recabada en los registros de monitoreo (por ejemplo, asteriscos). Una vez identificadas, se analizarán las consecuencias y preocupaciones que surgen cuando el sujeto las quebranta; esto ayudará a comprender la razón por la cual se instaló. Luego, se realizará en conjunto un plan para quebrar las reglas, se explorarán las consecuencias de hacerlo (posibles

ventajas y desventajas de acuerdo con el sujeto) y se diseñarán nuevos planes para repetir la experiencia. De esta manera, se espera que las reglas pierdan progresivamente su relevancia (Fairburn, 2008).

Respecto a la exclusión de determinados alimentos, la educación nutricional será necesaria. Se transmitirá que engordar no dependerá de un único alimento ingerido, sino de la cantidad de este y de sus requerimientos energéticos en la vida cotidiana. Se le pedirá al sujeto que concurra a un supermercado y elabore una lista de aquellos alimentos que no consumiría. Posteriormente, junto al terapeuta se los dividirá en cuatro o cinco categorías de acuerdo con la dificultad para consumirlos. En las siguientes semanas, los introducirá poco a poco en su dieta, empezando por la categoría de mayor facilidad. La experiencia de exposición proseguirá hasta descender los niveles de ansiedad generados por dichos alimentos (habitación) (Keegan y Holas, 2010; Fairburn, 2008).

Por último, se deberá prestar especial atención a aquellos “deslices” en la dieta que sirven como “oportunidad” de abandonar el control sobre la restricción alimentaria, ya que conducen a sentimientos de fracaso. Estos sentimientos constituyen una manifestación de un pensamiento dicotómico (Fairburn, 2008). El pensamiento dicotómico o absolutista es descrito por Beck como “...una tendencia a situar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas” (citado en Caro, 2009, p. 150). El terapeuta ayudará al paciente a identificar esta clase de pensamientos, a fin de interrogarlos y ayudarlo a responder de forma adecuada (de maneras distintas al atracón).

Finalmente, el tercer módulo se centrará en los “...eventos externos, estados de ánimo y hábitos de alimentación” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 28). Especialmente, se enfocará en la conexión que existe entre sucesos externos, modificaciones anímicas y los hábitos alimentarios propios del trastorno (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). El terapeuta se encontrará con pacientes que cometen atracones y purgas como distracción de cogniciones perturbadoras y/o de lidiar con estados anímicos aversivos. Se le pedirá al paciente que señale en su registro de monitoreo ejemplos de episodios en los que haya modificado su patrón alimentario, para luego analizar e identificar los mecanismos intervinientes. Para este análisis se utilizará la técnica resolución de problemas, compuesta por los siguientes pasos: identificación de un episodio reciente en que haya modificado su patrón alimentario, reconstrucción de la sucesión de eventos que desencadenaron el cambio en la alimentación, dar conocimiento al paciente de su poder para interrumpir la cadena de eventos que llevan a las modificaciones alimentarias, enseñanza de soluciones proactivas frente a las situaciones que usualmente lo conducen al cambio de hábitos alimentarios (identificación temprana y precisa del problema, formular diversas soluciones para el mismo, elegir la mejor solución o conjunto de soluciones, actuar en consecuencia y evaluar posteriormente el proceso realizado), afrontamiento colaborativo del problema como si fuera un abordaje temprano del mismo, práctica domiciliaria de las habilidades aprendidas para resolver problemas y posterior revisión de dicha tarea (Fairburn, 2008).

Si a pesar de las mejoras obtenidas hasta el momento el sujeto presenta algunos atracones residuales, se utilizará la técnica “análisis de atracones” (Fairburn, 2008). En esta se intentará

modificar la perspectiva desde la cual el paciente percibe la situación (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). De esta manera, los atracones podrán deberse a: “a) romper una de las reglas dietéticas, b) desinhibirse a causa del consumo de alcohol u otras drogas, c) no comer lo suficiente a lo largo del día, o d) estar facilitado por ciertos eventos externos o por estados disfóricos” (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011, p. 30). Se intentará que el sujeto analice cuál de dichos procesos se encuentra involucrado a cada atracón particular y los perciba como hechos que podrá resolver previamente a consumarlo (Fairburn, 2008).

6.3.4. Protocolo central. Etapa 4.

Esta etapa está compuesta por tres sesiones de frecuencia quincenal. Se buscará afianzar los logros obtenidos por los pacientes en las etapas previas, para mantenerlos y mejorar su pronóstico ante posibles recaídas (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Se abordarán además los temores del paciente sobre la finalización del tratamiento, ante lo cual el terapeuta comunicará que seguirá experimentando mejoras en los aspectos trabajados (cogniciones distorsionadas mantenedoras del trastorno) aún después de culminado el tratamiento, que él es quien tiene el control sobre sus experiencias y que el lapso entre esta finalización y la sesión de revisión servirá de ocasión para que pueda experimentarlo, poniendo en práctica las herramientas aprendidas (Fairburn, 2008).

En las últimas sesiones se hará una revisión de los resultados exitosos obtenidos y de aquellos mecanismos que resultaron de mayor beneficio durante el tratamiento. Además, se trabajará sobre las expectativas del paciente, verificando que estas sean acordes a sus logros (Fairburn, citado en Celis y Roca, 2011). Al culminar el tratamiento, es probable que el paciente mantenga aún un régimen dietético, algunas cogniciones alteradas acerca de su peso y figura o ciertas conductas compensatorias. Sin embargo, se sugiere culminar en el tiempo estipulado y elaborar un plan de mantenimiento personalizado (enfocado en los principales mecanismos analizados durante el tratamiento) con tareas para llevar a cabo en las veinte semanas hasta la siguiente entrevista. Además, se le indicará al sujeto continuar realizando las conductas aprendidas (tres comidas diarias y sus colaciones, limitar los rituales de comprobación, etc.). Por último, se fija una sesión de revisión (Fairburn, 2008).

6.3.5. Protocolo central. Sesión de Revisión.

Esta sesión se lleva a cabo veinte semanas luego de finalizado el tratamiento. Aquí se realiza una evaluación del sujeto y de cómo este viene llevando a cabo el plan de mantenimiento. Además, se analizará si el paciente requerirá una sesión adicional, se dialogará acerca de recaídas que haya sufrido posteriormente a la finalización del tratamiento y se discutirá acerca de su posible necesidad de continuar con los pesajes semanales. Por último, se elaborará un plan de mantenimiento a largo plazo con las modificaciones que sean necesarias en base a eventos desencadenantes que hayan podido ocurrir en las veinte semanas anteriores y puedan volver a manifestarse en el futuro (Fairburn, 2008).

7. Reflexiones finales

A partir de la presente monografía, surgen dos líneas principales de reflexión en relación con el incremento continuado de los casos de prevalencia e incidencia de BN. En primer lugar y como fue mencionado en su introducción, se observa a nivel mundial un aumento en los diagnósticos de este trastorno en edades cada vez más tempranas (Tabárez, 2016). Por su parte, la psicóloga Julia Alderette sostiene dicha afirmación, agregando que son cada vez más frecuentes los casos de TCA en edades preadolescentes («La lucha contra la bulimia y la anorexia», 2016). Estas aseveraciones conducen a los siguientes cuestionamientos: ¿la creciente incidencia y prevalencia se debe al peso cada vez mayor de los factores socioculturales?, ¿qué rol juega en este incremento la proliferación de las redes sociales y de dispositivos promovedores de estilos de vida saludable?

Es indudable que el estereotipo de belleza actual, cada vez más difundido en redes sociales y medios de comunicación fomenta una constante insatisfacción con la imagen corporal (sobre todo en aquellos sujetos más vulnerables al desarrollo de un TCA). La adopción de la figura corporal delgada como sinónimo de éxito, vida plena y control, causa implícitamente la noción de fracaso ante el no cumplimiento de dichas pautas. Esto es aún más evidente en estos pacientes, ya que presentan un pensamiento de tipo dicotómico (Salazar, 2008; Fairburn, 2008). Frances (2014) menciona que “No alcanzar la felicidad o no conseguir una vida libre de preocupaciones se traduce demasiado a menudo en una enfermedad mental. Nuestros objetivos son demasiado ambiciosos y nuestras expectativas no son realistas” (p. 109).

Por otra parte, se considera de importancia pensar acerca de la naturaleza “encubierta” de la BN. Esta se encuentra en muchos casos enmascarada en la percepción de los propios pacientes, lo cual es observable principalmente en la falta de consciencia de enfermedad y resistencia a la intervención al comienzo del tratamiento («La lucha contra la bulimia y la anorexia», 2016). En este sentido, será necesario recordar que con frecuencia, los sujetos con BN presentan un IMC considerado normal o asociados a sobrepeso (APA, 2013); esta característica facilita su enmascaramiento y la ausencia de demanda del propio sujeto (Rubinstein, 2014). Por estas razones, será necesario un arduo trabajo por parte del terapeuta -sobre todo al comienzo del tratamiento- (Fairburn, 2008) para establecer una adecuada alianza terapéutica, especialmente en aquellos casos en los que existe una comorbilidad con un trastorno de la personalidad (Constantino, Arnow, Blasey y Agras, 2005).

Por su parte, resulta dificultosa su detección a nivel familiar, más aún si se trata de familias disfuncionales (Hernández, citado en Sainos-López et al., 2015) en las que se presentan hábitos dietéticos estrictos y figuras maternas que muestran una sobrevaloración de la silueta corporal (García-Camba, 2001).

A pesar de lo anteriormente mencionado, no se debe perder de vista que el principal conflicto de estos pacientes no es la alimentación, sino la sobrevaloración de la imagen (autovaloración casi o totalmente dependiente de una única variable: el estar o no delgado) y el control del peso corporal

(Fairburn, 2008). Es en este encubrimiento que se encuentra su principal riesgo: la posibilidad de cronificación y agravamiento de su pronóstico (en muchos casos, con alteraciones orgánicas que podrán llevar a la muerte) (APA, 2002). Sin embargo, Fairburn (2008) nos advierte otra consecuencia de gravedad respecto a la falta de detección temprana:

Mientras la vida del paciente ha estado ocupada con la dieta, el ejercicio y preocupaciones acerca de su figura y peso, sus contemporáneos habrán estado haciendo muchas cosas que hacen las personas de su edad. Por lo tanto, los pacientes con trastornos alimentarios pierden importantes experiencias relacionadas a su edad y, como resultado, desarrollan déficits interpersonales secundarios. Ayudarlos a desarrollar dominios previamente marginados para su autoevaluación a menudo tiene el beneficio adicional de ayudarlos a ponerse al día en su desarrollo. (Fairburn, 2008, p. 102)

La segunda línea de reflexión suscitada tendrá que ver con el cuestionamiento de si las modificaciones realizadas en los criterios diagnósticos de la BN entre los manuales DSM-IV y DSM-V impactan actualmente en el incremento de las cifras de prevalencia e incidencia del trastorno. Como vimos, se realizaron modificaciones en la frecuencia semanal en la que tendrán que ocurrir los síntomas esenciales (criterio C). Estos se reducen a una vez a la semana a lo largo de 3 meses (Ver tabla 3).

Esta diferencia tendría como efecto que una importante proporción de casos de los que hoy estarían definidos como TCA “no especificados” sean diagnosticados en el futuro como “Bulimia Nervosa”. La justificación para este cambio radica en que los estudios científicos han encontrado muy poca diferencia en la presentación clínica y comorbilidad de los pacientes que presentan BN y los TANE con síntomas bulímicos. (López y Treasure, 2011, p. 88)

Se hipotetiza que esta modificación en el criterio diagnóstico de la BN es pasible de acentuar la prevalencia de esta entre un 30 y 40% (Smink et al. y Hay et al., citados en Vázquez et al., 2015). Este descenso en el umbral diagnóstico entre lo “normal” y lo “patológico” redonda entonces en un aumento en las cifras diagnósticas y en la posible prescripción de psicofármacos. Frances (2014) menciona que el aumento en la “sensibilidad” provoca un aumento de diagnósticos en sujetos que quizás antes requerían de tratamiento. Empero, dicho autor establece que se perderá “especificidad”, diagnosticando y proveyendo de tratamientos a sujetos que quizás no lo necesitaban y yendo en detrimento de aquellos casos de mayor gravedad. En este sentido, preocupa la posibilidad de encontrarnos frente a una deficiente distribución de los recursos sanitarios, en contradicción con los objetivos fijados por la estrategia de APS en busca de mayor equidad en el acceso a los mismos (OMS, 1978).

Por las razones anteriormente expuestas, es que resulta de alguna manera paradójica la ausencia de cifras epidemiológicas oficiales en el Uruguay (Bermúdez et al., 2016). Se espera que el presente trabajo contribuya a dar visibilidad a la temática, difundiendo información acerca de sus

aspectos generales y del tratamiento más estudiado (hasta el momento) en la materia (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003). Además -y principalmente- se busca contribuir con su diagnóstico temprano e interpelar a los actores sanitarios encargados de su prevención y promoción en niveles de atención primarios. Se entiende que tales intervenciones suponen un menor costo sanitario, mayor aprovechamiento de sus recursos y un mejor pronóstico para el sujeto.

8. Referencias bibliográficas

- Acosta, N., Peña, M. y Pertuz, N. (2011). Anorexia y bulimia: Alarmante realidad del siglo XXI. *Duazary*, 8(1), 76-80. doi: 10.21676/2389783X.1673
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2006). Management of Eating Disorders: Evidence Report/Technology Assessment (135). Recuperado de <http://www.maudsleyparents.org/images/eatdis-1.pdf>
- ALUBA. (s.f.). Perfiles y argumentos. Recuperado 24 de julio de 2019, de <http://aluba.org.ar/home/perfiles-y-argumentos/>
- Alvarado, N. y Silva, C. (2014). Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 189-197.
- Álvarez, M. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. *Revisión en Nutrición Clínica*, 1 (2), 55-60.
- Almenara, C. (2006). *Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas* (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru.
- Amorín, D. (2013). Aspectos preliminares para el abordaje psicológico de los trastornos de los comportamientos alimentarios. En S. Nigro y D. Amorín. (Ed.), *Conductas y trastornos alimentarios* (pp.14- 63). Montevideo, Uruguay: Tradinco S.A.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta Edición (DSM-V)*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Edición (DSM-V)*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Azpiroz, M. y Prieto, G. (2014). *Trastornos de la personalidad*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros – Waslala.
- Bermúdez, P., Machado, K. y García, I. (2016). Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(3), 240-244.

- Berkman, N., Bulik, C., Brownley, K., Lohr, K., Sedway, J., Rooks, A. y Gartlehner, G. (2006). Management of eating disorders. *Evidence Report/Technology Assessment*, (135), 1-166.
- Betancourt, L., Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261-276.
- Capilla, A., Romero, D., Maestú, F., Campo, P., Fernández, S., González-Marqués, J., ... Ortiz, T. (2004). Emergencia y desarrollo cerebral de las funciones ejecutivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(6), 377-386.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España: Desclée de Brower, S.A.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf>
- Center for Young Women's Health. (2019). Trastornos de la Alimentación: Mitos. Recuperado de <https://youngwomenshealth.org/2019/05/23/trastornos-de-la-alimentacion-mitos/>
- Constantino, M., Arnow, B., Blasey, C. y Agras, W. (2005). The Association Between Patient Characteristics and the Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral and Interpersonal Therapy for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.203>
- Dansilio, S. (2004). Procesos ejecutivos y lóbulos frontales. En J. L. Otero y L. Fontán. (Ed.), *Fundamentos de Neuropsicología Clínica* (pp. 221- 229). Montevideo, Uruguay: Oficina del libro FEFMUR.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Santiago de Chile, Chile: Andrés Bello.
- De León, M. (2013). Consecuencias clínicas y nutricionales de los TCA de mayor prevalencia. En S. Nigro y D. Amorín. (Ed.), *Conductas y trastornos alimentarios* (119-126). Montevideo, Uruguay: UdelaR.CSEP

- Dobson, K. y Dozois, D. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K. S. Dobson. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3–39). New York, EE. UU.: The Guilford Press.
- Dupont, M. (2005). *Manual de psiquiatría*. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/ucu/72736>
- Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707-711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>
- Fairburn, C. (1991). Three Psychological Treatments for Bulimia Nervosa: A comparative Trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810200075014>
- Fairburn, C. G., Marcus, M. y Wilson, G. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C. Fairburn y G. Wilson (Eds.) *Binge eating: nature, assessment and treatment*, 361-404. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, EE. UU.: The Guilford Press.
- Fairburn, C. (2013). *Overcoming Binge Eating*. New York, EE. UU.: The Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy form eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fasolo, C. y Do Valle Chagas Diniz T. (1998). Aspectos familiares. En: M. Nunes, J. Appolinario, L. Galvao y W. Coutinho. (Ed.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 77-85). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Buenos Aires, Argentina: Ariel.
- Franko, D. y Walton, B. (1993). Pregnancy and eating disorders: A review and clinical implications. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 41-47.
- García-Camba, E. (enero/marzo de 2000). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2(5), 101-136.

- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- García, I. (2011, diciembre). Trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*. Recuperado de: http://www.supia.org.uy/SUPIA_N1.pdf
- Gil, M., Candela, J. y Rodríguez, M. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación: Nuestra actitud frente a ellos (I). *Atención Primaria*, 31(3), 178-180.
- González, L. (2016). *Incidencia de lo sociocultural en el desarrollo de los trastornos alimentarios (Tesis de grado)*. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado de <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1798>
- Grupo de Trabajo de la Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Bulimia y la Anorexia. (2016). *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la bulimia y la anorexia*. Recuperado de: <http://colpsicologostuc.org.ar/protocolos-de-atencion/guias-de-practica-clinica/>
- Sainos-López, D., Sánchez-Morales, M., Vázquez-Cruz, E. y Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54-57. doi: 10.1016/S1405-8871(16)30049-9
- Herrera, M. (2011). Bulimia nerviosa: Emociones y toma de decisiones. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(2), 88-95. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.03.002
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394. doi: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Keegan, E. y Holas, P. (2010). Cognitive-Behavior Therapy. Theory and Practice. En Carlstedt, R. (Ed.), *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, Practices and Research* (pp. 605-629). New York, EEUU: Springer.

- Kothari, R., Solmi, F., Treasure, J. y Micali, N. (2013). The neuropsychological profile of children at high risk of developing an eating disorder. *Psychological Medicine*, 43(7), 1543-1554. doi: 10.1017/S0033291712002188
- La lucha contra la bulimia y la anorexia. (2016). Recuperado 12 de julio de 2019, de Teledoce.com website: <http://www.teledoce.com/programas/calidad-de-vida/la-lucha-contra-la-bulimia-y-la-anorexia/>
- Lambruschini, N., Leis, R., y Madruga, D. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica*, 325-340.
- Liao, P.- C., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., Schmidt, U., Campbell, I. C., ... Tchanturia, K. (2009). An examination of decision making in bulimia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(4), 455-461. doi: 10.1080/13803390802251378
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/ucu/52885>
- Martínez, C. (2013). Trastornos alimentarios severos. Anorexia y bulimia nerviosas. En S. Nigro y D. Amorín. (Ed.), *Conductas y trastornos alimentarios* (199-241). Montevideo, Uruguay: Udelar.CSEP
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modifications: An integrative approach*. New York, EE. UU.: Plenum Press.
- Moreno, S., Ortega-Roldán, B. y Rodríguez-Ruiz, S. (2009). Impulsividad en mujeres con Bulimia Nerviosa. *Edipsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 8(1), 63-77.
- Oliveira, É. y Santos, M. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 39(3), 353-360.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata Atención primaria de salud*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (CIE-10), Décima Revisión (1), Edición (2015).
- Orozco, L. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosas? *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33(1), 38-42.
- Polto, A. (2013). Consecuencias clínicas y nutricionales de los TCA de mayor prevalencia. En S. Nigro y D. Amorín. (Ed.), *Conductas y trastornos alimentarios* (163-176). Montevideo, Uruguay: UdelaR.CSEP
- Rava, M. y Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363.
- Requena, J. (2012). *Anorexia y bulimia (2a. Ed.)*. Málaga, España: ICB Editores.
- Rodríguez, M., y Gempeler, J. (2014). Trastornos del comportamiento alimentario. En J. M. Escobar y M. Uribe. (Ed.), *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (pp. 327- 359). Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Rodríguez, S., Mata, J. y Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 18(1), 99-118.
- Rubinstein, A. (2014). *Consulta, admisión, derivación*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Diagnosís*, 6, 11-26. Recuperado de <https://n9.cl/ijh5>

- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. doi: 10.1017/S0033291700031974
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Serra, M. (2015). *Trastornos del comportamiento alimentario. Enfoques preventivos*. Barcelona, España: UOC.
- Serrato, G. (2001). *Anorexia y bulimia, Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: Libro-Hobby-Club.
- Solano, N., De la Peña, C., Solbes, I. y Bernabéu, E. (2018). Perfiles neuropsicológicos en anorexia y bulimia nerviosa. *Revista de neurología*, 67, 355-364. doi: 10.33588/rn.6709.2018012
- Tabárez, V. (2016). Trastornos alimentarios. Qué son, como prevenirlos. *Revista de salud del Casmu*. Recuperado de <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/09/Trastornos-alimentarios-Que-son-como-tratarlos-y-prevenirlos-2016-04.pdf>
- Tinahones, F. J. (2003). La bulimia nerviosa. En F. J. Tinahones. (Ed.), *Anorexia y Bulimia* (pp. 75-85). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Toomey, C. E., y DiMartini, J. (2000). Trastornos alimenticios. En G. D. Elkin. (Ed.), *Psiquiatría Clínica* (pp. 211- 221). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Torrálva, T. y Manes, F. (2008). Funciones ejecutivas y trastornos del lóbulo frontal. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes y F. Manes. (Ed.), *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.
- Van den Eynde, F., Guillaume, S., Broadbent, H., Stahl, D., Campbell, I. C., Schmidt, U. y Tchanturia, K. (2011). Neurocognition in bulimic eating disorders: A systematic review: Neurocognition in bulimic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 120-140. doi: 10.1111/j.1600-2011.01701.x
- Vázquez, R., López, X., Trinidad, M. y Mancilla-Díaz, J. (2015). Eating disorders diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120. doi: 10.1016/j.rmta.2015.10.003
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y

atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic (894). Recuperado 23 de julio de 2019, de http://www.who.int/entity/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/index.html

Zamora, R., Martínez, A., Gazzo, C. y Cordero, S. (2002). Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 73 (3), 129-136.

9. Anexos

Anexo 1

Día		Fecha			
Hora	Alimentos y bebidas consumidas	Lugar	*	V/L	Contexto y comentarios

Nota. Registro de monitoreo.

Recuperado de: Fairburn, C. (2013). *Overcoming Binge Eating*. New York, EE. UU.: The Guilford Press.

Anexo 2

Día		Fecha					
Hora	Alimentos y bebidas consumidas	Lugar	*	V/L	Comprobación (acción, tiempo tomado)	Lugar	Contexto y comentarios

Nota. Registro de rituales de comprobación.

Recuperado de: Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, EE. UU.: The Guilford Press.

Anexo 3

Período de tiempo	Eventos y circunstancias (que podrían haberme sensibilizado sobre mi figura, peso y alimentación)

Nota. Tabla de vida.

Recuperado de: Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, EE. UU.: The Guilford Press.