



**EFICACIA DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO
DE BULIMIA NERVIOSA**

Cinthy González García y Laura Martín-Javato Romero
Universidad Complutense de Madrid

**EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT FOR A CASE OF
BULIMIA NERVOSA**

Cinthy González García y Laura Martín-Javato Romero
Universidad Complutense de Madrid

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

Cinthy González García
Laura Martín-Javato Romero
Facultad de Psicología
Campus de Somosaguas, s/n.
28223. Pozuelo de Alarcón.
Madrid. España
cinthyagongar@gmail.com

Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa.

La intervención cognitivo conductual es la forma de psicoterapia que ha mostrado mayor eficacia y eficiencia en el tratamiento de la bulimia nerviosa (Casado-Morales, 2013; Comenche, 2013). El tratamiento está dirigido al abordaje de síntomas específicos y de las cogniciones subyacentes que son comunes en la bulimia nerviosa (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh & Kraemer, 2002). En el presente trabajo, mostramos el proceso de evaluación e intervención en una estudiante universitaria, de 21 años de edad, que demanda atención psicológica, refiriendo un alto grado de ansiedad (más acusada ante situaciones de evaluación) y labilidad emocional intensa, que aparecen junto a un patrón alimenticio desadaptado, con atracones y conductas compensatorias (purgación y ayuno). Realizamos una evaluación psicológica explorando conductas alimentarias, rasgos de personalidad, inteligencia emocional, emociones negativas y capacidad de afrontamiento mediante varios instrumentos, obteniéndose resultados que concuerdan con el diagnóstico de Bulimia Nerviosa junto a Trastorno Depresivo Mayor, episodio único en remisión parcial, según criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002). Detallamos el proceso de intervención cognitivo-conductual de 14 sesiones realizadas dentro de un periodo de cuatro meses, así como los resultados post-tratamiento alcanzados que demuestran la eficacia del mismo para este tipo de trastornos.

Palabras clave: Bulimia, caso clínico, tratamiento cognitivo-conductual, alimentación, evaluación.

Effectiveness of cognitive behavioral treatment for a case of bulimia nervosa

Cognitive behavioral intervention is the form of psychotherapy that has shown greater effectiveness and efficiency in the treatment of bulimia nervosa (Casado Morales, 2013; Comeche 2013). Treatment is aimed at addressing specific symptoms and underlying cognitions that are common in bulimia nervosa (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh & Kraemer, 2002). In the present paper, we show the process of assessment and intervention of a 21 years old psychology student, who demand counseling, referring to a high degree of anxiety (more pronounced in situations of assessment) and intense emotional lability, appearing next to a pattern food misfit with binge eating and compensatory behaviors (purging and fasting). We conducted a psychological evaluation exploring eating behaviors, personality traits, emotional intelligence, negative emotions and coping skills through various instruments, yielding results that are consistent with the diagnosis of Bulimia Nervosa with Major Depressive Disorder, single episode in partial remission, according to criteria DSM-IV-TR (APA, 2002). We detail the process of cognitive-behavioral intervention of 14 sessions that were implemented in a period of four months, and the post-treatment results achieved demonstrate its efficacy for these disorders.

Keywords: Bulimia, clinical case, cognitive behavioral treatment, feeding, assessment.

Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa

INTRODUCCIÓN.

La Bulimia Nerviosa según el DSM-IV-TR (APA, 2002) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) caracterizado por presencia de atracones recurrentes, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo); donde además se observa una autoevaluación negativa recurrente del peso y la silueta corporal. La característica fundamental de la Bulimia son los atracones incontrolados de comida; el atracón se convierte en un medio de regulación de los sentimientos y las emociones negativas. Posteriormente aparecen las conductas purgativas (fundamentalmente el vómito) con las que tratan de compensar la sobreingesta e imponerse un autocastigo por la pérdida de control que supone ésta (Calvo, 2002; Casado, 2013).

En los últimos años la prevalencia de los TCA y de los problemas relacionados con el peso (sobrepeso, atracones con o sin vómitos, actitudes y comportamientos dirigidos al control del peso...) han aumentado notablemente en chicas estudiantes, se sitúa entre el 7.3 y el 18% (Sepúlveda, Carrobles y Gandarillas, 2010). La prevalencia de la Bulimia Nerviosa es del 1 al 3% en mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador & Raich, 2008), se trata de un trastorno difícil de detectar debido al ocultamiento de los síntomas por parte de la paciente, la edad de aparición oscila entre los 18 y 25 años (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Stice (2001) propone un modelo de doble vía desde la normalidad a la adquisición de síntomas bulímicos; según este modelo, la presión externa hacia la delgadez y la interiorización del ideal de delgadez hacen que se produzca una fuerte insatisfacción corporal, que lleva a realizar dietas, y aumenta el afecto negativo. Así, el primer camino involucra una dieta restrictiva, y en esta vía la insatisfacción está fuertemente relacionada con la restricción alimentaria, que incrementa la probabilidad de atracón y bulimia. En el segundo camino, la insatisfacción corporal es el preámbulo del afecto negativo.

Los TCA se asocian a altos niveles de comorbilidad con trastornos de ansiedad, conductas impulsivas y trastornos de personalidad (Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007). En la bulimia es frecuente la asociación de varios trastornos, en los que destaca el deficiente control de impulsos (tentativas suicidas, conductas agresivas, cleptomanía, abuso de sustancias, ludopatía o promiscuidad sexual). Entre los pacientes con TCA con trastornos de personalidad, el trastorno límite es uno de los más frecuentes y junto con el histriónico son los que más se relacionan con la bulimia nerviosa (Lobera-Jáuregui, Fernández-Santiago y Humanez-Estébanez, 2009). También se ha encontrado una alta comorbilidad entre el trastorno depresivo mayor y los TCA (Comeche, 2013).

El propósito del presente artículo es ilustrar mediante un caso clínico la comorbilidad existente entre los TCA, en concreto la Bulimia Nerviosa, y otros síntomas psicopatológicos, así como la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en el abordaje de los mismos.

MÉTODO

Identificación de la paciente y motivo de consulta.

El caso que estudiaremos será el de M., paciente de 21 años, soltera, de origen sudamericano, que convive en el domicilio familiar con su madre y una hermana menor. Cuando demanda atención psicológica comenta que la relación familiar es compleja y que ella es la que se ocupa de su hermana menor en lo referente a educación y normas en el hogar. El padre y hermano mayor de M. viven actualmente en otro país. Es importante para el caso resaltar que la paciente acude al servicio psicológico tras llevar a cabo una evaluación con diversos instrumentos en las prácticas de una asignatura de la carrera, y conocer este servicio gratuito y voluntario.

Comprueba, tras corregir esos cuestionarios, que su ansiedad es elevada y necesita ayuda externa. Refiere tener “ansiedad”, sobre todo cuando estudia, fuma, come, le duele la cabeza... por otra parte le preocupan sus cambios de ánimo. Le gustaría “Controlar el nerviosismo y los cambios de estado de ánimo y conseguir estudiar bien.”

Historia del problema

La primera dieta restrictiva la lleva a cabo en Mayo de 2013, junto a una amiga, y a causa de una boda familiar para la que quiere estar más delgada, lleva a cabo una dieta de ayunos de 2-3 días, con la que reduce el peso 3,5 kg en 5 días pero los recupera inmediatamente. Posteriormente, durante ese verano intenta distintas dietas en solitario sin éxito, refiriendo que se encontraba triste, tenía dificultades para conciliar el sueño pero continuaba con sus actividades cotidianas.

A finales del mes de Septiembre refiere haber realizado una sesión de “constelaciones familiares” dirigida por su tía paterna que tiene alguna formación en ello. Durante esta única sesión se trata el tema de la depresión que sufrió su madre y la marcha del padre a otro país. Esta dinámica hace que rememore todos los problemas que surgieron tras la separación de sus padres, sus sentimientos y emociones, y de hecho no llegó a finalizarla.

Durante el mes de Noviembre aumenta la tristeza y sintomatología depresiva: pérdida del interés, dificultades del sueño, falta de apetito, problemas de concentración, pensamientos de muerte sin planificación, sentimientos de culpabilidad y enlentecimiento motor. Semanas después estando en su domicilio frente al espejo comenzó a llorar y temblar, a respirar con dificultad y tener sensación de ahogo; llegando a tener sensación de desmayo y aumento de las palpitaciones. Acaban por acompañarle pensamientos de que quería “desaparecer” y busca una cuchilla con la que se corta la muñeca izquierda ligeramente. Recurre, asustada, a su red de apoyo social llamando a su tía paterna y entre ambas curaron el corte, que no requirió atención médica. Refiere que charlaron ambas sobre su problemática actual y se zanjó el tema por completo, sin comentarlo a nadie más.

Simultáneamente, en ese mes aumenta la preocupación por la figura y la frustración por no lograr llevar a cabo una dieta estricta, y tras el episodio anteriormente comentado llega su primera purgación tras un atracón de comida calórica.

Preocupada por su comportamiento alimenticio hace partícipes a su tía, hermana y madre por separado, pero con escasos resultados pues continuó con las conductas de atracón y purgación, empeorando la sintomatología durante los meses siguientes (Noviembre 2013-Enero 2014). Desde entonces aparece una notoria labilidad emocional entre tristeza, ira y normotimia, comienza a fumar más y a beber los fines de semana de forma excesiva. Refiere que todos estos desajustes son fruto de la ansiedad por el estudio en la Universidad y los problemas de conducta de su hermana.

Durante esos meses la sintomatología se mantiene sin cambios notorios hasta el comienzo del tratamiento a finales de Enero de 2014.

Instrumentos de evaluación

La evaluación se llevó a cabo durante 4 sesiones, centrada en la sintomatología presente en la paciente en el momento de la exploración, si bien incidiendo en diversos factores que podrían explicar el origen y cronificación de la sintomatología así como las relaciones funcionales entre conductas problema.

Para lograr una comparativa de los efectos del tratamiento se administraron los siguientes instrumentos pre-tratamiento y post-tratamiento:

1. Entrevista inicial que se completó con la aplicación de la revisión española del Cuestionario Multimodal sobre la Historia de Vida de Lazarus (1986).

2. Medida de Ansiedad. Se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007). El ISRA es un inventario con formato S-R, basado en el modelo interactivo de la ansiedad (Endler, 1975) y en el modelo del triple sistema de respuesta (Lang, 1968). Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas de ansiedad, ante cada una de las 22 situaciones que se le presentan. En total el sujeto debe responder a 224 ítems (interacción situación x respuesta). Por medio del ISRA obtenemos puntuaciones en ocho escalas. Las tres primeras correspondientes a los tres componentes de la respuesta de ansiedad ante distintas situaciones: reactividad cognitiva, fisiológica y motora. La cuarta al Rasgo o nivel general de ansiedad. Finalmente, las cuatro últimas corresponden a áreas situacionales que reflejan los niveles de ansiedad ante diferentes categorías de situaciones: ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana.

3. Medida de Personalidad. Se administró el Inventario de Personalidad NEO Revisado, NEO-PI-R (Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008). El inventario se basa en el modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad, por lo que ofrece una medida de: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Una de las ventajas del mismo es la posibilidad de obtener una puntuación general en los 5 factores de personalidad, y una puntuación más específica en las 6 escalas que componen cada uno de estos factores. Se le administró en el contexto de las prácticas de una asignatura del Grado de Psicología.

4. Medida de la capacidad para solucionar problemas. Se administró el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas, ISAP (Miguel-Tobal y Casado-Morales, 1992): Su objetivo es evaluar la capacidad que muestra el sujeto para afrontar y solucionar problemas de

la vida cotidiana, así como la forma en que lo hacen, con 25 ítems y facilita puntuaciones en tres factores: Confianza/ Inseguridad en sí mismo, Reflexividad/ Impulsividad y Estrategias de resolución; incluyendo en último lugar una puntuación total que surge de la suma de los tres anteriores.

5. Medida de Inteligencia Emocional. Trait Meta Mood Scale-24, TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004): Se trata de un instrumento basado en el modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey, y diseñado para la medición de los aspectos de la IE intrapersonal del paciente. Recoge información de las habilidades para atender, discriminar y reparar los estados emocionales propios, de forma que a través de 24 ítems se obtiene un índice en cada una de estas dimensiones.

6. Medida de la Bulimia. Cuestionario de Bulimia revisado, BULIT (Mora y Raich, 1993): Se le administró con el objetivo de detectar, de modo cuantitativo, el riesgo de padecer bulimia y poseer un registro claro de aquellas conductas y cogniciones presentes en la paciente en relación al desorden alimentario, desde su punto de vista. El cuestionario se aplica en población general y mide tanto la presencia como la gravedad de la sintomatología, se basa en criterios DSM-IV haciendo referencias a los atracones, conductas compensatorias y preocupación por el peso. Ofrece información cuantitativa y cualitativa ya que las puntuaciones de 8 de los 36 ítems que contiene se evalúan de forma individual para comprobar criterios diagnósticos.

7. Medida de la Tristeza/Depresión. Cuestionario Tridimensional de Depresión, CTD (Jiménez-García, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1996): Se le administró este cuestionario para comprobar posibles síntomas depresivos residuales o aún activos y comprobar su intensidad. Se basa en la teoría tridimensional de respuesta y por ello permite obtener información en estos sistemas por separado (Cognitivo, fisiológico y motor), consta de 70 ítems, agrupados en cuatro subescalas, las tres primeras referentes a los sistemas de respuesta y la cuarta subescala que recoge aquellos ítems relacionados con la ideación suicida como la desesperación o sensación de encontrarse en una situación sin salida.

8. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2 (Miguel Tobal, Casado Morales, Cano-Vindel y Spielberger, 2001): Se decidió administrar este Inventario con el propósito de conocer cómo se manifestaba en M. la experiencia de la ira de modo que se tuviera una medida del temperamento, la forma de expresión externa o interna y las estrategias de control que ponía en marcha en el momento. Se trata de la adaptación española del State-Trait Anger Expression Inventory-2 STAXI-2 (Spielberger, 1999) y consta de un total de 49 ítems distribuidos en tres escalas: ira estado, compuesta por 15 ítems; ira rasgo, compuesta por 10 ítems y expresión de ira, compuesta por 24 ítems. A partir de los ítems de la escala de estado se obtienen tres subescalas: sentimiento, verbal y física. También la escala de rasgo nos permite llegar a dos nuevas puntuaciones: temperamento y reacción de ira. De igual modo, de la escala de expresión de ira se obtienen cuatro subescalas: ira interna, ira externa, control interno y control externo. Finalmente, esta prueba nos proporciona una puntuación general de expresión de ira, referida a la frecuencia con la que se expresa esta emoción, independientemente de la dirección de dicha expresión (interna o externa).

9. Autorregistros. Por otra parte, durante toda la evaluación (y de nuevo más tarde en el tratamiento) se le pidió a M. que llevara a cabo varios autorregistros para conocer las pautas alimentarias y las conductas de tipo purgativo o atracones que llevaba a cabo, tanto como

línea base como para comprobar la mejora del tratamiento. Solía comer sola lo que le dejaba su madre preparado, cuando se trataba de comida ligera “que no engorda” no tenía problemas, pero con alimentos que “engordan” como pasta o carne de cerdo, se sentía mal por no seguir una dieta; una vez que empezaba a comer pensaba “ya que he empezado aprovecho” y acababa comiendo patatas, postre, picoteo... a continuación cuando se encontraba completamente llena e incluso le dolía el estómago se sentía molesta, imaginaba como iba a engordar, reaparecían los pensamientos negativos y la ansiedad y llevaba a cabo la purgación mediante el vómito y un ayuno esa noche. Por otra parte se llevaron registros cognitivos (situación, pensamiento, emoción y conducta) a los que a medida que avanzaba el tratamiento se les incluía el cambio a pensamientos racionales y alternativos.

Resultados de la Evaluación

Nivel de ansiedad: Los resultados aportados por el ISRA presentan a la paciente con una ansiedad entre marcada y severa (sus respuestas cognitivas de ansiedad la situaban en el centil 65 y alcanzaba el centil 80 en el rasgo de ansiedad y en los sistemas de respuesta fisiológico y motor), destacan las conductas como comer, fumar o beber demasiado y realizar movimientos repetitivos ante las situaciones de excesiva activación. En cuanto a los factores situacionales, en el F-I (ansiedad de evaluación) se obtuvo un centil 75 (ansiedad severa), en el F-II (ansiedad interpersonal) presenta un centil 50 (ansiedad marcada), en cuanto al F-III (ansiedad fóbica) obtuvo un centil 35 (ansiedad moderada), y por último, en el F-IV (ansiedad en la vida cotidiana) se obtuvo el centil 83 (ansiedad severa), el más elevado, lo que muestra que los niveles de alta ansiedad se dan con frecuencia en situaciones de la vida diaria. Durante las entrevistas se podían observar muestras de los movimientos repetitivos (tocarse el pelo, jugar con él, cruzar y descruzar piernas o tocarse las manos) que se producían cuando se ponía nerviosa, al comenzar la evaluación o al hablar de temas que le afectaban o revivía en consulta como estresantes.

Rasgos de personalidad: Los resultados que obtuvo la paciente en el NEO-PI-R se sitúan en el Centil 85 para el factor Neuroticismo, lo que en la paciente se traducía en mayor tendencia a la hostilidad, bajo control de impulsos y vulnerabilidad ante situaciones de estrés. En cuanto al factor Extraversión obtiene un Centil 45 y en cuanto al factor Apertura obtiene un Centil 50, esto son, valores medios. En el factor Amabilidad obtuvo un Centil 15 lo cual implica una tendencia al cinismo y a la agresividad, incluyendo baja modestia e insensibilidad hacia las personas; por último en el factor Responsabilidad obtiene un Centil 10, esto se traduce en baja confianza en sus competencias, tendencia al desorden y al descuido del deber, baja disciplina y escasa necesidad de logro. En virtud de la mejor evaluación y posterior tratamiento se tuvo en cuenta la información obtenida si bien no se llevó a cabo una evaluación post-tratamiento al no considerarla útil ni relevante.

Capacidad de solución de problemas: En el ISAP la paciente obtiene una puntuación de 19 (media) en el F-I (Confianza/ Inseguridad), en el F-II (Reflexividad/Impulsividad) una puntuación de 20 (media) y en el F-III (Estrategias de resolución) una puntuación de 9 (muy baja-baja), mostrando en general unas estrategias de resolución y afrontamiento de problemas escasamente elaboradas y tomadas con cierta impulsividad y desconfianza, reflejándose también en la puntuación Total de 48 (baja).

Habilidades en Inteligencia Emocional (TMMS-24): La paciente denotaba una insuficiente Atención (Puntuación=20), Claridad (Puntuación=11) y Reparación

(Puntuación=20) emocionales. Estos resultados reflejan que la paciente considera que presta insuficiente atención a sus emociones, no cree percibir las o identificarlas correctamente y por último considera que no es capaz de interrumpir estados emocionales negativos y prolongar aquellos positivos.

Sintomatología de Bulimia Nerviosa: Desde el criterio de la terapeuta se trataba de una chica proporcionada, de facciones agradables y con cuidado en el arreglo personal, su IMC era de 20,4 Kg/m² lo que reflejaba normopeso. La paciente tenía conductas que reconocía como inadecuadas, aunque podía justificarlas para el mantenimiento del peso. La mayor preocupación de M era que aumentara su masa corporal en torno al vientre y caderas, ya que su madre tenía más amplitud y ella no podía considerar esa opción como válida. La puntuación de la paciente en el BULIT-R fue de 82, situándose por debajo del punto de corte de tamizaje de 104, si bien es una puntuación elevada que en el caso de M. que confirma un posible Trastorno de Bulimia Nerviosa o Trastorno de Conducta Alimentaria no Especificado que se aclarará con la entrevista y el diagnóstico diferencial. Las puntuaciones en los 8 ítems que reflejan criterios diagnósticos fueron: Nunca usa laxantes, ha intentado más de 5 dietas en el año pasado, ha llegado a perder en un mes entre 3-5 kg, vomita 2 o más veces por semana para perder peso, ha llegado a ganar 2-3 kg en un mes, menstruación normal (sin amenorrea), no usa diuréticos.

Estado de ánimo bajo: Los resultados del CTD muestran que M. poseía un rasgo de tristeza alto (centil 95 en Rasgo Total), indicando gravedad de síntomas depresivos. En cuanto a la subescala del sistema Cognitivo, obtuvo un centil de 95, mostrando que existe baja autoestima, dificultades en la concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad y desesperanza. A nivel Fisiológico se situó en un Centil 93, mostrando dolores musculares con mucha intensidad y otros síntomas fisiológicos como fatigabilidad, dolor articular, lentitud de movimientos... con menor intensidad (1= algunas veces) pero en gran número. Por otra parte a nivel motor, se situó en un Centil 88, de forma que se aprecia principalmente una reducción de las actividades agradables pero no llanto o disminución de actividad sexual o de descuido físico. Por último, en la subescala Ideación Suicida obtuvo un Centil 93, mostrando desesperación y sensación de encontrarse en una situación sin salida. Refiere, en la entrevista, que detectó los cambios importantes y molestos del estado de ánimo cuando comenzó la universidad, cuando mejor se encontraba era cuando estaba distraída con otras personas. Cuando habla de la separación de sus padres, es un tema sensible para ella y siente enfado y tristeza, por lo que evita ese tema. Por otra parte dice sentir tristeza cuando pensaba que no estaba haciendo dieta o ejercicio y cuando pensaba en su físico.

Expresión de Ira: Los resultados cuantitativos del STAXI-II en cuanto al Rasgo de Ira fueron de un Centil 85, en cuanto al Temperamento se situaron en un centil 77 y la Reacción de Ira en un Centil 80. Por otra parte en la Expresión de Ira Interna llegó al Centil 65 y en la Expresión de Ira Externa al Centil 85. En cuanto al Control Interno se obtuvo un Centil de 50 y en Control Externo un Centil de 40, por lo que el Índice de Expresión de Ira se situaba en un Centil de 75. Se encontró por tanto que efectivamente M. solía experimentar sentimientos de ira y a menudo pensaba que era tratada indebidamente, solía sentirse frustrada, y junto a su sensibilidad a la crítica, a los agravios y a la evaluación negativa, se acentuaba la propensión a expresar sentimientos de ira e irritabilidad. Manifestaba la ira con objetos o personas del entorno o bien tendía a suprimir los sentimientos dependiendo de la situación. Durante la entrevista se pudo precisar que en las situaciones en las que más expresión externa de ira se producía era en las discusiones del hogar y con su madre en

concreto; en cambio la expresión de ira interna se producía en situaciones relacionadas con la alimentación (ej. al ver que había preparado su madre para comer, al ver la compra que había hecho, al proponer sus amigos ir a cenar...) o en conversaciones acerca de su imagen corporal con amigos, de la misma forma que cuando no tenía mucha "confianza" con quien discrepaba.

Formulación clínica del caso

A lo largo de la evaluación, y concretamente mediante la entrevista abierta, M describe distintos factores predisponentes, referentes a un entorno familiar ambivalente y conflictivo. Por otra parte, los antecedentes maternos de trastorno psicológico indican una posible predisposición biológica a la enfermedad y aprendizaje por modelado de conductas desadaptativas de regulación emocional. En cuanto a los hechos de separación, depresión materna y marcha paterna de casa, M expresa un fuerte sentimiento de abandono personal *"Pasé de ser la niña de papá a nada" "Me convertí en la mamá en casa" "Cuando repetí nadie fue a hablar con la tutora, mis padres no acudieron, casi ni se enteraron"* junto a un sentimiento de culpabilidad por la creencia *"Tendría que haber hecho algo más para solucionar las cosas"*.

A causa de la experiencia vital de la paciente y los factores biológicos, se desarrolla una personalidad con rasgos neuróticos, tendente a la emocionalidad negativa, y de desconfianza hacia otros, junto a una tendencia de solución de problemas impulsiva y escasa capacidad de regulación emocional adaptativa.

Teniendo en cuenta estos factores, se lleva a cabo la primera dieta restrictiva en la que pierde peso durante el verano, producida en el contexto de amistad y de diversión, llevando a M a realizar una asociación por reforzamiento positivo entre dieta, bienestar y mayor autoestima. Más tarde, se recuperó el peso e intentó mantener distintas dietas sin éxito, lo cual, junto a la dinámica grupal en la que rememora acontecimientos negativos de la infancia, le produce un periodo depresivo y con alta activación que culmina con el gesto autolítico (producido a causa de los escasos recursos de afrontamiento de estrés), que coincide con el comienzo de la carrera.

Durante este periodo, M intenta de nuevo mantener una dieta ya que ha recuperado el peso perdido, y se producen una serie de *"fracasos"* al comer alimentos prohibidos. Tras varios intentos de dieta, y ante el aumento de emocionalidad negativa y distorsiones como *"Soy una gorda" "Si como esto me voy a poner gordísima" "Ya he comido, qué más da todo ya, nunca voy a adelgazar"* M lleva a cabo una primera purgación tras el atracón. Se produce de este modo un reforzamiento negativo del proceso de atracón seguido de purga, ya que por una parte el atracón disminuirá temporalmente la emoción de ansiedad, la cual aumentará tras el mismo, siendo reducida de nuevo mediante la purgación y el ayuno.

El aburrimiento y la visualización de *"chicas delgadas"*, generarán una activación de distorsiones y esquemas cognitivos disfuncionales, los cuales actuarán como estímulo activador de la respuesta: Dieta, seguida de atracón y purgación. Como consecuencia, aumentan las discusiones familiares en torno a los alimentos, la emocionalidad negativa le genera dificultades en los estudios y discusiones con sus amigos.

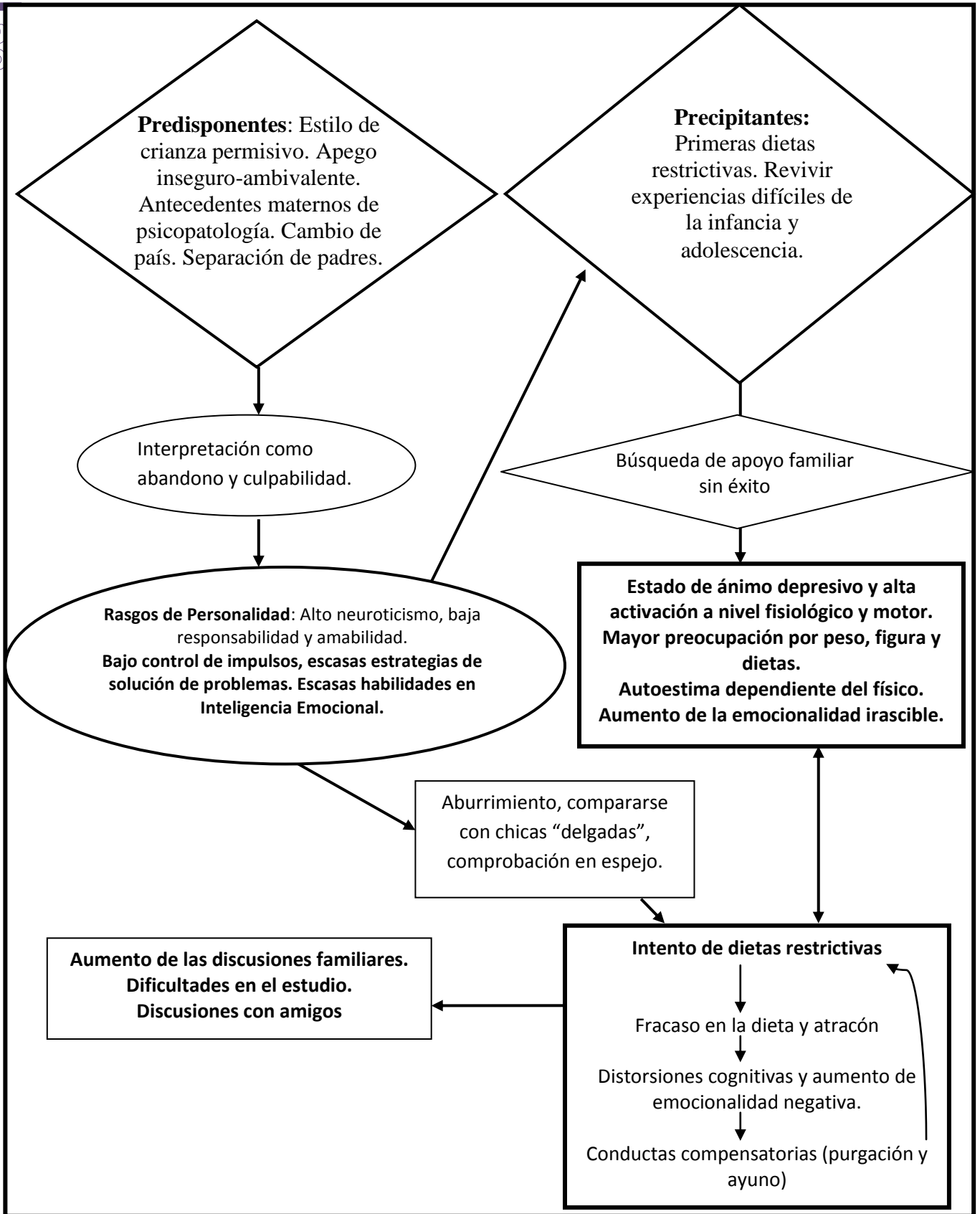


Figura 1. Formulación clínica del caso

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Según la información que se pudo recoger y contrastar mediante las entrevistas, cuestionarios y autorregistros, se pudo determinar la presencia de un diagnóstico, según criterios DSM-IV TR (APA, 2002), de F50.2 Bulimia Nerviosa [307.51] junto a F32.4 Trastorno depresivo mayor, episodio único en remisión parcial [296.24].

TRATAMIENTO

Objetivos del tratamiento

Como objetivo general de la terapia se plantea suprimir la sintomatología característica del Trastorno de Bulimia Nerviosa (atracones, conductas purgativas, preocupación y malestar excesivo por la figura), y descender el malestar emocional que lo acompaña (ansiedad, tristeza e ira), llegando a restaurar el nivel funcional óptimo. Los objetivos terapéuticos específicos que se plantearon fueron:

1. Reducir la activación de forma adaptativa.
2. Suprimir los atracones y las conductas purgativas mediante técnicas conductuales.
3. Identificar y ajustar las distorsiones cognitivas sobre la figura corporal, peso y comida.
4. Adecuar los patrones de alimentación y ejercicio según estándares saludables.
5. Mejorar la identificación y regulación de las emociones (tristeza, ira y ansiedad)
6. Mejorar la autoestima.
7. Mejorar la solución de problemas.
8. Dotar de habilidades para prevención y detección de recaídas.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento consistió en 14 sesiones de 1 hora, siendo posible añadir unos 15 min más en alguna ocasión si era necesario. La dinámica de las sesiones de tratamiento consistía en un repaso de las tareas para casa y las posibles dificultades, puesta en marcha de la técnica correspondiente a la sesión y tareas para casa (Ver tabla 1.).

1. Técnicas de desactivación.

- Entrenamiento en respiración abdominal. En un primer momento se realizó un entrenamiento únicamente con la zona inferior del vientre, mostrándole poco a poco cómo llevar a cabo la respiración abdominal de modo continuo y natural. Durante las siguientes sesiones se controló mediante un autorregistro la capacidad de relajación (entre 0-10), indicándole las situaciones en las que debería practicar para facilitar la generalización (primero tumbada y sin estimulación externa, tras una semana la realizó sentada sin estimulación, la siguiente semana mientras estudiaba en su habitación) Tras tres semanas la paciente comenzó a utilizar la técnica en distintas situaciones como el autobús, antes de comer, tras una discusión... lo que le facilitó utilizar la técnica con libertad para reducir la activación.
- Relajación progresiva muscular de Jacobson (1938): Como técnica complementaria a la respiración se le aplicó un programa reducido de entrenamiento en relajación muscular,

de este modo se logra una reducción de los niveles de activación fisiológica. Durante los últimos veinte minutos de cuatro sesiones se practica la relajación de los cuatro grupos musculares:

- Brazos
- Área facial, nuca, hombros y espalda.
- Pecho, estómago y vientre
- Caderas, muslos y pantorrillas y repaso de todo el cuerpo.

Esta técnica la practicó 2 veces al día, y se le instó a seguir practicando la fase de repaso una vez diaria, para lograr una mayor práctica y generalización de la sensación de relajación.

2. **Psicoeducación:** se ofrece a lo largo de todo el tratamiento, si bien la mayor parte se trabaja en las primeras sesiones; se trata de proporcionar información adaptada al paciente acerca de qué son las emociones y más específicamente la ansiedad y la tristeza, cómo se manifiestan y originan. Por otra parte se explican las consecuencias de mantener las conductas problemáticas del trastorno de alimentación, los efectos techo y suelo, el efecto yo-yo de las dietas, el modelo explicativo del trastorno de Bulimia y de más información relacionada con el metabolismo humano y la alimentación. De este modo se sentó una base racional y de datos contrastados para comenzar el tratamiento.

3. **Técnicas conductuales:** se comienza con la evitación de las conductas de purgación y ayuno, una vez que la paciente comprende los efectos negativos de las mismas y se compromete con el tratamiento, y la instauración de un patrón de 5 comidas diarias pactadas (la cantidad y tipo de comida que ella quiera en este momento). Mediante el control de Estímulos (no mirarse más de 5 segundos en el espejo de cuerpo, no tener a la vista alimentos calóricos), técnicas de Respuestas incompatibles (ducharse, hablar con una amiga o con su madre, practicar la respiración...) y de distracción, se busca la disminución y posterior abandono de técnicas de purgación y ayuno durante 3 sesiones, llevando a cabo a la vez el registro de las conductas prohibidas y de la alimentación.

- Tras la reestructuración y una vez que se han eliminado completamente las conductas de atracón, purgación y ayuno se comienza a introducir un patrón de alimentación normalizado e introducir todo tipo de alimentos de forma secuencial, usando una jerarquía de alimentos que producen ansiedad (Sesión 10-11).

4. **Técnicas de reestructuración cognitivas:**

Tras llevar a cabo durante 2 semanas autorregistros basados en la relación entre situación (A) pensamiento (B-C) emoción-conducta, la paciente observó que había una asociación entre inactividad, estudio o visualización de sí misma en el espejo o de otras chicas delgadas y las conductas problema, deduciendo que las interpretaciones negativas y exageradas eran las causantes de su preocupación corporal y ansiedad, la cual no se reducía tras la purgación a medio-largo plazo.

Se le dotó a la paciente de la lista de 15 distorsiones cognitivas de Beck (1995) y se estudiaron una por una junto a los autorregistros, identificando aquellas distorsiones más características de la paciente. Tras la identificación en consulta, se añadió al autorregistro una nueva columna: Nombre de la distorsión cognitiva, de modo que durante una semana la paciente aprendió a detectar los errores y ponerles una etiqueta para facilitar el cambio por un

pensamiento alternativo realista. Las distorsiones identificadas como características de M fueron: Sobregeneralización "*Si me como esto voy a engordar y nunca estaré bien*", Interpretación de pensamiento "*Me miran por la calle porque tengo las piernas demasiado delgadas*" "*Me mira porque me queda mal la ropa*", Falacia de control "*Tengo que comprar sólo comida sana y así no caeré*", Culpabilidad "*Mi madre también tiene culpa porque cocina con grasas y cosas que engordan*", "Los Debería" "*Tengo que adelgazar como sea*" "*Tengo que dejar de comer guarradas*" ó Etiquetado "*Soy una gorda*".

A partir de ese momento se comienza la reestructuración en consulta formalmente (sesión 7-10). Con el objetivo de desconfirmar los pensamientos negativos, se usaron los autorregistros de la semana para llevar a cabo el diálogo socrático, reducción al absurdo, uso del humor, flecha descendente para conocer esquemas disfuncionales básicos... y se buscaron pensamientos alternativos que generaran un menor malestar. A continuación exponemos unos ejemplos de reestructuración en terapia:

- "*Tengo las piernas muy delgadas, las odio*" tras ver este pensamiento en el autorregistro junto a otros del tipo "*Soy una gorda*" se le hace hincapié en la aparente contrariedad de tener unas piernas muy delgadas siendo una gorda como ella dice, usando un tono algo humorístico; de este modo M apreció la irracionalidad del pensamiento y lo cambió por "*Me gustaría tener la tripa y las piernas más duras*" lo cual no le generaba un malestar excesivo y la motivaba para hacer abdominales en lugar de ayuno.
- Ante la distorsión por la que M consideraba que "*Si no tengo comida de la que engorda en casa y cocinase yo no me pasaría esto*" se le hace la apreciación de la imposibilidad de controlar la alimentación siempre y el resto de su vida, cuando M admite que eso es cierto, se le pregunta acerca de la posibilidad de que sean sus interpretaciones las que le hacen sentir "gorda" y no tanto el comer un día algo "prohibido", y comprobamos como las calorías aportadas no son suficientes como para engordar, de modo que M admite que esa hipótesis parece más racional, y acepta ponerla a prueba cambiando al pensamiento alternativo "*Puedo controlar lo que como hasta cierto punto, es imposible controlarlo todo*" "*Preocuparme siempre por eso me produce más malestar que comer X, la ansiedad pasará si me relajo y cambio mi interpretación, lo he comprobado*"
- Mediante la técnica de la flecha descendente se comenzó a preguntar "*¿Qué implicaría engordar para tí? ¿Y eso que diría de tí? ¿Que significaría eso para tí?...*" llegando a la conclusión de que engordar implicaría "*Soy una persona horrible, doy pena*", mostrando por tanto el esquema disfuncional por el que M. interpretaba varias situaciones. Ante el pensamiento "*Estar delgada es lo más importante para mí porque sino soy horrible*", llevamos a cabo una división de áreas importantes de su vida en un círculo, titulándolo "*La tarta de mi vida*". En este se representaron con porcentajes aquellas áreas que preocupaban a M. como familia, estudios, cuerpo... de modo que en un primer momento representó la delgadez y la figura con un porcentaje del 50% y en el otro 50% el resto de áreas. Tras esta representación, se buscaron las peores y mejores consecuencias de cada área, enfrentándolas entre ellas (*¿Engordar es peor que quedarse sin familia porque tienen un accidente? ¿Estar delgada es más importante que lograr sacar la carrera a la primera con media muy alta?*) De este modo la propia paciente readjudicó un porcentaje a las áreas, siendo la importancia del cuerpo y figura mucho menor en esta segunda ocasión, y llegando a la conclusión de que la imagen corporal no era lo más importante de su vida y de que su figura no era horrible en su totalidad.

Como búsqueda de pruebas de realidad contra las distorsiones cognitivas y a favor de los pensamientos alternativos, se realizaron una serie de experimentos conductuales: preguntar a sus amigos acerca de su físico y las dietas que llevaban a cabo, llevar a cabo la relajación y cambio de pensamiento en situaciones de ansiedad, y comprobar consecuencias reales (disminución de la ansiedad, mejora del ánimo...), revisar la teoría de la psicoeducación para rebatir las distorsiones, y comprobar que si camina por la calle sin prestar atención a las personas no la miran. Simultáneamente, se le pide a la paciente que lleve a cabo autorregistros en casa basados en el ABCDEF (incluir debate de distorsiones, cambio a pensamiento alternativo y anotación de nuevas consecuencias emocionales y conductuales) y diarios escritos de debates racionales, debido a su afición a escribir.

En el caso de M, la reestructuración en casa fue una de las claves para el gran avance y cambio que se produjo, fue una técnica que comprendió desde un primer momento y gracias al sentido del humor e interés por la escritura y la reflexión sobre temas importantes generalizó por sí misma la técnica y la integró en su día a día, tras la sesión 8 ya no se producían purgaciones ni atracones.

5. Técnica de parada del pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones: De forma complementaria, como técnica de autorrefuerzo y control, se le enseñaron a la paciente estas técnicas, lo cual permitió a M. superar momentos en los que aparecen cadenas de pensamientos negativos. La técnica se desarrolla de la siguiente manera en el caso:

- Escoge una palabra con la que te identifiques para detener la cadena de pensamientos una vez detectados "Basta M"
- Cuando los detectes usa un estímulo (en el caso de M. comenzó con una palmada en la pierna suave) y di la palabra de detención escogida.
- Introduce un pensamiento alternativo a modo de instrucción positiva ("Venga que puedes" "Ánimo" "Vamos"...)
- Se le ofreció una serie de ejemplos de autoinstrucciones para distintas situaciones y se practicó en consulta las siguientes situaciones: Durante la hora de comida, tras ingerir algún alimento que genere malestar, antes y durante el estudio. Como ejemplo de autoinstrucciones para M:
 - Afrontamiento de situaciones problemáticas: Después de comer X (alimento que interpreta como ansiógeno) "Voy a hacer la sobremesa un rato hablando por WhatsApp, voy a respirar diciéndome lo que tengo que hacer para respirar bien (...), puedo superar este momento porque ya lo he hecho antes, me voy a lavar los dientes con la puerta abierta y después me voy a sentar a ver la tele procurando prestarle atención, voy a lograr superar este momento y cada vez será más fácil..."
 - Tras superar la situación: "Lo he hecho genial, la ansiedad ha pasado y yo estoy bien ..."

6. Técnica de solución de problemas de D'Zurrilla y Nezu (1999): se plantea esta técnica como modo de afrontamiento de situaciones problemáticas y se le explicó cómo la resolución y la toma de decisiones de forma impulsiva o sin tener en cuenta las distintas consecuencias están muy asociadas a la ansiedad y a su problemática concreta tanto a nivel familiar como de alimentación. Como ejemplo práctico se utilizó el conflicto con su madre a causa del cuidado y responsabilidad de su hermana; en primer lugar se formuló el problema y se tomó una posición conciliadora y de resolución de problemas, dejando a un lado la actitud de reproche. Tras generar varias soluciones al problema, y sin juzgarlas en un primer momento, escogió aquellas 3 que parecían mejores. Tras ello se valoraron las soluciones,

puntuándolas a nivel personal/social y a corto y largo plazo. Se llegó a la conclusión de que la mejor solución era mantener una conversación entre las tres (madre, hermana y M), de un modo pacífico y exponer la idea de elaborar un contrato bilateral entre su madre y su hermana para la organización de tareas y horarios, ayudándoles en caso de que lo pidieran expresamente y siempre de este modo estructurado y organizado. Se hizo hincapié con la paciente en el hecho de no rumiar el resto de soluciones que se habían dejado atrás hasta comprobar la validez de la solución elegida en un periodo de 2 semanas. La solución sirvió a la paciente para dejar a un lado ciertas preocupaciones que excedían sus responsabilidades como hermana y para dotar a la familia de un protocolo para la solución de este problema, reduciendo los conflictos.

7. Entrenamiento en técnicas asertivas: el entrenamiento comienza con psicoeducación acerca de qué es la asertividad y los estilos comunicativos (pasivo, agresivo y asertivo), acordando que M. mantenía un estilo comunicativo agresivo en casa y más pasivo con amistades y compañeros. A continuación se mostraron teóricamente distintas estrategias y técnicas asertivas para el manejo de conflictos y desacuerdos. La intervención se centra especialmente en el manejo de la ira ya que M. la reconoce como la única problemática y generadora de malestar familiar.

- Como ejemplo se expone la situación de discusión en la que M. admitía ponerse "rabiosa" y gritar a su madre, la cual según informaba la paciente "le daba la razón como a los tontos" por lo que se entrenó mediante role-playing distintas estrategias como: Detección de la escalada de la ira y pensamientos calientes, realizarse 3 preguntas para detener la emoción antes de la externalización de la ira (¿Es realmente importante para mí?, ¿Qué consecuencias negativas puede acarrearme esto?, ¿Tiene intención de hacerme daño?), junto a la exposición de mensajes de forma asertiva (Esto me hace sentir... me gustaría...mi opinión es que...).

Las respuestas se registraron, de modo que pudo aplicarlo en casa, con éxito, a la vez que se guiaba con una serie de autoinstrucciones, según informó la paciente. Al cambiar el comienzo de la interacción entre ella y su madre mediante la disminución de la agresividad verbal, ésta también cambió la respuesta de "dar la razón", disminuyendo los conflictos y mejorando la relación, al menos en torno a estas situaciones.

Sesión	Técnica
1-5	Evaluación y devolución de información del caso.
3-9	Respiración abdominal. Relajación progresiva de Jacobson.
5-9	Psico-educación.
6-9	Evitación de la purgación o ayuno.
7-10	Reestructuración cognitiva.
10-11	Exposición gradual a alimentos evitados. Parada de pensamiento con auto-instrucciones.
10-11	Entrenamiento en solución de problemas.
12-13	Estrategias asertivas para manejo de ira.
13-14	Evaluación post-tratamiento, devolución y prevención de recaídas (repaso de dudas y planificación de dificultades.)
15-16	Entrevista telefónica de seguimiento de resultados tras 3 y 6 meses.

TABLA 1. Plan de tratamiento.

RESULTADOS

Tras la finalización del tratamiento se lleva a cabo la evaluación post-tratamiento de aquellas variables tratadas durante la intervención y que habían sido evaluadas con anterioridad, obteniéndose unos resultados que apoyan la idoneidad del tratamiento cognitivo-conductual en el caso de la Bulimia Nerviosa.

Como puede observarse desde un punto de vista cuantitativo, se produce una **notable reducción de los niveles de ansiedad** en todos los sistemas y en todas las situaciones que mide el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- (Ver gráfico 1). M. ya no refería episodios de excesiva ansiedad en época de exámenes ni en el día a día, pudiéndose explicar la activación en la vida cotidiana que se mantiene debido a los problemas familiares que a pesar de que mejoraron, no desaparecieron.

Las sensaciones fisiológicas molestas (palpitaciones, sensación de ahogo, molestias abdominales, molestias cervicales...) se redujeron totalmente, de la misma forma que los síntomas cognitivos de ansiedad. En cuanto a la ansiedad a nivel motor se produce un descenso no tan marcado, debido a que continuaba fumando y los movimientos repetitivos se mantenían en situaciones estresantes.

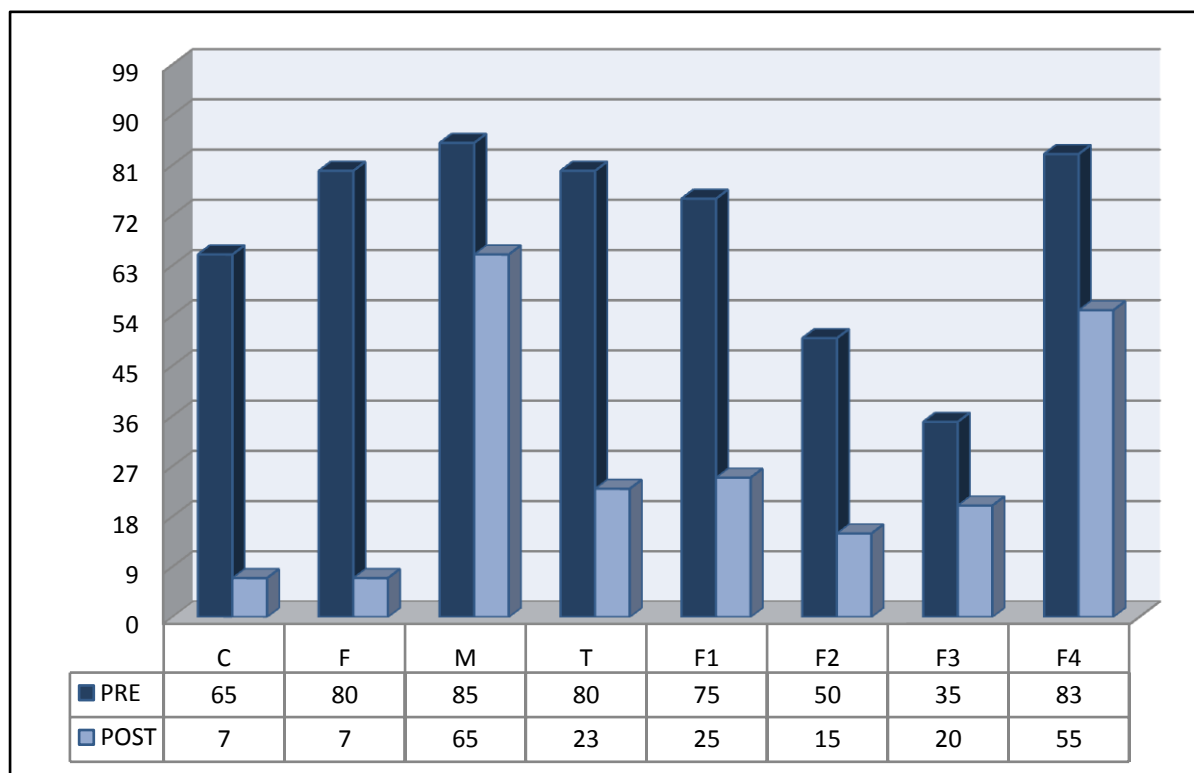


GRÁFICO 1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA-. C=Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; T=Total; F1= Ansiedad de evaluación; F2= Ansiedad interpersonal, F3= Ansiedad fóbica, F4= Ansiedad cotidiana.

La **capacidad de solución de problemas** se trabajó durante las sesiones finales del tratamiento, ya que existía una clara asociación entre la capacidad de resolución de distintas situaciones que podrían resultar problemáticas y el problema principal alimentario. Tras el

tratamiento, M. confirmaba la utilidad de esta técnica en cuanto a la nueva capacidad de búsqueda de soluciones alternativas y preparación de estrategias a poner en marcha.

El éxito de esta intervención residió en la aplicación de esta técnica en la vida diaria, a través de situaciones que le preocupaban personalmente y que requerían una solución en ese momento, incluyendo situaciones que incluían el trastorno alimentario.

Se hace pues evidente a nivel cuantitativo esta mejora a través del Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas –ISAP- (Ver gráfico 2) en el que aumentan las capacidades en todos los factores, a excepción de la capacidad de reflexividad que se mantiene en niveles medios adecuados.

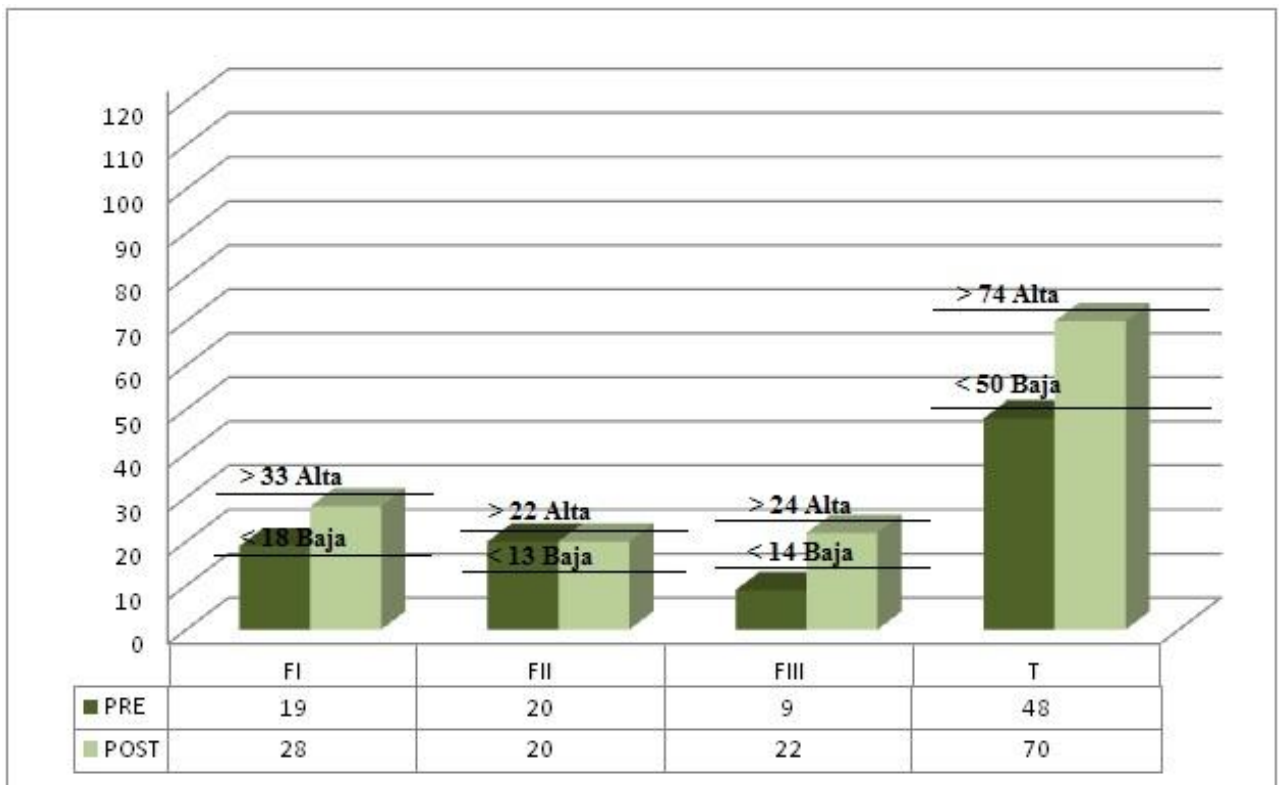


GRÁFICO 2. Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas –ISAP- FI= Confianza-Seguridad; FII= Reflexividad-Impulsividad; FIII= Estrategias de resolución; T= Total.

El instrumento escogido para la medición del **trastorno alimentario**, Cuestionario de Bulimia revisado –BULIT-R- (Ver gráfico 3) ofrece información cuantitativa y cualitativa en sus resultados, incluyendo ítems con información en forma de criterios diagnósticos. Tras el tratamiento desciende la puntuación en cuanto a las conductas purgativas y atracones, manteniéndose aquellos ítems relacionados con los cambios en el peso y dietas realizadas en el último año.

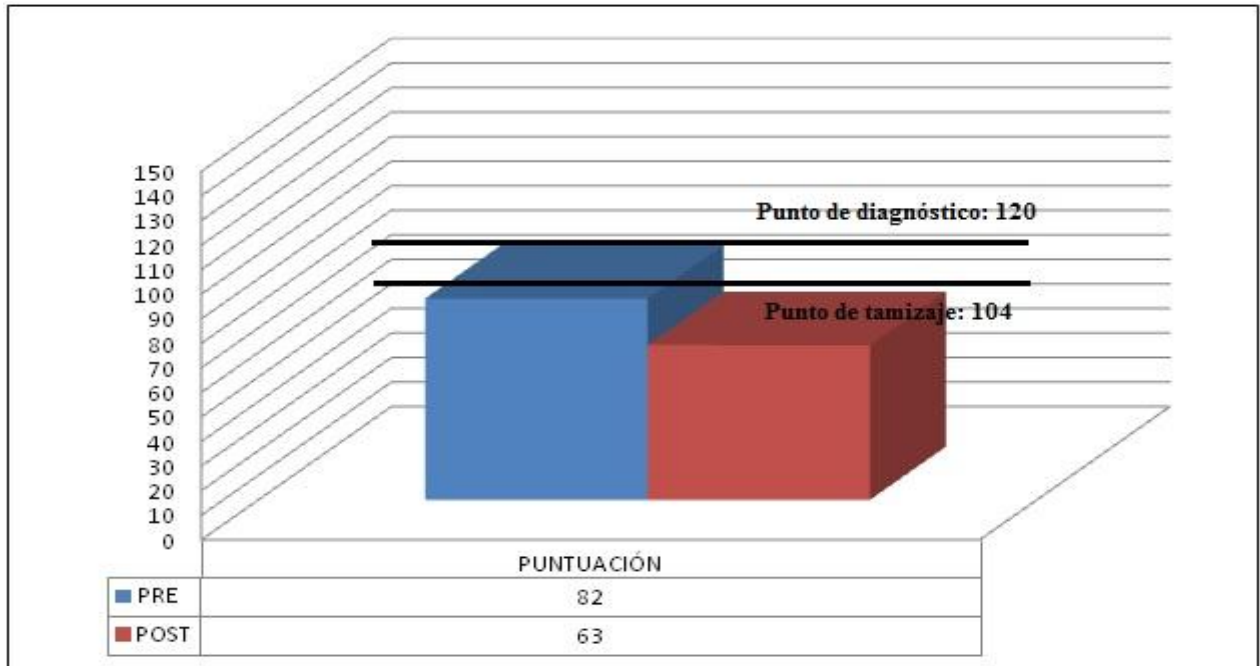


GRÁFICO 3. Cuestionario de Bulimia revisado –BULIT-R-

Puntuación Pre-Tratamiento	Puntuación Post-Tratamiento
- Nunca usa laxantes	- Nunca usa laxantes
- Ha intentado más de 5 dietas en el año pasado	- Ha intentado 2-3 dietas el año pasado
- Ha llegado a perder en un mes entre 3'5-5 kg	- Ha llegado a perder en un mes entre 3'5-5 kg
- Vomita 2 o más veces por semana para perder peso	- No vomita nunca
- Ha llegado a ganar 2-3 kg en un mes	- Ha llegado a ganar 2-3 kg en un mes
- Menstruación normal (sin amenorrea)	- Menstruación normal (sin amenorrea)
- No usa diuréticos	- No usa diuréticos
- Menstruación normal usualmente	- Menstruación normal usualmente.

TABLA 2. Cuestionario de Bulimia revisado –BULIT-R

En el caso de M. no se llevó a cabo un tratamiento enfocado directamente al estado de ánimo negativo, si bien, se aprecia una **reducción muy significativa de la tristeza** en todos los sistemas, lo que se puede explicar por la generalización de resultados desde la mejora en el problema principal y la mejora en la autoestima.

La medición de esta variable mediante el Cuestionario Tridimensional de Depresión –CTD- (ver gráfico 4) muestra la reducción de la sintomatología a niveles moderados, sin embargo la paciente refería un estado de ánimo bueno en términos generales, y de forma

subjetiva. Parte de estas puntuaciones podrían explicarse dado que la finalización del tratamiento se produjo en Junio, época de exámenes, en la que las actividades agradables se reducen, el sueño y la alimentación varían, aparecen más dolores posturales, preocupaciones y dificultades para relajarse, como se refleja en las puntuaciones a nivel pormenorizado.

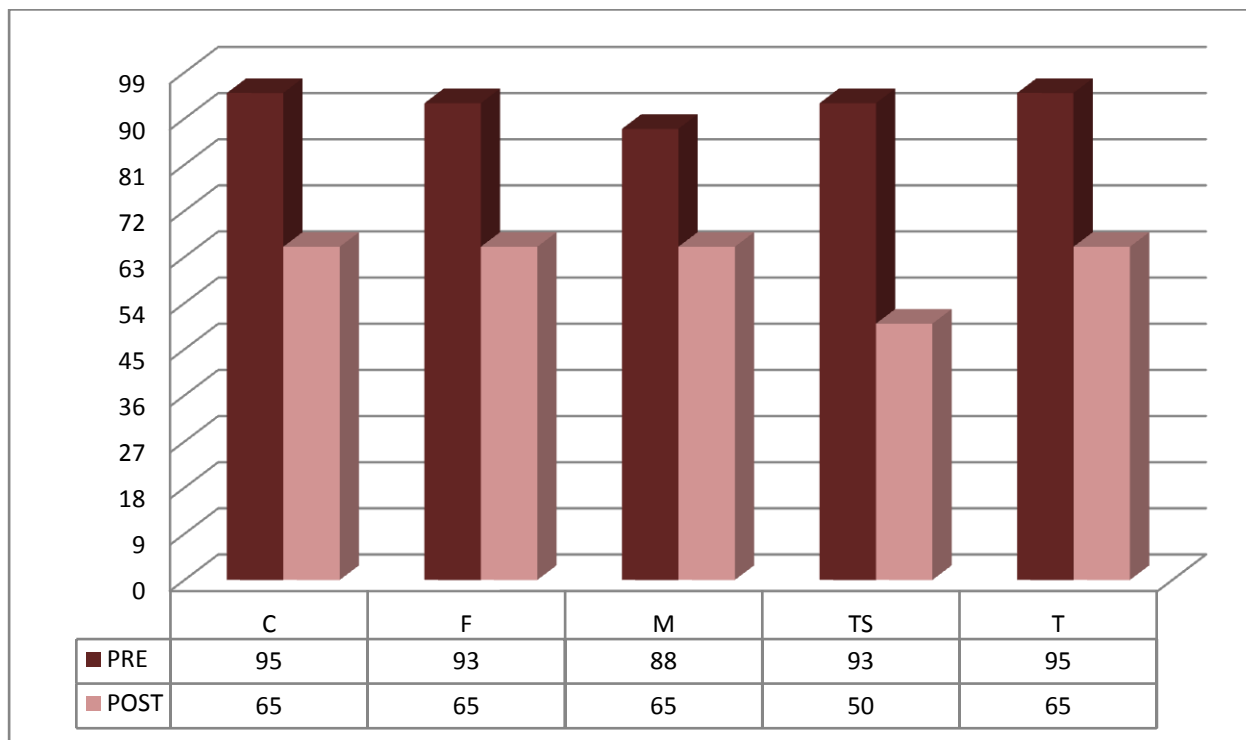


GRÁFICO 4. Cuestionario Tridimensional de Depresión –CTD- C= Cognitivo; F= Fisiológico; M= Motor; TS= Tendencia a Suicidio; T= Total.

En cuanto a los **niveles de ira** medidos mediante el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -STAXI-2- (Ver gráfico 5) se observa cómo hay una gran disminución en todos los factores, incluido el rasgo de ira, y una mejora del control de ira externo e interno. Gran parte de la mejora comenzó al abandonar la sintomatología propia del trastorno bulímico, ya que se redujeron muchas de las situaciones causantes de conflictos y se redujo la irritabilidad asociada al malestar producido por el mismo. Gracias al entrenamiento asertivo, M. comprobó que existían otras formas para expresar su desacuerdo sin generar una discusión, y con la psicoeducación acerca de esta emoción y su funcionamiento fue capaz de controlar el proceso de escalada de la ira.

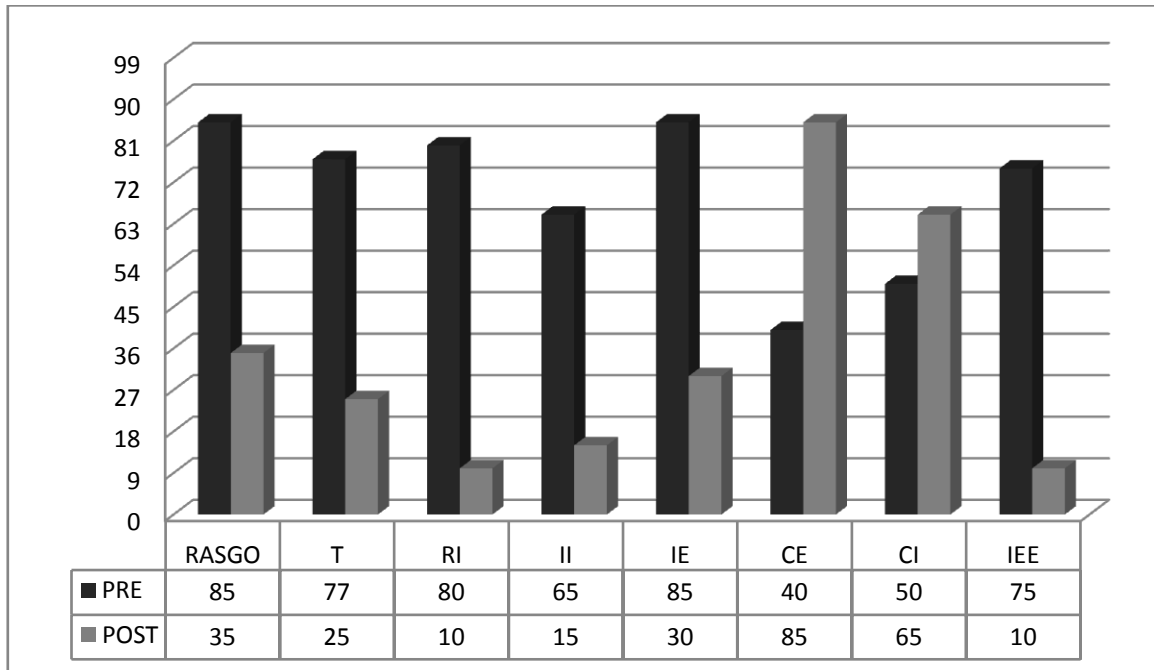


GRÁFICO 5. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -STAXI-2- T= Temperamento; RI= Reacción de ira; II= Ira Interna; IE= Ira Externa; CE= Control Externo; CI= Control Interno; IEE= Índice Expresión de Ira.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

La terapia cognitivo-conductual se presenta como la terapia con la evidencia empírica más potente para el tratamiento de la Bulimia nerviosa, según la guía APA (2002) y la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993), motivo por el cual se seleccionó esta modalidad de tratamiento. En este trabajo hemos podido comprobar cómo la terapia cognitivo-conductual para la Bulimia, terapia intensamente estudiada y adaptada al caso individual, ha resultado eficaz para el tratamiento del caso clínico.

En el estudio de Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa (2011) se pone de manifiesto cómo las variables estudiadas (ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones) se pueden considerar factores de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Estas conclusiones pueden extrapolarse al caso que nos ocupa, donde además de evaluarse y tratarse el trastorno alimentario, también se han tenido en cuenta y trabajado con variables como la ansiedad, la tristeza, la baja inteligencia emocional y de afrontamiento de problemas para lograr una mejora global.

El estudio de Pinto-Solano y Cano-Vindel (2012) muestra como la ansiedad es más elevada en personas con patología alimentaria. Hecho que hemos constatado en el caso clínico presentado, de ahí que el tratamiento también se haya dirigido a la reducción de la sintomatología ansiosa tan asociada a los TCA.

Por otra parte, el caso de M. tuvo un buen pronóstico, por características tales como: establecimiento de un correcto rapport, buena adherencia al tratamiento e insight del problema

y escasa duración del trastorno hasta el comienzo del tratamiento (Reas, Williamson, Martin & Zucker 2000)



En cuanto al tratamiento, incidir en:

- la importancia que tiene, para el enfoque del caso, una correcta formulación clínica, así como el análisis funcional de las variables implicadas.
- la reestructuración cognitiva que fue muy eficaz, en parte debido a la rapidez de la paciente en comprender la técnica y sus objetivos, y a la proactividad que mostró en su empleo.
- las tareas para casa que fueron imprescindibles para una posible generalización de resultados y avances de la paciente por sí misma al comprobar su capacidad de control.

Se llevó a cabo el seguimiento de la paciente tras tres y seis meses, y ésta aseguraba no llevar a cabo conductas como atracones, purgaciones o ayuno, y mantener un estilo de vida saludable en el que se incluía una alimentación variada y la realización de deporte tres veces por semana, siendo la preocupación por la figura y el peso una idea no prioritaria. La situación familiar mejoró y a día de hoy continúa con sus estudios.

Como conclusión, el caso que hemos presentado aporta evidencia al ya nutrido número de terapeutas e investigadores que consideran la terapia cognitivo-conductual como una de las mejores alternativas de tratamiento para los trastornos de la alimentación.

REFERENCIAS

- Areán, P.A. (2000). Terapia de Solución de Problemas para la Depresión: Teoría, Investigación y aplicaciones. *Psicología conductual*, 8(3),547-559.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología (Ed. revisada) Vol I*. Madrid: McGraw-Hill.
- Caro Gabalda, I. (2007). *Manual de teórico práctico de psicoterapias cognitivas (2ª ed)*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Calvo, R. (2002). Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con TCA. *Revista de psicología del niño y del adolescente*. 1(2), 55-73
- Casado Morales, M.I. (2013). *Obesidad y trastorno por atracón*. (1ª ed.). Madrid: Grupo 5.
- Comeche, M.I. (2013). Comorbilidad entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno de conducta alimentaria. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. 1, 15-35.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N (2008). NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado. Adaptación española. (3ª edición revisada y ampliada). Madrid: TEA Ediciones.
- D’Zurrilla, T. J. & Nezu, A. M. (1999). Problem-solving therapy: asocial competence approach to clinical intervention (2nd ed.). New York: Springer.
- Endler, N.S. (1975). A person-situation interaction model for anxiety. En Spielberger, C.A. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety (vol. 1)*. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N (2005). La Inteligencia Emocional y la Educación de las Emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 19 (3), 63- 94.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation* (2ª ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Jiménez-García, G. I., Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1996). *Evaluación tridimensional de la depresión: elaboración de un instrumento de medida*. I Congreso internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Benidorm.
- Lazarus, A. A. (1986). Multimodal therapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 65-93). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Lobera Jáuregui, I., Fernández Santiago, M.J. y Humanes Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención primaria, 41* (4). 201-206.
- Marañón, I., Grijalvo, J., y Echeburúa, E. (2007). Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 587-594.
- Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M.I. (1992). Solución de problemas personales: elaboración y desarrollo del "Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas -ISAP-". *Investigaciones Psicológicas, 11*, 29-37.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (2007). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. ISRA. (5ª edición revisada). Madrid: TEA Ediciones
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo: STAXI 2. Madrid: TEA Ediciones.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993). *Adaptació del Bulimia Test i BSQ en una mostra universitària*. Comunicación presentada en la VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica.
- Pascual A., Etxebarria I., Cruz-Sáez M.S. y Echeburúa E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*, 229-242
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2008). Comparison of one-stage vs. two-stage designs in the estimation of eating disorders prevalence in community samples. *Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 542-550.
- Pinto Solano, N. y Cano Vindel, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema, 24*(3), 384-389.
- Raich, R.M (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide
- Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C.K. y Zucker, N. L. (2000) Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders, 27*(4), 428-34.
- Sepúlveda, A. Carrobes, J.A. y Gandarillas, A.M (2010) Associated Factors of Unhealthy Eating Patterns among Spanish University Students by Gender. *The Spanish Journal of Psychology, 13*(1), 364-375.
- Stice, E. (2001): A Prospective Test of the Dual-Pathway Model of Bulimic Pathology: Mediating Effects of Dieting and Negative Affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124-135.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1993). *A report adapted by the APA Division 12 Board*. Washington: APA, 1-17.

Wilson G. T., Fairburn C. C., Agras W. S., Walsh B. T. y Kraemer H. (2002) Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinic Psychology*. 70(2), 267-274.

