

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Segunda Especialidad en Psicología Terapéutica



CASO CLÍNICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

Trabajo Académico presentado por la Ps.

Angulo Laguna, Milagros Sarely

para optar el Título de Segunda Especialidad
en Psicología Terapéutica

Asesor: Mgter. Puma Huacac, Roger

Arequipa – Perú

2020

DEDICATORIA

A Dios, por ser el que me acompaña en todo momento.

A mi esposo Pedro, por su amor y apoyo incondicional.

A mi hija Rocío Pierina, por ser mi motivación más grande.

A mis padres Rocío y Angel, por sus esfuerzos, enseñanzas y apoyo a lo largo de
mi vida.

A mi hermano Angel, por sus palabras de aliento durante la ejecución de mi
trabajo académico.



RESÚMEN DE CASO

Se presenta el caso de una adolescente de 19 años, que durante dos años ha presentado, episodios recurrentes de atracones de comida, seguidos de vómitos autoprovocados, ingesta de laxantes, pensamientos suicidas y conductas autolesivas, después de la entrevista y evaluación psicológica se diagnóstico como un caso de Bulimia Nerviosa. Se aplicó 21 sesiones de tratamiento psicoterapéutico cognitivo - conductual con el objetivo de modificar las cogniciones y creencias disfuncionales de la paciente sobre su peso e imagen corporal, así como modificar los hábitos alimenticios inadecuados, reducir los pensamientos irracionales, la adquisición de consciencia de enfermedad y aumento de la motivación ofreciendo una correcta información nutricional que elimine en gran medida estas creencias irracionales, realizando un trabajo multidisciplinario; logrando así el control de los atracones y purgas. En el presente estudio de caso único se realizó bajo las líneas de la investigación de la psicología aplicada, utilizándose el diseño univariable multicondiconal ABA. Las puntuaciones obtenidas en los post test mostraron la eficacia del tratamiento con una mejoría significativa, realizándose el alta al diagnóstico; en el seguimiento del caso de Estrella se puede afirmar que se encuentra emocionalmente estable y estudiando una carrera universitaria.

Palabras Clave: Bulimia Nerviosa, trastornos de conducta alimentaria, psicoterapia.

ABSTRACT

The case of a 19-year-old adolescent is presented, who for two years has presented recurrent episodes of binge eating, followed by self-induced vomiting, ingestion of laxatives, suicidal thoughts and self-injurious behaviors, after the interview and psychological evaluation she was diagnosed as a case of Bulimia Nervosa. 21 sessions of cognitive-behavioral psychotherapeutic treatment were applied with the aim of modifying the patient's dysfunctional cognitions and beliefs about her weight and body image, as well as modifying inappropriate eating habits, reducing irrational thoughts, acquiring disease awareness and increased motivation by offering correct nutritional information that largely eliminates these irrational beliefs, carrying out multidisciplinary work; thus achieving control of binges and purges. In this single case study, it was carried out under the lines of applied psychology research, using the univariate multicondiconal ABA design. The scores obtained in the post tests showed the efficacy of the treatment with a significant improvement, being discharged at diagnosis; Following up on Estrella's case, it can be stated that she is emotionally stable and studying a university degree.

Keys Word: Bulimia Nervosa, eating behavior disorders, psychotherapy.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
RESÚMEN DE CASO	ii
ABSTRACT.....	iii
INDICE DE CONTENIDO	iv
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras.....	viii
Capítulo I	1
Marco Teórico.....	1
Introducción	1
Planteamiento del problema.....	4
Descripción de la realidad problemática	4
Formulación del problema	5
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos.....	6
Antecedentes Teórico-Investigativos del tema a trabajar desde la perspectiva cognitivo-conductual.....	7
Revisión Diagnóstica	7
Edad, aparición y curso	11
Prevalencia	12
Trastornos Asociados	13
Teoría Cognitiva de los Trastornos de Conducta Alimentaria.....	14
Descripción del Modelo	14
Investigaciones en intervención cognitiva conductual en los trastornos de conducta alimentaria	20
Técnicas de Intervención.....	23
Técnicas Conductuales.....	23
La planificación de las comidas	23
Modificación de la conducta de comer	24
La exposición con prevención de la respuesta	25
Exposición a la tentación con prevención de la respuesta	26
Entrenamiento en Relajación	27
Procedimientos Cognitivos	27
Introducción y educación	27

Reestructuración cognitiva.....	28
Prevención de las recaídas	28
2.5 La Ética en la Intervención Psicoterapéutica	28
Capítulo II.....	29
Marco Metodológico.....	29
Lugar de Estudio	29
Técnicas e Instrumentos seleccionados para la recolección de datos	29
Caso Clínico-Psicológico	30
Datos personales.....	30
Motivo de consulta.....	30
Historia del problema, análisis y evolución	30
Historia del desarrollo de la persona.....	31
Etapa Pre- Natal	31
Etapa Natal.....	31
Etapa Post Natal	32
Etapa Pre-escolar.....	32
Etapa Escolar.....	32
Desarrollo y Función Sexual.....	33
Historia de Recreación y de Vida.....	34
Hábitos e Influencias Nocivos y Tóxicas.....	34
Enfermedades y Accidentes	35
Personalidad Premórbida	35
Antecedentes Familiares	35
Composición y Dinámica Familiar	35
Carácter de la Madre	36
Carácter del Padre	36
Crianza	37
Relación con sus padres	37
Reacción de los padres ante el trastorno de conducta alimentaria.....	37
Relación con su hermano	38
Expectativas de la paciente frente al tratamiento.....	39
Antecedentes Patológicos.....	39
Evaluación conceptualizada de la persona y sus problemas	39
Evaluación Médica.....	39
Evaluación Nutricional.....	39

Evaluación Odontológica	40
Exploración Física.....	40
Evaluación clínica conductual.....	40
Análisis Funcional Conductual	42
Identificación de las áreas problemas	42
Operacionalización de las áreas problemas.....	42
Variables Moduladoras (ambientales).....	43
Variables protectoras:.....	43
Hipótesis de Mantenimiento	43
Antecedentes de las Respuestas Condicionadas y Establecer Cadenas E-R... 44	
Consecuentes de las Respuestas Operantes.....	44
Resultados primeros de la fase de evaluación.....	46
Impresión Diagnóstica	48
Planificación del tratamiento:	48
Presentación de las metas u objetivos de tratamiento	48
Fase Inicial	49
Fase Intermedia	50
Fase Final	51
Protocolo del tratamiento	52
Diseño para la evaluación de los resultados.....	58
Propuesta del plan de seguimiento.....	58
Capitulo III.....	60
Aplicación del Programa de Intervención y sus Resultados.....	60
Objetivos Terapéuticos del Programa	60
Descripción de los resultados del Programa de Intervención	61
Análisis y discusión de los resultados.....	68
Conclusiones.....	71
Sugerencia.....	72
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS	79

Índice de Tablas

Tabla N°1	Bulimia Nerviosa.....	8
Tabla N°2	Bulimia Nerviosa: CIE 10.....	10
Tabla N°3	Prevalencia Actual De Los Trastornos Clínicos En Adolescentes, Según Región Natural Y Ámbito Urbano / Rural.....	12
Tabla N°4	Alimentación Saludable.....	24
Tabla N°5	Medidas Antropométricas.....	39
Tabla N°6	Análisis Funcional de la Conducta.....	44
Tabla N°7	Escala EDI-2.....	46
Tabla N°8	Protocolo del tratamiento.....	51
Tabla N°9	Reestructuración Cognitiva.....	53
Tabla N°10	Habilidades Básicas de Afrontamiento.....	54
Tabla N°11	Eliminación de la Distorsión de la Imagen Corporal.....	55
Tabla N°12	Preparación para el Alta y Prevención de Recaídas.....	56
Tabla N°13	Evolución del Paciente durante el tiempo de tratamiento.....	57

Índice de Figuras

Figura 1	Modelo cognitivo – conductual del mantenimiento de la BN de Fairburn..	17
Figura 2	Cogniciones y creencias.....	60
Figura 3	Interacciones sociales.....	61
Figura 4	Desvalorización de la imagen corporal.....	62
Figura 5	Habilidades sociales.....	63
Figura 6	Pensamientos irracionales.....	64
Figura 7	Evaluación de la depresión.....	65
Figura 8	Imagen corporal.....	66

Capítulo I

Marco Teórico

Introducción

El presente trabajo académico expone el caso clínico de una joven de 19 años de edad, que ha desarrollado una preocupación excesiva por su imagen corporal y peso, lo que la ha llevado a hacer dietas extremas, desencadenando ansiedad, atracones y conductas purgativas, tales conductas acompañadas de un deterioro social, un cuadro de gastritis; mostrando baja capacidad para resolver problemas, poca tolerancia a la frustración, conductas de aislamiento, ansiedad e irritabilidad.

Este estudio tiene como objetivo examinar la eficacia del tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual en la paciente Estrella, la cual presenta un diagnóstico de bulimia nerviosa; reduciendo los pensamientos irracionales, logrando una adquisición de consciencia de enfermedad, realizando un trabajo multidisciplinario con la participación de un licenciado en nutrición, brindando así una correcta información nutricional que elimine todas estas creencias irracionales, cambiar la desvalorización de la imagen corporal y reducir los atracones y purgas.

Los trastornos de la conducta alimentaria son considerados como una dificultad de salud pública, por el aumento de casos y la gravedad de los síntomas presentados, porque cada vez el inicio es más temprano, se presenta más en mujeres entre los 15 y 24 años, y suele continuar en la adultez.

Diversos datos muestran que el ideal de delgadez amenaza a la salud y que la anorexia y la bulimia conducen a la muerte. (Moreno, 2009)

Barriguete (2003) afirma que en las sociedades occidentales industrializadas, en todas las clases sociales presentan mayor cantidad de casos de trastornos de conducta alimentaria. Cuando se habla de trastornos de conducta alimentaria, se hace referencia a un conjunto de comportamientos problemáticos y persistentes relacionados con la alimentación y la propia ingestión de alimentos (American Psychiatric Association, en adelante APA, 2014).

Los medios de comunicación influyen en la aparición de un modelo ideal de belleza, lo que se vuelve en una presión significativa para la sociedad en sí, debido a la consideración que se concede al atractivo para triunfar en la vida. Unikel (2000) menciona que la insatisfacción corporal, la excesiva preocupación por el peso y los trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente en las instituciones educativas. Se han realizado investigaciones en personas con TCA desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se considera muy importante la manera en que se desarrolló la infancia y la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal.

Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) señalan que en algunos estudios indican que entre mayor inestabilidad emocional esté atravesando un adolescente, menos tolerará su apariencia física y por ende será más propenso a desarrollar trastornos alimentarios.

Cabe indicar que en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) sobretodo la Bulimia Nerviosa, tienen la alteración tanto de los hábitos alimenticios como la imagen corporal y el peso, los cuales causan deterioros significativos a nivel de la salud física, psicológico y social de quienes lo sufren. (Romero, 2009)

Según el Ministerio de Salud del Perú (2017) la tendencia a trastornos de conducta alimentaria en áreas urbanas llega al 6.0% en Lima y Callao, mostrándose más prevalente entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%); así mismo las conductas bulímicas llegan a 1.6% en las mujeres y 0.3% en los hombres, y la Bulimia nerviosa y la Anorexia nerviosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, en el caso de hombres no se encontraron.

La Organización Mundial de la Salud (2006) considera a los TCA entre las enfermedades mentales de preferencia para los niños y adolescentes, esto se debe al ser un trastorno peligroso.

Carolina y Janet (2011) indican que los TCA comprende de factores psicológicos, físicos, así como componentes del medio ambiente en su desarrollo y mantenimiento; Striegel-Moore y Bulik (2007) indican que se manifiesta como insatisfacción con la imagen corporal, también una influencia excesiva de ésta en la valoración personal, es decir, a mayor peso menor valor personal, así como la preocupación permanente por la comida, las calorías, el peso o forma corporal, considerándose muchas veces su curso crónico, el pronóstico mejora al ser detectado dentro de los tres primeros años de enfermedad, es por ello que el diagnóstico temprano es indispensable.

Considero que para profundizar sobre esta patología, se debe tomar en cuenta la existencia de factores que predisponen a las personas a padecer TCA, la historia personal, así como las variables que favorecen la permanencia del trastorno (biológicas y psicológicas).

Teniendo en cuenta el presente trabajo académico sobre el diseño de plan terapéutico, debe decirse que la motivación principal radica en la necesidad de ver evidenciado resultados de la terapia cognitivo conductual en la paciente, extinguiendo conductas aversivas, mejorando así su calidad de vida, sus relaciones interpersonales y estado de ánimo en general.

La importancia de realizar este trabajo es mostrar la eficacia de la intervención de la terapia cognitivo conductual, logrando así un modelo de intervención en personas que padecen trastornos de conducta alimentaria, considerando que el curso del trastorno es crónico y las personas que lo padecen sufren por años antes de ir donde un profesional, a su vez brinda una herramienta de apoyo a otros terapeutas.

Planteamiento del problema

Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (2006) considera a los TCA entre las enfermedades mentales de primacía para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nerviosa y, finalmente, el de Bulimia Nerviosa. Estos trastornos abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento y tienen síntomas similares tales como la insatisfacción con la imagen corporal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas peligrosas y dañinas para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren.

En la mayoría de veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias desde la morbilidad médica, psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio (Selvy, 2018).

Según el Ministerio de Salud del Perú (2017) la tendencia a problemas alimentarios tiene una alta prevalencia en las áreas urbanas del país, llegando al 6.0% en Lima y Callao, donde es más prevalente en mujeres (7.1%) que entre hombres (4.9%). En esta misma ciudad las conductas bulímicas llegan a 1.6% entre las mujeres y 0.3% entre los hombres y la anorexia nerviosa tiene una prevalencia de 0.7 en mujeres y 0.3 en hombres.

Considerando la intervención psicoterapéutica en la terapia cognitivo conductual, la cual tiene como principal objetivo una reestructuración cognitiva con la identificación de creencias erróneas y sustituirlas por modos de interpretación de la realidad más funcionales, logrando así un cambio en la conducta alimentaria.

Formulación del problema

¿De qué manera el tratamiento psicoterapéutico desde el modelo cognitivo conductual disminuirá los síntomas del Trastorno de Conducta Alimentaria ?

Objetivos

Objetivo General

Modificar las cogniciones y creencias disfuncionales de la paciente sobre su peso e imagen corporal, así como modificar los hábitos alimenticios inadecuados mediante la aplicación del tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual.

Objetivos Específicos

- Reducir los pensamientos irracionales.
- La adquisición de consciencia de enfermedad y aumento de la motivación por parte de la paciente.
- Ofrecer una correcta información nutricional que elimine en gran medida estas creencias irracionales, realizando un trabajo multidisciplinario.
- Cambiar la desvalorización de la imagen corporal y reducir conductas de aislamiento interpersonal.
- Reducción de los niveles de ansiedad, así como la eliminación de pensamientos obsesivos y la práctica de rituales nocivos.
- Lograr interacciones sociales y comunicativas placenteras, trabajando la resolución de problemas y la generación de alternativas.
- Lograr una estabilidad emocional, así como reducir síntomas de depresión.
- Controlar los atracones y purgas.

Antecedentes Teórico-Investigativos del tema a trabajar desde la perspectiva cognitivo-conductual.

Revisión Diagnóstica

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10, 1995) existen tres particularidades de la bulimia nerviosa, los cuales son; episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal. Para diagnosticar los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben darse al menos una vez a la semana durante 3 meses; un “episodio de atracón” se define como la ingestión de una gran cantidad de alimentos en un tiempo determinado; esta ingesta de consumo excesivo de alimentos debe ir acompañada de una sensación de falta de control (incapacidad para contenerse y no comer, o parar), estos suelen tener como peculiaridad la alteración de la cantidad de alimentos y no el deseo de un nutriente específico; pero se observa que durante los atracones, las personas ingieren alimentos que usualmente evitan, de manera discreta o a escondidas.

Otra característica de la bulimia nerviosa es el uso de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, suelen ser comportamientos de purga, vomitar es el más frecuente (experimentando alivio del malestar físico y reducción del miedo a ganar peso), otro comportamiento de purga es el de utilizar laxantes y diuréticos, también pueden ayunar uno o más días y realizar ejercicio excesivo con tal de no ganar peso (interfiriendo en otras actividades importantes, en lugares inapropiados o cuando se realiza a pesar de presentar una lesión u otras complicaciones médicas). (CIE 10, 1995)

Los individuos con bulimia nerviosa le brindan una importancia excesiva al peso en su autoevaluación y ello es determinante para valorar su autoestima; no se debe realizar un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa. (CIE 10, 1995)

Tabla 1
Bulimia Nerviosa

Criterios Diagnósticos	307.51 (F50.2)
<p>A. Episodios Recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="336 801 1318 1055">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 personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. <li data-bbox="336 1095 1350 1279">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) <p>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.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, una vez a la semana durante 3 meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los periodos de anorexia nerviosa.</p>	

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 esos criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamiento 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 de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014)

De acuerdo al manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE 10, para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa, debe de cumplir los siguientes criterios (OMS, 2006):

Tabla 2
Bulimia Nerviosa: CIE 10

Pautas para el diagnóstico

- a. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer.
- b. El sujeto intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- c. La psicopatología consiste en un miedo excesivo a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano.

Incluye:

Bulimia sin especificar.

Hiperorexia nerviosa.

Edad, aparición y curso

Según la guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5 (2014) la bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana, es atípico antes de la pubertad o pasados los 40 años; los atracones suelen aparecer después de haber realizado una dieta, la experiencia de acontecimientos estresantes también puede precipitar el inicio de la bulimia nerviosa; en las muestras clínicas, la ingesta alterada de alimentos puede durar años. El curso puede ser crónico, con periodos de remisión, alternándose los atracones. Existe un riesgo de mortalidad significativamente alto, debido al suicidio y a todas las causas, siendo su tasa bruta de mortalidad al el 2% por década.

El cambio de diagnóstico de bulimia nerviosa a anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15%), cuando la persona experimenta este tránsito a la anorexia nerviosa, luego vuelven a la bulimia nerviosa o tienen varios episodios de cambio entre dichos trastornos. Es por ello que el diagnóstico debe basarse en la presentación clínica actual, considerando los 3 meses anteriores. (American Psychiatric Association, 2014)

Hoy en día existen páginas a las que muchas de las jóvenes con trastornos de alimentación recurren en búsqueda de respuestas y consejos, cobrando relevancia ciertas comunidades virtuales de internet: Pro-Ana y ProMia. 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)

Prevalencia

Según la American Psychiatric Association (2014) en las mujeres de la edad adulta temprana la prevalencia de doce meses es de 1-1,5%. La bulimia se presenta en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana, en el caso de los hombres la prevalencia es inferior 10:1.

Tabla 3
Prevalencia actual de trastornos clínicos en los adolescentes, según región natural y ámbito urbano / rural

Trastornos clínicos	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM (1) (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
Trastornos psicóticos (2)	1.5	0.3	0.1	3.0	0.3	0.5	0.9
Episodio depresivo	5.7	4.7	4.4	7.0	2.0	1.9	1.1
Distimia	0.8	0.7	0.4	0.4	0.0	0.0	0.2
Fobia social	3.1	1.2	2.3	2.9	2.8	4.1	3.9
Trastorno de ansiedad generalizada	5.5	5.0	1.9	3.0	0.4	1.1	4.2
Bulimia nerviosa	0.4	0.1	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
Conductas bulímicas (3)	4.0	4.5	0.9	0.9	0.2	0.2	1.9
Anorexia nerviosa	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0
Tendencias a problemas alimentarios	5.9	5.1	5.4	6.0	3.0	4.3	2.7

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de salud mental (2017)

(1) Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao)

(2) Prevalencia de vida

(3) Por lo menos dos crisis bulímicas por semana en los últimos 3 meses

Trastornos Asociados

Las personas que presentan Bulimia Nerviosa suelen presentar otros trastornos asociados, existe un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos (p. ej. baja autoestima), trastornos depresivos y bipolares. Suele presentarse alteraciones en el estado de ánimo al momento o después de desarrollar bulimia nerviosa, pero suelen atribuirlo a la bulimia nerviosa. (American Psychiatric Association, 2014)

En la investigación de Vega, Verónica, Piccini, Barrionuevo, Tocci, (2009) encontró una alta asociación ($p < .01$) entre la Depresión y el valor total obtenido en el test que evalúa síntomas alimentarios patológicos (EAT-26), tanto en la adolescencia temprana (12 a 14 años) como en la media (15 a 17 años), con la variable Depresión. Es decir, que las adolescentes de 12 a 17 años, que presentan depresión poseen igual tendencia a las conductas Dietantes, Bulímicas y de Control, sin importar su edad cronológica.

También se observa que se incrementa la ansiedad y trastornos de ansiedad en la bulimia nerviosa, considerando la investigación de Behar , Rosa, Barahona, Mónica, Iglesias, Bernardita, Casanova y Dunny (2007) acerca del trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria, obtuvieron como resultado que la prevalencia de ansiedad social fue significativamente mayor en las pacientes con TCA (40.7% versus 3.7%) ($p < .001$), particularmente en las anoréxicas (66.6%) ($p < .001$) y el 14.8% de las pacientes con patologías alimentarias obtuvo puntajes en los rangos severo o muy severo ($p < .001$). El riesgo de presentar ansiedad social moderada a muy severa en las pacientes TCA fue 5.5 veces mayor. Es decir, se confirma la presencia y la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad social en

los desórdenes alimentarios según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa.

La presencia vitalicia del consumo de sustancias (alcohol y estimulantes) es de al menos 30% de sujetos con bulimia nerviosa, en la investigación “Riesgo del Trastorno de la Conducta Alimentaria y el consumo de sustancias adictivas en la adolescencia” de Cruz, Pascual, Etxebarria, Echeburúa (2013), se estudiaron a 767 mujeres adolescentes y se obtuvo como resultado que las adolescentes con alto riesgo de trastorno alimentario consumían alcohol y fumaban.

Algo importante es que un porcentaje de personas con bulimia nerviosa presentan criterios de trastorno de personalidad límite (DSM 5, 2014).

Teoría Cognitiva de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Descripción del Modelo

Considerando que los TCA suelen definirse como uno de los trastornos más complejos de comprender referente a la manera en que se manifiesta y origina, hoy en día no hay un consenso sobre los factores o posibles causales para que se desarrolle un trastorno de conducta alimentaria, aunque la investigación clínica supone que los aspectos culturales y psicológicos influyen en la aparición del mismo, en muchos casos se observan modelos que condicionan la autoestima al peso y forma del cuerpo. (Berengui, Castejón y Torregrosa, 2016).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la orientación psicoterapéutica que tiene mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia en el tratamiento de trastornos psicológicos. Interviniendo así en tiempo limitado, la TCC contiene amplias

técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, también se considera el trabajo con la familia ya que el establecimiento de vínculos saludables entre padres e hijos constituye un importante factor para el proceso terapéutico (Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007)

Lo que actualmente se conoce como TCC es el resultado de un camino de transformaciones a lo largo de tres generaciones (Ruiz, 2012).

Pese a que la Bulimia Nerviosa se manifiesta como un TCA, la alimentación no es el verdadero problema del sujeto (García, 2011)

Los trastornos mentales más relacionales con un TCA son los trastornos de ansiedad y depresión, que en algunos casos llegan a conductas impulsivas como autolesiones y abuso de sustancias (Golden, 2003).

Los sujetos con el diagnóstico de bulimia nerviosa, acostumbran tener comportamientos purgativos y restringen su comida para controlar la ganancia de peso y aminorar la ansiedad, después de un período de restricción de la comida vienen los atracones, lo que da como consecuencia un apetito voraz. (Rutzstein, 2002)

Los adolescentes que presentan Bulimia Nerviosa suelen mantener su peso, ya que no son tan efectivos los métodos purgativos, ello lo diferencia de la anorexia nerviosa. La mayoría de los pacientes con Bulimia Nerviosa suelen afectarse por la pérdida de control sobre su alimentación, ello hace que son más asequibles a aceptar ayuda o a buscarla. Pese a ello, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo, esto se debe principalmente a la posibilidad de mantener la sintomatología en secreto y no provocar signos visibles para los demás. (Fairburn y Harrison, 2004)

Los TCA suelen definirse como uno de los trastornos más complejos de comprender referente a la manera en que se manifiesta y origina, hoy en día no hay un consenso sobre los factores o posibles causales para que se desarrolle un trastorno de conducta alimentaria, aunque la investigación clínica supone que los aspectos culturales y psicológicos influyen en la aparición del mismo, en muchos casos se observan modelos que condicionan la autoestima al peso y forma del cuerpo. (Berengui, Castejón y Torregrosa, 2016).

La conducta purgante disminuye la ansiedad que resulta de los atracones. Pero tiene consecuencias en cuanto a la disminución de nutrientes al cuerpo y puede reducir el metabolismo de base (Bennett, Williamson y Powers, 1989). Con el tiempo se desarrolla un círculo vicioso o un patrón cíclico de restricción de la comida, atracones y conductas purgantes, y la terapia de conducta cognitiva está diseñada para romper este ciclo de comportamientos.

Debido a la existencia de una perturbación de la imagen corporal, se da como consecuencia el comportamiento alimentario perturbado. Rosen (1992) planteó la hipótesis de que la anorexia y la bulimia nerviosas son manifestaciones de un trastorno de la imagen corporal general similar a lo que sería el trastorno dismórfico corporal . Esta distorsión de la imagen corporal puede mantenerse por los pensamientos constantes y recurrentes de la creencia de que la figura corporal propia no es atractiva y es juzgada constantemente. A raíz de esa manera de ver las cosas surgen cambios en la conducta, tales como evitar usar ropa corta o apretada, evitar las reuniones sociales o socialización y la evitación de la intimidad sexual, las cuales vienen de los esfuerzos por disminuir la incomodidad corporal. A partir de estos planteamientos cognitivo-conductuales, se dan una serie de técnicas de tratamiento. Estos enfoques se resumen seguidamente,

describiéndose por separado las técnicas conductuales y las cognitivas, considerando que la TCC han combinado una serie de estas técnicas conductuales y cognitivas.

El primero de los tratamientos cognitivo-conductuales protocolizado y específico para los TCA que dió resultados positivos fue el propuesto por C. Fairburn (1985) para la BN en los años 80. Esta intervención cognitivo-conductual para la Bulimia Nerviosa (TCC-BN) se basó en disminuir los atracones, las conductas compensatorias y el hacer dietas extremas, transformando las actitudes hacia el peso y la figura; además de combatir la depresión, la baja autoestima y promover las habilidades sociales.

La terapia cognitivo-conductual para la Bulimia Nerviosa indica que el componente principal que mantiene el trastorno es la distorsión de la autoevaluación del sujeto: mientras que el promedio de las personas se evalúan a sí mismas según la percepción que tienen de sus logros y desenvolvimiento en diferentes áreas de sus vidas (p.ej. el trabajo, la familia, los intereses personales, relaciones sociales, etc.), las personas con TCA consideran su valor, incluso de forma exclusiva, en relación a su figura y peso corporal. Se presenta una sobrevaloración de la importancia de la figura y del peso, lo que Fairburn, Cooper y Shafran (2003) denominan el “núcleo psicopatológico”.

A partir de éste núcleo se derivan el resto de características clínicas de los trastornos TCA: la dieta estricta y los comportamientos dirigidos a controlar el peso, la evitación, los rituales de comprobación, y la preocupación por pensamientos sobre la comida, la figura y el peso. 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. Es por ello que 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), considerando también que el comer es un placer.

Cuando las personas con BN no logran cumplir con las dietas estrictas a las que se someten, ello les genera ansiedad a través de episodios de atracones, considerada como falta de control en la ingesta de alimentos. Y sienten que están perdiendo el control sobre su peso y su figura corporal, ello genera que se haga un círculo vicioso que tiende a automantenerse (ver Figura 1).

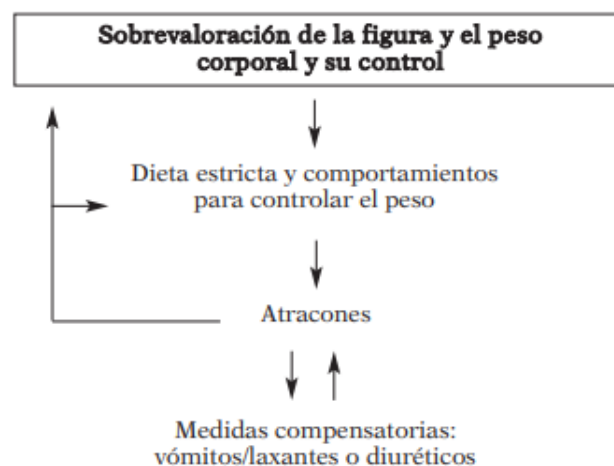


Figura 1. *Modelo cognitivo-conductual del mantenimiento de la BN de Fairburn*

Luego llegan las tácticas compensatorias (vómitos autoinducidos y uso de medicamentos laxantes y diuréticos) favorecen el mantenimiento de los atracones; los pacientes con BN tienen atracones cuando saben que podrán utilizar algún tipo de purga y si no llegan a purgarse pueden desatar una crisis. La terapia cognitivo conductual para

la bulimia nerviosa es altamente beneficiosa, los pacientes muestran una menor preocupación por su imagen corporal y peso, mejorando psicossocialmente y también que esta mejoría se mantiene a largo plazo. (Lewandowski, Gebing, Anthony & O'Brien, 1997)

El tratamiento no se centró principalmente en los atracones, sino que abarcó una respuesta más amplia y duradera al enfocar la terapia en la dieta estricta, las medidas compensatorias y sobretodo, en el núcleo psicopatológico: la idea sobrevalorada sobre la figura, el peso y su control. Se trata de un tratamiento diseñado para unas 21 sesiones, distribuidas en tres etapas con aproximadamente cinco meses de duración.

Los módulos se trabajaron de la siguiente manera:

- Módulo 1 :Normalización del Comportamiento Alimentario
- Módulo 2 :Reestructuración Cognitiva
- Módulo3 :Adquisición de Recursos y Habilidades Básicas de Afrontamiento
- Módulo 4 :Eliminación de Distorsión de la Imagen Corporal
- Módulo 5 :Preparación para el Alta y Prevención de Recaídas

Investigaciones en intervención cognitiva conductual en los trastornos de conducta alimentaria

Respecto a la BN, se observa a nivel mundial una fuerte prevalencia y creciente incidencia en edades cada vez más tempranas, es por ello que es importante investigar el impacto de la TCC en dicho trastorno (Tabárez, 2016).

En cuanto a los hallazgos de la investigación con respecto a la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa nos dice que ha logrado un grado de recuperación de entre 40 y 50%. (Waller, 2010)

La duración del tratamiento para estos estudios oscila entre 6 sesiones hasta las 19 sesiones, en un promedio de cuatro meses, teniendo un promedio de 15 sesiones de terapia en 12 semanas; 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)

En la investigación realizada por Garayo (2018) titulada “La efectividad de una Intervención Cognitivo Conductual en bulimia nerviosa” se realizó una TCC a una paciente de 25 años con un trastorno del comportamiento alimentario, diagnosticada con Bulimia Nerviosa. Fue un diseño de caso único y se tomaron las medidas pre y post, haciendo uso de los cuestionarios de patología alimentaria como EDE-Q y BITE, de bienestar emocional como el BDI-II, el STAI y el DERS. Las metas del tratamiento fueron incorporar un patrón de cinco comidas diarias, reducir las conductas compensatorias, así como los atracones y mejorar el autoestima. Dicha intervención se realizó durante 20 sesiones. En cuánto a los resultados se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo e la evolución de la paciente, se puede concluir que el tratamiento fue eficaz, logrando cumplir con los objetivos antes propuestos.

En el estudio de Alonso del Río (2020) titulado “La intervención cognitivo conductual en TCA. Una revisión sistemática de su efectividad basada en la evidencia”, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática que incluya la evidencia científica respecto a las TCC aplicadas a los TCA, así como valorar la eficacia a medio-largo plazo de las TCC en la mejora de la sintomatología. Se hizo una búsqueda en Pubmed de artículos que fueran ensayos clínicos con pacientes con AN, BN o TPA y en los que se aplicara una TCC. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la revisión final incluyó un total de 15 artículos científicos (ensayos clínicos). Se puede afirmar, la TCC resultó ser eficaz en la mejora de la patología alimentaria y la comorbilidad psiquiátrica a medio-largo plazo. Los nuevos protocolos de atención online ofrecen resultados más débiles que las terapias presenciales, pero se muestran como buenas opciones para los pacientes que no pueden acceder a la TCC presencial tradicional.

De La Vega y Gómez (2012) investigaron la eficacia de la intervención cognitivo conductual con apoyo nutricional en 30 mujeres jóvenes con conductas alimentarias de riesgo, dieta restrictiva y distorsiones de la imagen corporal, esta intervención se dio durante quince sesiones, trabajadas en cuatro fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas. Obtuvieron como resultado cambios estadísticamente significativos en la evaluación pre intervención, post intervención y en la evaluación de seguimiento de tres y seis meses, concluyendo con la eficacia del tratamiento.

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)

Hjort-Colunga, A. I., De la Vega-Morales, R. I., & Barriguete-Meléndez, J. A. (2018) en el estudio titulado “Eficacia de un tratamiento interdisciplinario en pacientes con bulimia nerviosa y alexitimia de una clínica privada de la Ciudad de México”, tiene como objetivo evaluar su eficacia mediante parámetros nutricionales y psicológicos. En cuanto a los parámetros nutricionales que se evaluaron fueron indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos. A su vez se evaluó los niveles de alexitimia, ansiedad y depresión. Las mediciones se realizaron antes, durante y después del tratamiento con una duración de ocho meses; la muestra fué una paciente con diagnóstico de BN “leve” y alexitimia. Los resultados indican que la paciente tuvo cambios en la interrupción de atracones y conductas compensatorias inapropiadas, los parámetros psicológicos de alexitimia y depresión mostraron una disminución mayor al 20%. Concluyendo que el tratamiento interdisciplinario mostró ser efectivo en la eliminación de los principales síntomas del trastorno. Sin embargo, es importante evaluar dicha efectividad en pacientes con un diagnóstico de BN “severo”, así como hacer seguimientos a corto y largo plazo para analizar si dichos cambios se mantienen.

Técnicas de Intervención

Técnicas Conductuales

La planificación de las comidas

Para formar hábitos alimenticios saludables, es esencial enseñarle al paciente a planificar comidas equilibradas (Wilson y Fairburn, 1993). Para empezar es recomendable que un licenciado en nutrición se encargue de elaborar el plan de comidas para resaltar la importancia de hacer tres comidas nutritivas, así como de monitorear la ingesta de estas comidas (Selby, 2018). Ello se consideró dentro de la intervención planteada.

El educar al paciente sobre la alimentación y la planificación del mismo, puede modificar sus suposiciones erróneas sobre la comida y la ganancia de peso.

Durante la terapia, el paciente se alimenta y al haber terminado de comer, se registra el porcentaje de cada alimento que se ha consumido, anotando observaciones y firmando sus registros, para que así el paciente pueda llevar a cabo autoregistros. Otro objetivo relacionado con la planificación de las comidas es la ayuda en variar los alimentos consumidos por el paciente con bulimia; considerando que los individuos con un trastorno de la alimentación a menudo comen con un estilo rígido, como un ritual. Frecuentemente ingieren casi los mismos alimentos en cada comida y evitan ciertos alimentos, considerados prohibidos, a menos que intenten purgarse después de comer (Williamson, 1990).

Durante la planificación de las comidas, se introduce sistemáticamente en la dieta del paciente los alimentos prohibidos, empezando con los alimentos menos temidos y progresando a lo largo de la terapia hasta los alimentos más temidos. Se

puede desarrollar una jerarquía de alimentos prohibidos utilizando el formato mostrado en la actividad N° 2. Esta jerarquía se prepara consultando con el paciente. Las comidas que producen sólo pequeñas cantidades de ansiedad y temor de ganar peso se deben consumir durante las primeras fases del tratamiento. Los alimentos más temidos se introducen gradualmente en las fases posteriores de la intervención, muy similar a una desensibilización sistemática.

Modificación de la conducta de comer

Para modificar las conductas desadaptativas de comer, insistimos en la importancia de hacer tres comidas al día, a la misma hora y en el mismo lugar, lo que busca ello es reducir los atracones, ya que disminuye el que se dé un agotamiento de la energía y hambre, (producidos por hacer dieta y por saltarse las comidas), ya no habrá un apetito voraz.

Para el control de los atracones incluyen enseñar al paciente a comer más lentamente, echarse porciones más pequeñas, dejar comida en el plato y botar lo que sobra; así como la elección de alimentos y las prácticas de compra, tal como adquirir comida cuando se tiene hambre. Los compromisos durante la terapia pueden fomentar la adherencia a los planes de comida y especificar, objetivos conductuales sobre el comportamiento de comer.

Tabla 4
Alimentación Saludable

Principios básicos del comportamiento alimenticio saludable

1. Hacer tres comidas al día
2. No saltarse las comidas
3. Comer con base en un horario coherente
4. Nunca comer “a la carrera”
5. Comer siempre sentado/a
6. Comer lentamente
7. Servirse porciones que vayan de moderadas a pequeñas
8. No comprar comida cuando se tiene hambre
9. No utilizar los cambios en el peso para evaluar la imagen corporal
10. Establecer objetivos conductuales y adherirse a ellos

La exposición con prevención de la respuesta

Este procedimiento empieza con el compromiso entre terapeuta y paciente, utilizando el formato que contiene los alimentos prohibidos, representado en la Actividad N° 2, se construye una jerarquía de alimentos que provocan temor y ansiedad. Los alimentos temidos son usualmente altos en carbohidratos y grasas, y son dichos alimentos, los que son ingeridos durante los atracones y luego, generalmente, viene el vómito.

Se expone al paciente a los alimentos de una forma jerárquica, de menor a mayor ansiedad o miedo. En presencia de un terapeuta, se evita que el paciente se purgue y se le anima a que se relaje y que verbalice pensamientos y sentimientos asociados con comer alimentos que teme.

A través de ello, se logra modificar los métodos inapropiados para afrontar la distorsión de la imagen corporal y las sensaciones fisiológicas de llenura. Los pacientes aprenden también a atribuir la ansiedad a cogniciones erróneas en vez de a la comida,

con ello se anima según el progreso de las terapias al paciente para que continúe con la exposición a los alimentos que teme, sin la presencia del terapeuta, como tarea para casa, considerando que la exposición con prevención de la respuesta se contempla como un procedimiento de extinción (Rosen y Leitenberg, 1982). Los vómitos se consideran como una respuesta de escape ante el miedo y la ansiedad de ganar peso.

Exposición a la tentación con prevención de la respuesta

El objetivo de esta técnica es eliminar comportamientos purgantes y modificar los atracones (Schludt y Johnson, 1990). Para empezar se debería desarrollar una jerarquía de estímulos que provoquen los atracones, los estímulos provocadores pueden incluir señales afectivas, cognitivas, ambientales y emocionales, estos estímulos antecedentes de los atracones los presenta el terapeuta utilizando la exposición en vivo. Se evita el atracón y se le pide al paciente que hable de los pensamientos y los sentimientos relativos al deseo voraz hacia la comida y se le instruye para que evalúe la fuerza de los impulsos a atracarse. Más adelante, durante el tratamiento, se enseña al paciente a que lleve a cabo el procedimiento sin la ayuda del terapeuta. Además, se mejora la resistencia a la tentación enseñando a los pacientes a que realicen conductas incompatibles en presencia de estímulos ambientales inevitables. Por ejemplo, si el paciente normalmente se da un atracón mientras ve la televisión, el terapeuta puede recomendar que llame a un/a amigo/a, que tome una ducha o que dé un paseo, en vez de ver la televisión, cuando se produce un impulso de deseo voraz de comida. (Johnson et al., 1987)

Entrenamiento en Relajación

La relajación es la técnica más importante dentro del modelo conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Clark y Beck (2012), recomiendan emplear la técnica de relajación como intervención complementaria en la medida que el estado de ansiedad de la persona se encuentra en un nivel alto, así como en situaciones donde es difícil tolerar la ansiedad e incluso una ansiedad de intensidad leve.

Se debe hacer el uso de la relajación con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad y en tal sentido conseguir que el individuo pueda participar de las exposiciones o comprobación de hipótesis basadas en cambiar las creencias sesgadas y la percepción de ganancia de peso.

Procedimientos Cognitivos

La modificación de los pensamientos y las creencias irracionales relativas al peso e imagen corporal, a la nutrición; todo ello a través de la reestructuración cognitiva constituyen un componente crucial para el tratamiento de los TCA.

Introducción y educación

En esta etapa, se da la presentación del modelo cognitivo y la psicoeducación del paciente sobre el trastorno y sobre los objetivos de la terapia.

Reestructuración cognitiva

Aquí tiene como modelo la terapia cognitiva de Beck (1976) para la depresión, la segunda etapa se centra en el cambio cognitivo. El terapeuta explica al paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, se enseña al paciente a vigilar y registrar los pensamientos y creencias irracionales relativos a la comida, la ganancia de peso y la imagen. El terapeuta da respuestas racionales como sustitutas del pensamiento disfuncional del paciente, animándolo a que utilice esas respuestas, así logrando la modificación de las distorsiones cognitivas. (Wilson y Fairburn, 1993)

Por medio de este proceso, el paciente aprende a reconocer los pensamientos distorsionados, error de pensamiento y los enfrenta.

Prevención de las recaídas

Las estrategias de prevención de las recaídas se dan en la tercera etapa, utilizando una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para asegurarse que se mantienen las ganancias del tratamiento. Por ejemplo, se puede utilizar la exposición con prevención de la respuesta para fortalecer reacciones conductuales y cognitivas saludables hacia la comida. (Wilson y Fairburn, 1993)

2.5 La Ética en la Intervención Psicoterapéutica

- Se le explicó a la paciente acerca de los procedimientos a realizar durante el proceso psicoterapéutico.
- La paciente tiene conocimiento que su caso clínico, formará parte de un trabajo académico de especialidad (consentimiento informado).

Capítulo II

Marco Metodológico

Lugar de Estudio

Práctica privada en el Consultorio Psicológico “Milagritos de Vida”.

Técnicas e Instrumentos seleccionados para la recolección de datos

Se aplicaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- Entrevista
- Observación
- Test Psicológicos
 - Matrices Progresivas Raven General
 - Test de Inventario de Personalidad de Eysenck,
 - Inventario de Preferencias Personales de Edwards
 - Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-2
 - Cuestionario de habilidades sociales (HHSS)
 - Cuestionario sobre la silueta corporal “Body Shape Questionnaire, BSQ” de Cooper y otros (1987),
 - Inventario de Depresión de Beck
- Formulario de identificación de los errores del pensamiento ansioso (Clark y Beck, 2010)

Caso Clínico-Psicológico

Datos personales

Estrella es una adolescente de 19 años, natural y procedente de Arequipa, actualmente no se encuentra estudiando, ni trabajando, es la hija menor, tiene un hermano, vive con su madre y padre.

Motivo de consulta

Paciente que asiste a Consulta Psicológica, debido a problemas emocionales, la madre refiere que le encontró vómitos en bolsas y que la descubrió vomitando porque dice estar gorda.

Historia del problema, análisis y evolución

La paciente vive con sus padres, su hermano mayor vive con su esposa en otra casa, sus padres trabajan en el Mercado Avelino Cáceres vendiendo pescado, Estrella refiere que a los 6 años sufrió de tocamientos indebidos de parte de un trabajador del mercado. Durante el colegio en la secundaria ha sido muy aplicada, ocupando siempre los tres primeros puestos, a partir de la secundaria escuchó comentarios de sus compañeras que le decían “estás gorda, tienes que bajar de peso”, refiere que ello hizo que se aleje del grupo y que sólo tenga una amiga.

Estrella empezó a hacer dietas debido a los comentarios de sus compañeras, se restringía los alimentos, habían días que sólo comía una manzana o cualquier fruta. Cuando tenía 15 años se cortaba las muñecas, refiriendo que le gustaba sentir dolor, la paciente refiere que cuando tiene mucha ansiedad, come todo lo que encuentra a su

paso, pero luego se siente culpable porque engordará y vomita, guardando sus vómitos en bolsas y cuando su madre encuentra las bolsas con vómitos, ella sólo llora.

Presenta ideaciones suicidas, estas iniciaron cuando tenía 15 años, debido a sus recuerdos de los tocamientos indebidos, un día se sintió muy triste, porque se sentía gorda y decidió tomar laxantes para bajar de peso, tomó más de 20 pastillas ocasionándole una intoxicación, pero los padres nunca supieron que fue a causa de la ingesta de laxantes, pensaron que fue por algo que ingirió.

Historia del desarrollo de la persona

Etapa Pre- Natal

La madre queda embarazada a los 33 años de edad, el padre tenía 34 años en ese momento. El embarazo fue planificado, la madre intentó quedar embarazada durante 4 años, la madre refiere que durante el desarrollo de la gestación se encontraba emocionalmente tranquila, pese a ello presentó en dos ocasiones amenazas de aborto, recuerda que los primeros meses fueron difíciles por su salud, pero que luego todo se hizo más llevadero, incluso pudiendo trabajar junto a su esposo. Tuvo una gestación de 36 semanas.

Etapa Natal

La madre refiere que Estrella nació por parto natural a las 36 semanas de gestación, no tuvo complicaciones, al ser la hija menor y la única mujer, fue aceptada y engreída en el hogar.

Etapa Post Natal

La madre refiere que Estrella tuvo lactancia materna exclusiva durante 9 meses, luego no tuvieron complicaciones en la alimentación, incluso indica “Estrella siempre fue de buen diente”. En cuánto al desarrollo psicomotor cumplía con lo establecido según su edad. El lenguaje estructurado y con buen ritmo a los dos años.

Etapa Pre-escolar

Estrella asistió al nivel inicial cuando tuvo 4 años, presentó dificultad para adaptarse, era la madre quién la llevaba al jardín, y para ayudarla a adaptarse recuerda haberla acompañado en clases durante 1 semana, pese a ello su nivel de aprestamiento fue el adecuado.

Etapa Escolar

A los 6 años ingresó a la primaria en una nueva institución educativa, aprendió a leer y a escribir en ese año, era una niña muy obediente, responsable, ocupaba el primer puesto en su salón. Tenía pocos amigos, pero ello no era ninguna complicación para ella; cuando algún niño o niña la fastidiaba le contaba a su mamá, pero no se defendía. Estuvo toda la primaria en el mismo colegio, en sexto grado le decían “gorda”, ella se sentía mal, pero ya no se lo decía a su madre; ahí es que empieza su cambio de conducta a la hora de los alimentos, la madre refiere que Estrella comía poco y como sus padres se iban a trabajar todo el día no se percataban si almorzaba o no.

En la secundaria fue cambiada a una institución educativa de puras mujeres, ella ya se encontraba susceptible a los comentarios de sus compañeras, volviendo a escuchar comentarios (p. ej. cuando iban a hacer un baile, indicaban no poder cargarla a ella),

inició restringiéndose los alimentos y es en segundo de secundaria que experimenta el primer atracón y los vómitos, cambios en su estado de ánimo, tristeza y una obsesión con su silueta corporal y su peso.

Desarrollo y Función Sexual

Estrella refiere que percibió la diferencias de sexo a los 3 años, en el colegio recibió orientación sobre sexualidad, sus padres no le han hablado sobre ese tema.

Ella acompañaba a sus padres a su lugar de trabajo (mercado) desde muy pequeña, a los 6 años refiere haber sufrido de tocamientos indebidos de manera recurrente durante 3 meses aproximadamente, no recuerda el tiempo con exactitud; estos tocamientos fueron por un estibador del mercado, mientras sus padres trabajaban, siempre lo hacía cuando ella iba a jugar por la sección de los tubérculos, refiere que le tocaba el trasero y la vagina por encima de la ropa, indica que le tenía mucho miedo y mostraba rechazo a ir al mercado.

Ella refiere nunca habérselo dicho a sus padres porque el estibador la tenía amenazada con hacerle algo a ella y a sus padres, esta situación se detuvo cuando Estrella a mucha insistencia se quedaba en casa con su hermano (quien se quedaba haciendo sus tareas del instituto), ya cuando volvió a ir al lugar de trabajo de sus padres Estrella tenía 12 años y no volvió a ver al estibador, ella supone que ya no trabajaba ahí. En la actualidad refiere no haber tenido relaciones sexuales.

La situación de los tocamientos indebidos afecto la percepción de Estrella, ya que ella refiere “Me tocaron porque estaba gorda y más desarrollada a comparación de

las demás niñas”, ha presentado atracción por el sexo opuesto, pero nunca ha salido con ningún chico, tampoco ha tenido enamorado.

Historia de Recreación y de Vida

La paciente refiere no tener amigos, ella tuvo una mejor amiga en su salón a la que le contó que vomitaba para bajar de peso, dicha amiga lo contó a otros compañeros del salón, llegando ello a oídos de Estrella, desde ahí dice que nunca más confiará en nadie y que los amigos no existen.

La madre refiere que Estrella no sale “ni a la esquina” y que no le gusta asistir a reuniones sociales, ni familiares (en alguna ocasión le hicieron un comentario sobre su peso).

Hábitos e Influencias Nocivos y Tóxicas

Durante dos años ha presentado cambios de humor constantes, irritabilidad, llanto con frecuencia, ansiedad por comer, falta de energía, fatiga, estado de ánimo disminuido, episodios recurrentes de atracones seguidos de vómitos autoprovocados, ingesta de laxantes, consumo de cigarrillos, pensamientos suicidas y conductas autolesivas.

La frecuencia en la que se han dado estos hábitos nocivos han ido en aumento, durante la semana suele tener de 2 a 3 episodios de atracones y vómitos autoprovocados; en cuanto al consumo de laxantes suele ser 1 vez por semana, el consumo de cigarrillos usualmente cuando se siente muy ansiosa (cada 15 días) y los pensamientos suicidas cuando tiene dificultades, le dicen algún comentario o discusiones con sus padres.

Enfermedades y Accidentes

A la edad de 15 años le diagnosticaron gastritis y la docente de tutoría de cuarto año de secundaria le recomendó a sus padres llevarla al psicólogo. No refiere accidentes.

Personalidad Premórbida

La adolescente, era introvertida, en la actualidad se muestra temerosa, poco sociable con sus pares, con tendencia al aislamiento, evitativa, con poca tolerancia a la frustración. A su vez; la madre la describe como tranquila (porque no sale de casa), pero la nota triste, por momentos irritable y muy susceptible al hablar de su contextura, peso o alimentos, incluso mostrando una conducta obsesiva con las calorías de los alimentos.

Antecedentes Familiares

Composición y Dinámica Familiar

La paciente proviene de una familia nuclear, vive con su madre Hermelinda (51 años) y su padre Isaac (52 años), tiene un hermano mayor (32 años) que está casado y vive con su esposa e hija en otra casa.

Los padres de Estrella venden pescado en el Mercado del Avelino, tienen dos puestos; ellos salen a trabajar de martes a domingo a las 3:00hrs y retornan a casa a las 16:00hrs, en ese lapso de tiempo Estrella se encuentra sola en casa, muy rara vez los acompaña al trabajo, usualmente cuando necesitan un apoyo. Estrella desayuna y almuerza sola, al no tener supervisión en la hora de los alimentos a veces simplemente no come en todo el día o sufre de atracones y se provoca el vómito.

A su madre la describe como una mujer trabajadora y de carácter fuerte, pero también ausente en casa; su padre considera que a Estrella le hicieron brujería y no cree en los psicólogos, ni en los tratamientos psicológicos, en alguna oportunidad la ha obligado a comer y ello llevó a la paciente a los 15 años a autolesionarse las muñecas y los tobillos.

El hermano mayor de Estrella trabaja en la mina y tiene su propia familia, ella refiere tener comunicación vía telefónica y que no son tan cercanos por la diferencia de edad.

Carácter de la Madre

La madre nació en Moquegua, tiene 51 años, siempre ha trabajado, refiere que sus padres murieron en un accidente cuando ella tenía 8 años, es la hermana mayor de cuatro hermanos, e indica que ella se hizo cargo de sus hermanitos cuando sus padres fallecieron y en el transcurso la apoyaron sus tíos. Tiene el carácter fuerte, ya que dice que desde niña le tocó hacerse fuerte.

Carácter del Padre

El padre es natural de Puno, tiene 52 años, él creció en un albergue, nunca supo quiénes eran sus padres, al salir del albergue refiere que trabajó cargando bultos para ganarse el día a día; el refiere ser de un carácter débil, no tuvo figuras paternas y que siempre ha trabajado. Acepta ser un padre ausente, ya que trabaja junto a su esposa de sol a sol.

Crianza

Los padres de Estrella han tenido un estilo de crianza permisivo con ella, dicen que ellos sufrieron mucho de niños y tuvieron carencias; sólo le hablan, pero no han aplicado castigo, ya que Estrella siempre ha sido dócil, ya a partir de los 15 años recién empezó a mostrarse diferente, irritable y rebelde. También cabe indicar que sus padres siempre han trabajado durante todo el día, desde que Estrella tuvo uso de razón, es por ello que se quedaba al cuidado de su hermano.

Relación con sus padres

Con su madre :Estrella refiere tener mucha confianza con ella, y que en algún momento le comentó que se sentía gorda y su madre no reaccionó bien, minimizando sus emociones e incluso llamándole la atención, es por ello que cuando empezó a provocarse los vómitos se lo oculta a su madre, al transcurrir el tiempo su madre descubre los vómitos guardados en bolsas en su ropero, le llama la atención, se altera y decide buscar ayuda psicológica.

Con su padre : Estrella refiere no tener confianza con su padre e indica que él no la comprende, que la juzga todo el tiempo y que la obliga a comer, esta situación desató una crisis en ella, ocasionando cortes en las muñecas y en los tobillos; debido a esta última situación su padre ya no le dice nada; ella refiere “Yo pienso que mi papá está decepcionado de mi, que prefiere a mi hermano y la verdad ya ni me importa, lo único que me molesta es que por mi culpa, mis papás discuten”.

Reacción de los padres ante el trastorno de conducta alimentaria

Madre : Ella comprende a Estrella, incluso refiere querer ayudarla, aunque por momentos se pregunta “Si a ella le dimos todo, ¿Por qué tiene que estar

mal?”. También acepta que es una madre ausente, ya que le toca madrugar y trabajar de sol a sol, para que no falte nada en el hogar.

Padre : En relación a la situación de Estrella indica “Para mi es brujería, la tierra la agarró por eso está así”; cabe mencionar que por insistencia del padre la han llevado a curanderos, le pasaron el cuy, no mostrando ninguna mejoría, a ello refiere “Es que le tienen que seguir curando”, él no cree en las enfermedades mentales y tampoco en los psicólogos, este último tema ocasionó enfrentamientos entre ambos padres.

Relación con su hermano

Estrella nació cuando su hermano tenía 13 años, ella al ingresar al colegio recuerda que su hermano estudiaba en un Instituto Topografía, él siempre se ha mostrado protector con ella, pese a ello y por la diferencia de edad la relación entre ellos no ha sido muy cercana, ya que cada uno se encontraba en diferentes etapas.

Su hermano al culminar su carrera técnica se fue a trabajar a la mina con un régimen de 21 días por 7 días de descanso. Estrella recuerda que los días de descanso su mamá lo engreía haciéndole de comer lo que a él le gustaba, él en ese entonces ya tenía enamorada la que actualmente es su esposa. Años más tarde se casaron y tuvieron a una niña.

La paciente refiere que sus padres le comentaron a su hermano sobre lo que le ocurría, acerca de las conductas que estaba teniendo, esta situación alteró a Estrella y cuando su hermano fue a conversar con ella sobre el tema, ella le dijo “No te metas, no eres mi papá”, lo cual llevó a un altercado, desde ese día Estrella se comunica con él, pero no tocan el tema.

Expectativas de la paciente frente al tratamiento

Estrella indica que necesita ayuda, que se siente muy mal y se encuentra con la disposición de colaborar en el proceso terapéutico, sus expectativas son seguir el tratamiento para sentirse mejor, así mismo aceptó el compromiso de asistir a todas las sesiones planteadas.

Antecedentes Patológicos

No refiere.

Evaluación conceptualizada de la persona y sus problemas

Cabe mencionar que la evaluación y tratamiento de la Bulimia Nerviosa es multidisciplinario, considerándose una evaluación médica, nutricional y odontológica.

Evaluación Médica

En la evaluación médica la diagnosticaron con gastritis, bulimia nerviosa, delgadez, descartó posibles alteraciones electrolíticas, así como el descarte de Mallory Weiss. La paciente llevó a cabo un tratamiento para combatir la gastritis.

Evaluación Nutricional

En la evaluación Nutricional se evidenció que la paciente presenta (Talla 1.59 y Peso 46kg) teniendo un índice de masa corporal de 18.19, que la califica como delgadez, pero cabe señalar que la paciente un año atrás pesaba 62 kg; es por ello que se utiliza otro indicador en el porcentaje de cambio de peso, que sería de un 25.80,

pudiendo afirmar que presenta desnutrición moderada a severa. Llevará un plan nutricional enfocado a superar dicho cuadro.

Evaluación Odontológica

En la evaluación odontológica realizada la encontraron como una paciente con lesión cariosa en cuatro piezas, con facetas de desgaste leves compatible con erosiones dentarias en el sector antero-superior en las caras palatinas, así como sensibilidad dentinaria y ruidos articulares a la apertura y cierre sin desviación mandibular (anexo N° 2).

Exploración Física

Tabla 5
Medidas Antropométricas

	Antes de la Bulimia	Durante la Bulimia	% de cambio de peso (1ª)
Peso	62kg	46kg	16kg
Altura	1.59	1.59	1.59
IMC	24.8	18.19	25.80
Interpretación	Sobrepeso	Delgadez	Desnutrición moderada a severa

Evaluación clínica conductual

El motivo principal de la paciente por lo que acude a consulta psicológica es porque su madre descubrió que vomita, la ha notado por momentos muy irritable y llorosa, estas situaciones han ido empeorando en el último mes, ya que sus padres al exigirle

comer y no dejarla ir al baño, ni a su habitación a vomitar desencadenó que se corte las muñecas y tenga una crisis nerviosa, la cual ha alterado a toda la familia. Estrella presenta numerosas conductas problema sobre todo al momento de alimentarse, así como ideas irracionales, inestabilidad emocional e inseguridades. Las cuales se detallan a continuación:

- Irritabilidad (ej. refiere que todo le incomoda, que se siente fea, que odia como se ve, no soporta verse frente a un espejo)
- Oposicional (ej. refiere que todo lo que le dicen sus padres es para que ella engorde)
- Difícil de manejar en casa (ej. no puede tolerar ningún comentario referente a la manera en la que se alimenta)
- Falta de energía y fatiga (ej. Quiere estar durmiendo todo el día, refiere que se siente muy cansada)
- Perdida de sueño (ej. A la hora de dormir no puede, su sueño está alterado)
- Dolores de cabeza (ej. Cuando sus padres le dicen algún comentario)
- Conflictos con sus pares (ej. Refiere que no tiene amigos, que nadie es confiable)
- Disminuyó su rendimiento académico (ej. Desde que inició con este problema, bajó su rendimiento académico y actualmente no tiene deseos de estudiar)
- Cometió un gesto suicida cortándose superficialmente la muñeca con una hoja de afeitar y la misma conducta en los tobillos (ej. Ello se dio cuando sus padres le exigieron comer)
- Se siente crecientemente deprimida (ej. sin ánimos de hacer nada)
- Pérdida progresiva de interés en sus actividades normales.
- Sentimiento de inseguridad.

- Falta de aprecio por sí misma.
- Siente que el mundo se le viene abajo.
- Pensamientos suicidas.
- Necesita ayuda para sentirse bien.
- Preocupación por su apariencia física.
- Preocupación de hacer algo mal.

Análisis Funcional Conductual

Identificación de las áreas problemas

“Atracones” como respuesta a la ansiedad por comer.

“Conductas purgativas” como respuesta al miedo intenso de subir de peso.

Operacionalización de las áreas problemas

Fisiológico : Dolor de cabeza, opresión en el pecho, dificultad para respirar, sensación de ahogo y sensación de vómito.

Emocional : Desesperación, miedo, ansiedad, tristeza, desánimo.

Cognitivo : Pensamientos recurrentes negativos sobre su figura corporal, su persona y desempeño, “estoy gorda”, todo lo hago mal”, “me veo mal”, “todas son más bonitas que yo”.

Motor : no mirar a los ojos, llanto, evitación de situaciones sociales, atracones, vómitos autoprovocados, restringirse alimentos.

Variables Moduladoras (ambientales)

Adolescencia, Introversión, baja autoestima, inestabilidad emocional, pensamientos negativos centrales, tocamientos indebidos en la niñez, no tiene amigos, desconfianza, cambio de colegio.

Variables protectoras:

Familia como soporte principal, motivación para estudiar una carrera profesional, fortalezas personales (responsable)

Hipótesis de Mantenimiento

Respuestas Condicionadas

- Irritabilidad, falta de energía y fatiga, dolores de cabeza, conflictos con sus pares, disminuyó su rendimiento académico, se corta superficialmente la muñeca con una hoja de afeitar y la misma conducta en los tobillos.
- Tristeza, pérdida progresiva de interés en sus actividades, baja autoestima.
- Pensamientos suicidas, necesita ayuda para sentirse bien, soledad, preocupación por su apariencia física y por equivocarse.
- Preocupación excesiva por su silueta corporal y peso.

Respuestas Operantes

- Atracón y conductas purgativas : Ansiedad por comer desmedidamente, vómitos auto provocados.

Antecedentes de las Respuestas Condicionadas y Establecer Cadenas E-R

La “bulimia” se operativiza en irritabilidad, falta de energía, preocupación excesiva por su silueta corporal y peso, dolores de cabeza, disminución del rendimiento académico, vómitos autoprovocados; la cual es una respuesta ante determinados estímulos, por lo que es una RC, y por lo tanto se explica desde el condicionamiento clásico.

Comprendemos que la bulimia nerviosa se produce como consecuencia de sus pensamientos negativos recurrentes: “estoy gorda”, “me veo muy mal”, “todas son más bonitas que yo”, “quiero ser delgada”.

EC.....RC

Pensamientos recurrentes en cuánto a silueta corporal y peso.....”Bulimia”

Estos pensamientos son la respuesta ante la obsesión por el control de peso.

EC.....RC

Obsesión por el control de peso.

.....”Bulimia”

Consecuentes de las Respuestas Operantes

La conducta operante en este caso tiene como finalidad disminuir la ansiedad y el miedo a subir de peso. Para Estrella la conducta purgativa ante situaciones sociales disminuye o alivia su ansiedad.

Tabla 6

Análisis Funcional de la conducta

ANTECEDENTES		TIPOS DE RESPUESTA		CONSECUENTES
	R.F.	R.C.	R.M.	CP
<ul style="list-style-type: none"> • La hora de comer. • Recibir críticas y/o comentarios sobre su contextura. • Que sus padres le exijan comer lo que ellos consideran adecuado. • Entrar a la cocina. • Que haya en casa comida alta en grasas o carbohidratos. • Comer delante de sus padres u otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritable. • Oposicional. • Falta de energía. • Fatiga. • Deseo de dormir todo el tiempo. • Dolores de cabeza. • Conflictos con sus pares. • Disminuyó su rendimiento académico. • Cortarse superficialmente la muñeca y tobillos con una hoja de afeitar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos obsesivos acerca de su imagen corporal y peso (ej. “estoy gorda”) • Pensamientos suicidas. • Necesita ayuda para sentirse bien. • Preocupación por su apariencia física. • Preocupación de hacer algo mal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No mirar a los ojos • Llanto frecuente. • Evitación de situaciones sociales. • Atracones. • Vómitos autoprovocados. • Restringirse alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad. • Disminución del miedo a subir de peso. <p style="text-align: center;">MP/LP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a sus padres. • Rechazo a sus pares. • Bajo rendimiento académico. • Autocrítica constante

Resultados primeros de la fase de evaluación

En la etapa de evaluación, se le aplicó el Test de Matrices Progresivas Raven, escala General, obteniendo una puntuación de 89, que la cataloga como una persona con una Inteligencia promedio.

En el Inventario de Personalidad de Eysenck, dando como resultado en la escala E (Extraversión – Introversión), a una persona con rasgos de introversión; es decir se muestra reservada, tranquila y poco sociable, dependiente, con temor a la separación, observadora, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas; en la escala N (Neuroticismo), con tendencia a la inestabilidad, con pobre control de impulsos y emociones, se ofende con facilidad ante acontecimientos insignificantes, reacciona débilmente; en la escala P (Psicoticismo) con tendencia a la rigidez mental, solitaria, inmadura con cambios bruscos en el estado de ánimo.

En el Inventario de Preferencias Personales de Edwards se observó que la prueba tiene una confiabilidad alta, el área con mayor percentil es el de rendimiento, es decir, hace todo lo que se puede, realiza tareas que requieren habilidad, le gusta resolver tareas difíciles, ser capaz de hacer las cosas mejor que los demás; la segunda área con percentil elevado es el de ser ayudado, que nos indica que le gusta que otros le ayuden cuando está en dificultades, busca ser animada por otros, comprender lo que otros sienten, hacer que otros se preocupen cuando está enferma.

También se le aplicó el Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria EDI-2 obteniendo como diagnóstico Bulimia Nerviosa, obteniendo el siguiente perfil:

Tabla 7

Escala EDI-2

Escalas del EDI-2	Puntaje Bruto	Centil
Obsesión por la delgadez	14	94
Bulimia	21	99
Insatisfacción Corporal	24	86
Ineficacia	7	43
Perfeccionismo	12	89
Desconfianza Interpersonal	11	83
Conciencia Introceptiva	19	89
Miedo a la madurez	7	62
Ascetismo	10	82
Impulsividad	7	62
Inseguridad Social	9	66

En el cuestionario de habilidades sociales (HHSS) obtuvo un puntaje de 89 que se interpreta como la existencia de un déficit en sus habilidades sociales. Las interpretaciones de las áreas evaluadas son asertividad (20), comunicación (24), toma de decisiones (25); todas ellas con interpretación de promedio bajo, excepto el área de autoestima (20) con una interpretación de bajo.

En el cuestionario sobre la silueta corporal “Body Shape Questionnaire, BSQ” de Cooper y otros (1987), se obtiene como puntaje 107; interpretándose en el Factor 1, la insatisfacción corporal altamente influenciada por presiones sociales y el Factor 2, la preocupación por el peso.

En el Inventario de Depresión de Beck obtuvo una puntuación de 28, interpretándose como depresión moderada.

Se le aplicó el formulario de identificación de los errores del pensamiento ansioso (Clark y Beck, 2010) observando que Estrella presenta indicadores de pensamiento dicotómico (pensamiento todo o nada), la catastrofización, visión de túnel, saltar a conclusiones, propensión a la aproximación y razonamiento emocional, obteniendo así sus pensamientos aprensivos inmediatos en situaciones ansiosas o cuando anticipe alguna de estas situaciones.

Impresión Diagnóstica

Paciente de 19 años, su coeficiente intelectual se encuentra dentro del promedio, personalidad con tendencia a la introversión, a la inestabilidad emocional, poco sociable, dependiente, con pobre control de impulsos y emociones, se ofende con facilidad ante acontecimientos insignificantes, con tendencia a la rigidez mental, solitaria, inmadura con cambios bruscos en el estado de ánimo. Sintomatología principal es la preocupación continua por la comida, deseos irresistibles de comer, presentándose atracones, intentando contrarrestar el aumento de peso con vómitos autoprovocados; presenta un miedo exagerado a engordar y se ha fijado un peso ideal muy inferior a su peso sano. La paciente tiene un diagnóstico de Bulimia Nerviosa CIE 10: F50.2 y Depresión Moderada F32.1.

Planificación del tratamiento:

Presentación de las metas u objetivos de tratamiento

- Adquisición de una conciencia de enfermedad.
- Incremento de la motivación para iniciar el tratamiento terapéutico.
- Reducir sus niveles de ansiedad durante la ingesta de alimentos.

- Superar la depresión, mejorando su estado de ánimo en general.
- Eliminar pensamientos obsesivos referentes a su alimentación y peso.
- Identificar las creencias erróneas y pensamientos distorsionados y sustituirlos por modos de interpretación de la realidad más funcionales.
- Eliminar los atracones.
- Eliminar la práctica de conductas purgativas.
- Minimizar el riesgo de aparición de crisis.
- Mejorar la relación con sus familiares (terapia familiar).
- Mejorar el autoestima.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Entrenamiento en relajación.
- Eliminación de la distorsión de la imagen corporal.

Fase Inicial

El objetivo principal de la fase inicial (**Módulo 1**) del tratamiento de Estrella fue la adquisición de una conciencia de enfermedad y aumento de la motivación por su parte, en esta sesión la acompañaron sus padres, a su vez expliqué en qué consiste un TCA, cómo se produce, los fundamentos y objetivos del tratamiento, como terapeuta expresé lo que se esperaba de Estrella durante el tratamiento (asistencia y finalización de tareas terapéuticas) en las siguientes sesiones de la fase inicial se ofreció una correcta información nutricional que eliminaron en gran parte sus creencias irracionales, de la mano del Licenciado en nutrición; así como se realizó el establecimiento de un estudio nutricional apropiado junto con la normalización de las conductas alimentarias. Cabe mencionar que la relación entre terapeuta y paciente estuvo basada en confianza y colaboración mutua. El objetivo principal no fue que

Estrella coma más, sino que obtuvo un Índice de Masa Corporal mínimo aceptable y estable con el tiempo, redujo sus niveles de ansiedad, eliminó los pensamientos obsesivos y la práctica de rituales, minimizó el riesgo de aparición de crisis puntuales, favoreció la desviación de la atención a otras áreas de la paciente no patológicas, imposibilitó la práctica de conductas purgativas/restrictivas (ingesta y consumo de laxantes) y mejoró las relaciones entre paciente y familiares. Cabe señalar que la paciente acepta los diferentes tipos de tratamiento.

Fase Intermedia

En el **módulo 2** se trabajó la identificación de las creencias erróneas y formas de pensar distorsionadas (pensamiento dicotómico, visión catastrófica, minimización de logros, y pensamiento supersticioso) que iniciaron la bulimia nerviosa, sustituyéndolas por modos de interpretación de la realidad más funcionales.

En el **módulo 3** el trabajo psicoterapéutico se enfocó en mejorar el autoestima (percepción de uno mismo, realización y aceptación de la crítica externa y la valoración de las propias potencialidades) ; así como el entrenamiento en habilidades sociales (logrando interacciones sociales y comunicativas placenteras, el trabajo en la resolución de problemas y generación de alternativas); eliminando las distorsiones a la propia imagen corporal y el entrenamiento en relajación para reducir la ansiedad y el estrés.

En el **módulo 4**, el objetivo fué la eliminación de la distorsión de la imagen corporal, haciendo uso de las técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo, lo cuál le generaba mucha ansiedad a Estrella, al trabajar este módulo nos permitió que Estrella perciba sus dimensiones corporales reales, corrigiendo la estimación distorsionada. En este módulo también se trabajó relajación, promoviendo así un

cambio de actitud a la hora de percibir la realidad corporal, sobretodo cuando se percibe frente al espejo; las técnicas psicomotoras ayudaron a conseguir que Estrella adquiriera control sobre sus propias sensaciones y sea capaz de manejar síntomas tales como la tensión muscular y la respiración rápida y entrecortada, logrando que la paciente sea consciente que lo que percibe en el espejo, no es real.

Fase Final

En el **módulo 5**, durante las últimas sesiones, se examinaron las habilidades y estrategias que Estrella ha aprendido durante el curso del tratamiento, se le preparó para el alta, detectando no sólo las recaídas reales, sino también aquellos posibles “tropezones”, que podrían estar amenazando la buena evolución de Estrella; previniendo así las posibles recaídas, se hizo un plan multidisciplinario con el apoyo de la familia, por la mayor proximidad con la paciente. Así mismo se le recordó a Estrella cuáles son las señales indicadoras de recaídas en bulimia nerviosa (preocupante deseo de volver a las dietas, irregularidades menstruales, depresión, fatiga y cansancio, conductas purgativas, alteraciones dermatológicas y palpitaciones).

Protocolo del tratamiento

Tabla 8

Normalización del Comportamiento Alimentario

SESIONES 1, 2, 3 y 4

		OBJETIVOS	TECNICA/HERRAMIENTAS
MÓDULO 1	Toma de conciencia de la enfermedad y establecimiento de la relación terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • La adquisición de una cierta conciencia de enfermedad y aumento de la motivación por parte de la paciente. • Mejorar las relaciones familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de una realimentación segura y escalonada que sea compatible con sus aún existentes temores, así como con una progresiva renutrición (Nutricionista) • Realización de un intenso control mediante el IMC que garantice no alcanzar bajo ningún concepto un estado de sobrepeso (Nutricionista) • Mostrar evidencias sobre su distorsión con respecto a la imagen corporal. (Ver guía de trabajo : Actividades N°3 y 4) • Involucrar desde un primer momento a los familiares en el propio proceso terapéutico, mediante su participación en los grupos de terapia adecuado para ellos • Presentación de los TCA a los padres de Estrella, ¿Qué es un TCA?, ¿Cómo se produce un TCA?, ¿Cómo puedo ayudar yo?
	Educación Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer una correcta información nutricional que elimine todas estas creencias irracionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la importancia y necesidad de mantener un menú equilibrado y saludable, conocer los consumos calóricos del cuerpo humano, explicar las consecuencias negativas de los abusos de sustancias o estrategias de purga (Ver guía de trabajo : Actividad N°6)
Normalización	Renutrición y realimentación	<ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de un estudio nutricional apropiado junto con la 	<ul style="list-style-type: none"> • La elaboración de menús que distribuyen el número de calorías necesarias en un mayor número de ingestas diarias, pero tomando en cada las cantidades moderadas o pequeñas de alimentos, para que los paciente no

del
Comportamiento
Alimentario

normalización de las conductas alimentarias.

- La relación entre terapeuta y paciente debe estar basada en confianza y colaboración mutua.
- El objetivo principal no es que la persona coma más, sino que alcance un IMC mínimo aceptable y estable con el tiempo.

pasen hambre pero tampoco sientan en ninguna de las ingestas que han comido demasiado y tengan así la necesidad de expulsar los alimentos

Control estimular

- Reducción de los niveles de ansiedad
- Eliminación de pensamientos obsesivos
- Eliminación de la práctica de rituales
- Minimizar el riesgo de aparición de crisis puntuales
- Favorecer la desviación de la atención a otras áreas de la paciente no patológica.
- Imposibilitar la práctica de conductas purgativas/restrictivas
- Mejorar las relaciones entre paciente y familiares
- Normas para seguir en casa y garantizar el control estimular el tratamiento (Ver guía de trabajo : Actividades N°1 y 2)

Tabla 9

*Reestructuración Cognitiva***SESIONES 5, 6 ,7 y 8**

		OBJETIVOS	TECNICA/HERRAMIENTAS
MÓDULO 2	Reestructuración Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las creencias erróneas y formas de pensar distorsionadas que iniciaron y mantienen el problema, con la idea de sustituirlas por modos de interpretación de la realidad más funcionales, como poderosas variables de mantenimiento de trastorno: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Catastrofizar ➤ Saltar a conclusiones ➤ Visión de túnel ➤ Propensión a la aproximación ➤ Razonamiento Emocional ➤ Pensamiento todo o nada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver guía de trabajo : Actividades N°5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 24.
	Resestructuración Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabajó su “Visión a Futuro”, perspectiva de ella a futuro en los próximos 5 o 10 años, así como el impacto de la experiencia de haber vivido con un trastorno alimenticio, un mensaje a las personas que actualmente padecen de anorexia o bulimia. 	
	Eliminación de la conducta suicida		

Tabla 10

Habilidades Básicas de afrontamiento

		SESIONES 9, 10, 11, 12 y 13	
		OBJETIVOS	TECNICA/HERRAMIENTAS
MÓDULO 3 Adquisición de recursos Y habilidades básicas de afrontamiento	Mejora de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asertividad ➤ Crítica patológica ➤ Percepción de uno mismo (mejora) ➤ Valoración negativa de sí mismo ➤ Realización y aceptación de la crítica externa ➤ Derechos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver guía de trabajo : Actividades N°13, 14, 16, 17, 18 y 19.
	Entrenamiento en habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr interacciones sociales y comunicativas placenteras, el trabajo en la resolución de problemas, generación de alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La postura. • Expresión corporal. • Ver guía de trabajo : Actividades N°15 y 20.
	Grupo de imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las distorsiones a la propia imagen corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de una adecuada autoevaluación de la imagen corporal. Ver guía de trabajo: Actividad N°21

Entrenamiento en relajación • Reducción de la ansiedad y el estrés. •Relajación progresiva muscular.

Tabla 11

Eliminación de la Distorsión de la Imagen Corporal

SESIONES 14, 15, 16 y 17

	OBJETIVOS	TECNICA/HERRAMIENTAS
Técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo	<ul style="list-style-type: none"> • Percibir sus dimensiones corporales reales, corrigiendo la estimación distorsionada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rojas ajustadas, un bañador. • Espejo.
Relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que la paciente adquiera control sobre sus propias sensaciones y sea capaz de manejar síntomas tales como la tensión muscular y la respiración rápida y entrecortada. (Principalmente cuando se observe en un espejo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginería • Respiración 4 x 4
Eliminación de la distorsión de la imagen corporal	Técnicas psicomotoras <ul style="list-style-type: none"> • Promover un cambio de actitud a la hora de percibir la realidad corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dramatización • Gimnasia

MÓDULO 4

Ejercicios de ajuste de silueta	<ul style="list-style-type: none"> • Hacerle ver a la paciente que lo que perciben en el espejo , no es real. 	<ul style="list-style-type: none"> •Exposición a estímulos (Silueta corporal, etc.) •Espejo •Ver guía de trabajo: Actividad N°22
----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 12

Preparación para el alta y prevención de recaídas

SESIONES 18, 19, 20 y 21

	OBJETIVOS	TECNICA/HERRAMIENTAS
MÓDULO 5 Preparación para el alta y prevención de recaídas	Preparación para el alta <ul style="list-style-type: none"> • Detectar no sólo las recaídas reales, sino también aquellos posibles “tropezones”, que podrían estar amenazando la buena evolución del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver guía de trabajo : Actividad N°23.
	Prevención de recaídas <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un plan multidisciplinario (Médico – Psicólogo) con apoyo de la familia, por la mayor proximidad con la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> •Tabla con señales indicadoras de recaída en bulimia. • Ver guía de trabajo : Actividad N°25

Diseño para la evaluación de los resultados

En la presente investigación de caso clínico se planteó con las líneas de investigación de la psicología aplicada, evaluar la eficacia del tratamiento terapéutico, se utilizará el diseño univariable multicondicional ABA.

En la primera fase se evaluará la línea base sin terapia; en la segunda fase, se aplicará el tratamiento y se mide la variable dependiente. En la tercera fase, se retira el tratamiento, en esta fase se medirán los avances desde la línea base (Zinser, 1992).

Propuesta del plan de seguimiento

Como parte de los procedimientos de la psicoterapia que asistió, Estrella tuvo dos controles psicológicos, a los 3 meses y a los 6 meses después de haber completado el tratamiento. En esta evaluación, ella continuó informando sin síntomas de bulimia nerviosa. Además, se informó de relaciones positivas con su madre, padre y hermano, amigos nuevos y ya estudiando una carrera en la Universidad.

Tabla 13

Evolución del Paciente durante el tiempo de tratamiento

Objetivos	Nivel Alcanzado
Adquirir de una conciencia de enfermedad.	Logrado
Incrementar de la motivación para iniciar el tratamiento terapéutico.	Logrado
Reducir sus niveles de ansiedad durante la ingesta de alimentos.	Logrado
Superar la depresión, mejorando su estado de ánimo en general.	Logrado

Eliminar pensamientos obsesivos referentes a su alimentación y peso.	Logrado
Identificar las creencias erróneas y pensamientos distorsionados y sustituirlos.	Logrado
Eliminar los atracones.	Logrado
Eliminar la práctica de conductas purgativas.	Logrado
Minimizar el riesgo de aparición de crisis.	Logrado
Mejorar la relación con sus familiares.	Logrado
Mejorar el autoestima.	Logrado
Entrenar sus Habilidades Sociales.	Logrado
Entrenar para que logre la relajación.	Logrado
Eliminar la distorsión de la imagen corporal.	Logrado

Capítulo III

Aplicación del Programa de Intervención y sus Resultados

Objetivos Terapéuticos del Programa

Se realizaron 21 sesiones psicoterapéuticas, el enfoque fue cognitivo conductual, en las primeras cuatro sesiones se trabajó la normalización del comportamiento alimentario, realizando un análisis funcional del problema, toma de conciencia de la enfermedad y establecimiento de la relación terapéutica, así como la educación nutricional con un equipo multidisciplinario que consta de un licenciado en Nutrición; a su vez se trabajó en reducir los niveles de ansiedad.

En las sesiones cinco, seis, siete y ocho trabajamos la reestructuración cognitiva, eliminando errores de pensamiento (catastrofizar, visión de túnel, propensión a la aproximación, etc.)

En las sesiones de la nueve a la trece, se realizaron actividades de adquisición de recursos y habilidades básicas de afrontamiento, como la mejora del autoestima, entrenamiento en habilidades sociales, la imagen corporal y el entrenamiento en relajación.

En las sesiones de la catorce a la diecisiete nos centramos en técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo, relajación, técnicas psicomotrices y ejercicios de ajuste de silueta; en las sesiones de la dieciocho a la veintiuno se le preparó para el alta y la prevención de recaídas.

Para culminar se revisaron los logros obtenidos, a través de los post test.

Descripción de los resultados del Programa de Intervención

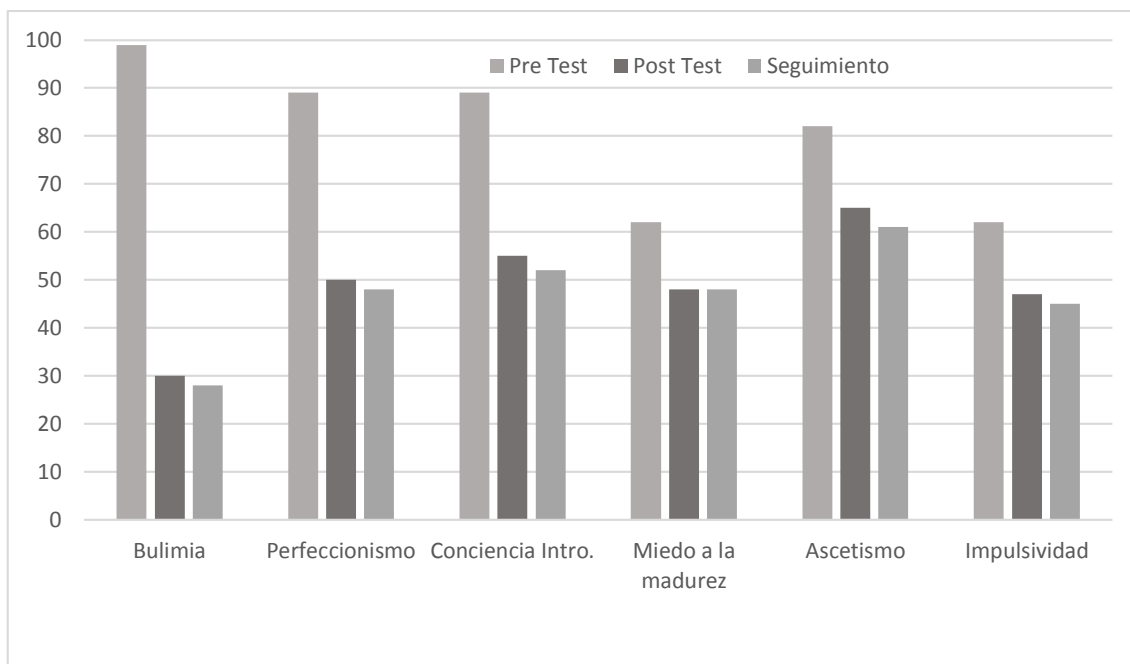


Figura 2. *Cogniciones y creencias*

En la figura 2 se muestran los factores personales de la paciente antes y después del tratamiento, así como en el seguimiento del mismo; observándose una disminución de los niveles pasando de presentar perturbaciones funcionales existentes a la eliminación de estos; en el factor de **bulimia** pasó de 99 a 30, que evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse comilonas o atracones de comidas incontrolables; en los niveles de **perfeccionismo** también se observa una baja, pasando de 89 a 50 en puntaje considerando que este factor mide el grado en el que el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás esperan de él unos resultados excepcionales; en los niveles de **conciencia introceptiva** se observa una baja pasando de 89 a 62, cabe señalar que este factor evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, así como la inseguridad para identificar ciertas emociones relacionadas con el hambre y la saciedad, en el factor de **miedo a la madurez** evalúa el

temor del paciente a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso en la adultez y el deseo de volver a la apariencia prepuberal, aquí se observó una baja de 62 a 48 , en el factor de **ascetismo** mostró una baja de 82 a 65 mide la tendencia a buscar por medio de el sacrificio el control de las necesidades corporales, en cuánto a la **impulsividad** evalúa la dificultad para regular los impulsos, en algunos casos la tendencia del uso de drogas o sustancias mostrando una baja de 62 a 47. Cabe mencionar que los puntajes de seguimiento son muy similares a los post test. En conclusión se puede afirmar la eliminación de perturbaciones funcionales, en cuanto a cogniciones y creencias.

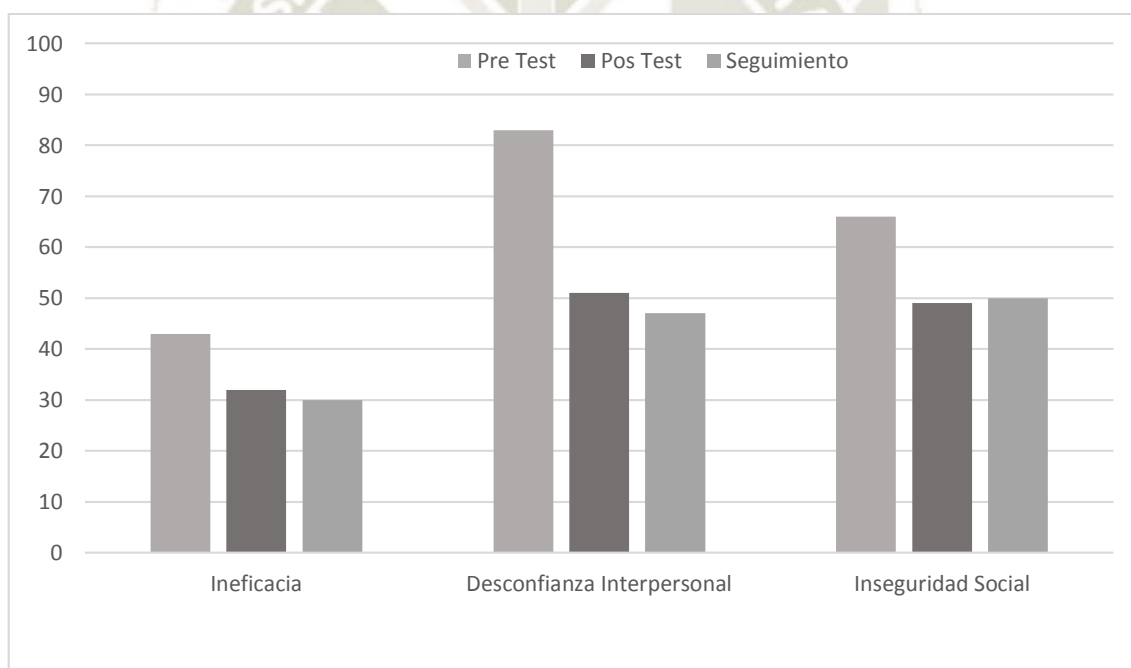


Figura 3. *Interacciones Sociales*

En la figura 3 se aprecia la evaluación de todo lo referido como bloqueo de las relaciones interpersonales, aquí se evaluó la **ineficacia**, pasando de 43 a 30 midiendo esta el sentimiento de incapacidad general, inseguridad, vacío y falta de control sobre uno mismo y la vida; en el factor de **desconfianza interpersonal** pasó de 83 a 51 esta

evalúa el desinterés de establecer relaciones íntimas y la **inseguridad social** mide los pensamientos de que las relaciones sociales son incómodas e insatisfactorias, pasando de 66 a 49. Se observa que durante el seguimiento se mantiene la puntuación de manera similar al post test.

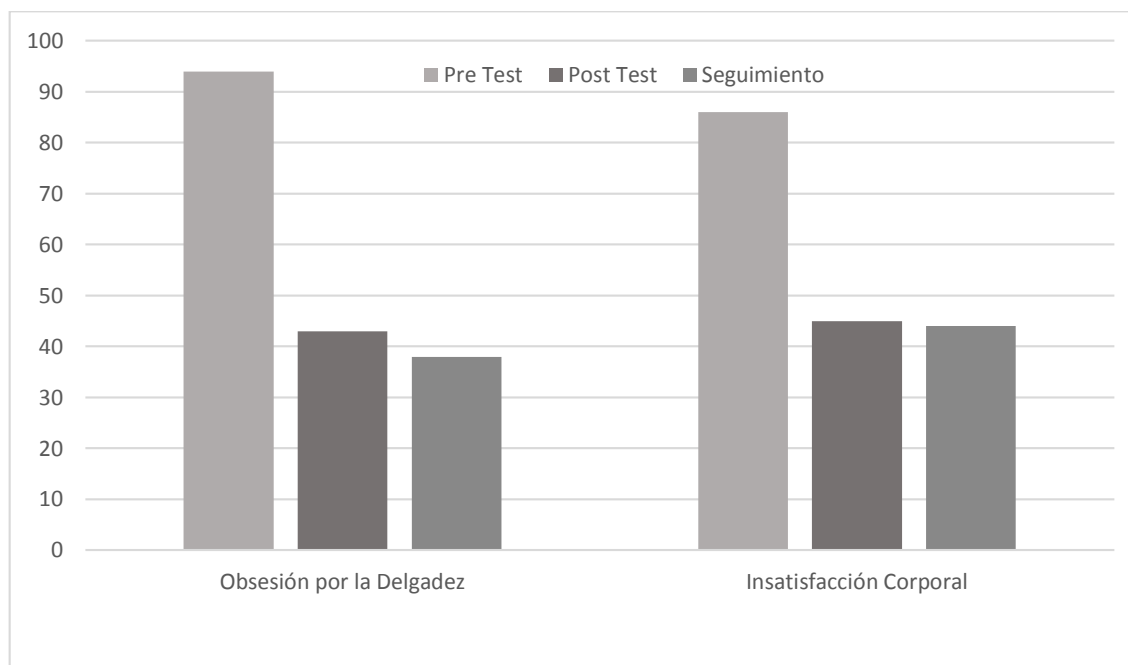


Figura 4. *Desvalorización de la imagen corporal*

En la figura 4 se muestra la desvalorización de la imagen corporal, observando una disminución de los niveles de las actitudes y conductas relacionadas con el peso. Se pasó de una **obsesión por la delgadez** a la eliminación de este, habiendo disminuido de 94 a 43, esto se interpreta como la eliminación del intenso impulso de estar delgado, así como el fuerte temor a la gordura. En la escala de **insatisfacción corporal** se observa una disminución de 86 a 45, significando que ya no está presente la insatisfacción de Estrella con la forma general de su cuerpo, considerando este como uno de los principales factores para el inicio y persistencia de los trastornos de conducta alimentaria. Manteniéndose esta mejoría en el examen de seguimiento.

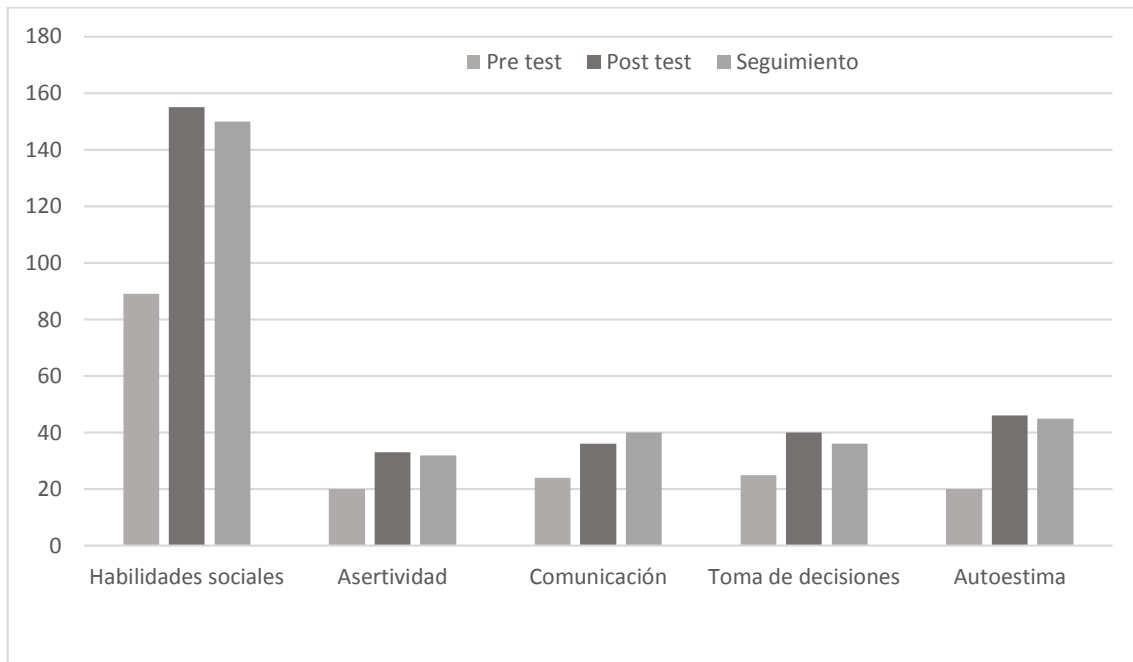


Figura 5. *Habilidades sociales*

En la figura 5 se puede apreciar un incremento en las habilidades sociales antes y después del tratamiento psicoterapéutico, mejorándolas de bajo (89) a promedio (155), pasando de una deficiencia a un promedio, en cuanto a las áreas también se aprecia un incremento, en asertividad de bajo (20) a promedio (33), en comunicación de bajo (24) a promedio (36), en toma de decisiones de bajo (25) a promedio (40) y en autoestima de bajo (20) a promedio (46). En cuanto al seguimiento se mantienen los valores similares a los post tests.

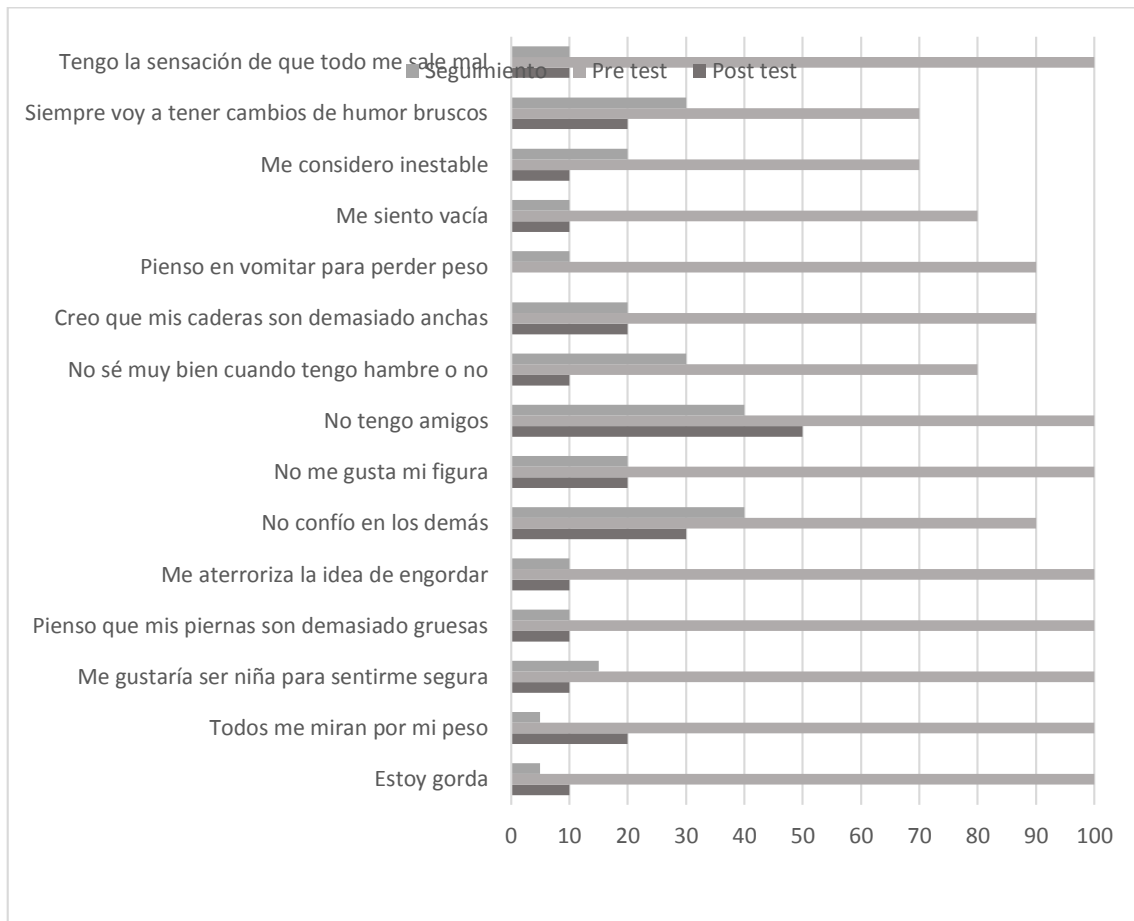


Figura 6. *Pensamientos irracionales y automáticos*

En la figura 6 se observan los pensamientos automáticos que generaban ansiedad y en muchos casos desplegaban conductas no apropiadas, podemos ver la disminución en relación al pre test y post test donde los pensamientos más frecuentes eran tengo la sensación que todo me sale mal, no tengo amigos, no me gusta mi figura, me aterroriza la idea de engordar, pienso que mis piernas son demasiado gruesas, me gustaría ser niña para sentirme segura, todos me miran por mi peso y estoy gorda. Se aprecia en la prueba de seguimiento que se mantiene resultados similares al post test.

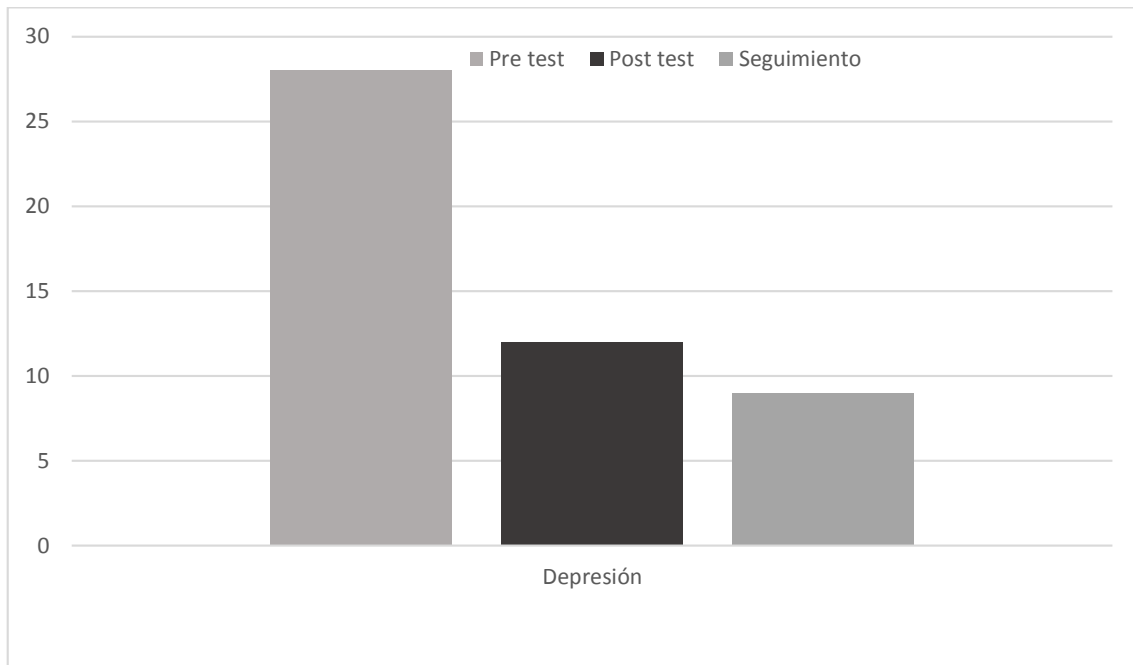


Figura 7. *Evaluación de la depresión*

En la figura 7 se comparan las puntuaciones en cuánto a depresión, Estrella ingresó con un diagnóstico de depresión moderada (28) y después del tratamiento en el post test obtiene una puntuación de (12) que indica que no presenta depresión. En la evaluación de seguimiento obtuvo una puntuación de (9) que indica la ausencia de depresión.

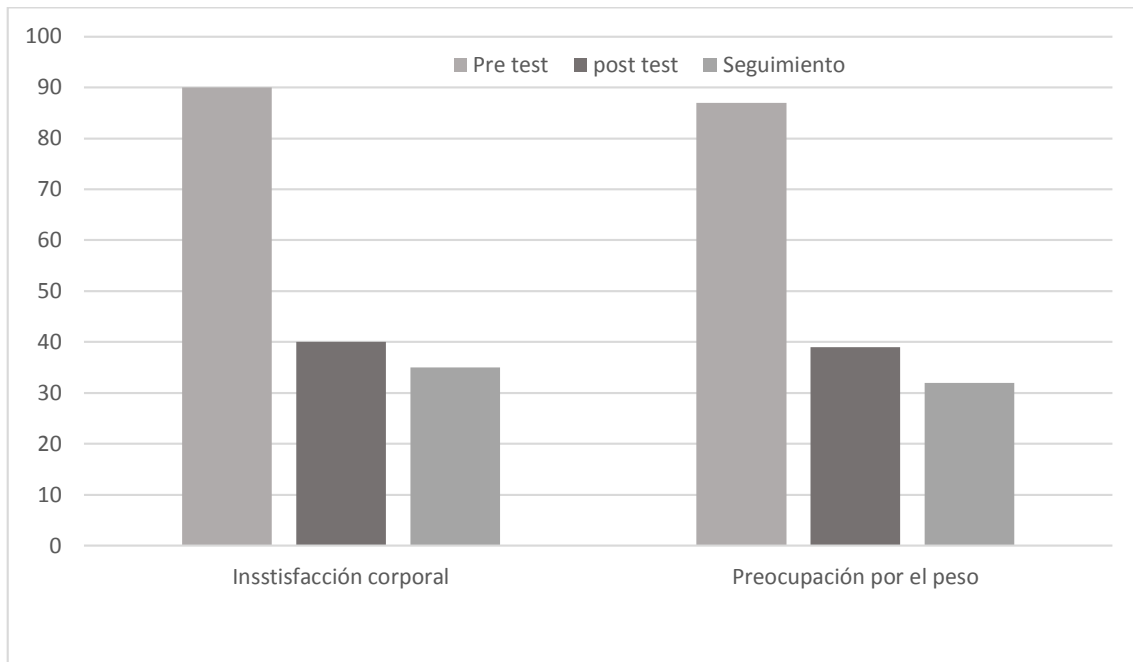


Figura 8. *Imagen corporal*

En la figura 8 en la evaluación de forma corporal, en el pre test obtiene una puntuación de (90) como indicador de insatisfacción corporal, se puede apreciar en el post test que la insatisfacción no se encuentra presente (40) y en cuanto a la preocupación por el peso en el pre test tuvo un puntaje de obsesivo (87) y en el post test una preocupación normal (39); en las pruebas de seguimiento arrojó como resultado ausencia de insatisfacción corporal y una preocupación normal por su peso.

Análisis y discusión de los resultados

Según lo obtenido en este trabajo académico podemos demostrar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual, el nivel alcanzado ha sido bueno, ya que tuvo una gran mejoría y el progreso mostrado en los pre y post test lo indican, logrando modificar las cogniciones y creencias disfuncionales en cuanto a factores personales, sociales y corporales; así como el incremento de las habilidades sociales, la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, a su vez la eliminación de atracones y conductas purgativas. La terapia cognitivo conductual se muestra como la intervención más eficaz para el tratamiento de trastornos de conducta alimentaria (TCA) según el APA (2000) es por ello que fue utilizada en este caso clínico.

Uno de los objetivos principales del tratamiento fue modificar las cogniciones y creencias disfuncionales de la paciente sobre su peso e imagen corporal, así como modificar los hábitos alimenticios inadecuados, el cual se ha logrado a través de diversas técnicas de la TCC, reduciendo los pensamientos irracionales, logrando la adquisición de consciencia de enfermedad y aumento de la motivación, realizando un trabajo multidisciplinario. A su vez se logró modificar la desvalorización de la imagen corporal así como la reducción de las conductas de aislamiento interpersonal y los niveles de ansiedad, lo más complejo fue el control de los atracones y purgas. En cuánto a las ganancias se pueden mencionar que la paciente logró interacciones sociales y comunicativas placenteras, teniendo así una estabilidad emocional,

En este caso clínico además de evaluarse y tratarse el TCA, también se ha trabajado la ansiedad, la depresión, las habilidades sociales, el afrontamiento, la

solución de problemas para lograr una mejora total, ya que según muchos autores aseguran que las personas que padecen un TCA tienen muchas dificultades con el mundo emocional (Chatoor, 1999; Harrison, Sullivan, Tchanturia y Treasure, 2009; Hayaki, 2009; Waller et al., 2010), por ejemplo Chatoor (1999) indica que las personas con bulimia nerviosa tienen dificultades para expresar verbalmente sus emociones y sus estados emocionales repercuten en la ingesta de alimentos que ejecutan, es por ello que las personas con bulimia nerviosa (BN) acostumbran llevar a efecto los atracones cuando se sienten tristes, ansiosos o irritados

En tal caso, se han tomado en cuenta todos los factores que se piensan juegan un papel determinante en el desarrollo de la TCA, dentro de ellas la ansiedad, la dificultad para expresar sus emociones, actitud negativa hacia la expresión de las mismas, también se consideraron la influencia que tienen sobre el estado de ánimo la alimentación, el peso y la figura corporal, teniendo en cuenta también la autoestima, la necesidad de control, ya que al no experimentar el control generan ansiedad y malestar emocional; y finalmente las conductas que venían como resultado de la regulación de las emociones negativas, aquí están los atracones y las conductas purgativas.

Se llevó a cabo el respectivo seguimiento de la paciente a los tres y luego a los seis meses, realizando prevención de recaída; ella se encuentra manteniendo un estilo de vida saludable, realiza deporte dos veces por semana y está estudiando una carrera universitaria, cabe mencionar que las relaciones familiares han mejorado notablemente.

El haber abordado este caso clínico me ha hecho comprender más de cerca este trastorno, ser más exhaustiva en la entrevista, así como en el recojo de información que me ha permitido poder establecer un plan terapéutico adecuado a la paciente,

considerando que en el caso de Estrella tuvo buen pronóstico ya que se estableció un correcto rapport, hubo una buena adherencia al tratamiento y el compromiso con este; a su vez entender la importancia de estar atentos ante las personas en las que su estado de ánimo se vea muy influenciado por la alimentación, por su peso y silueta corporal, así como observar su accionar si es de manera impulsiva, para que probablemente se pueda prevenir la aparición de un TCA.

Considero que la TCC es un proceso terapéutico eficaz, es por ello que se considera la primera opción psicoterapéutica a nivel mundial para el abordaje de este tipo de trastornos, a su vez considero que el tratamiento de esta patología tiene exigencias tanto para el terapeuta como para el paciente, teniendo que tolerar algunos desniveles durante el proceso, poniendo a prueba no sólo los conocimientos de las técnicas, sino también habilidades, manejo de la frustración, como manejo de crisis y el compromiso que se asume al decidir manejar este tipo de caso clínico hasta el final.

Conclusiones

Primera. Se modificaron las cogniciones y creencias disfuncionales de la paciente sobre su peso e imagen corporal, mejorando así sus hábitos alimenticios.

Segunda. Estrella obtuvo consciencia de enfermedad, se logró motivarla para superarla.

Tercera. Se redujeron los pensamientos irracionales que presentaba, a través de la reestructuración cognitiva.

Cuarta. Se realizó un trabajo multidisciplinario, brindándole una correcta información nutricional, eliminando así las creencias irracionales.

Quinta. Se cambió la desvalorización de la imagen corporal y se redujeron las conductas de aislamiento interpersonal con el entrenamiento en habilidades sociales.

Sexta. Se redujeron los niveles de ansiedad, así como los pensamientos obsesivos y los rituales nocivos que presentaba.

Séptima. Se lograron interacciones sociales y comunicativas placenteras, con la resolución de problemas y la generación de alternativas.

Octava. Presenta estabilidad emocional y mejoró notablemente su estado de ánimo en general.

Novena. Se logró controlar los atracones y purgas.

Sugerencia

Sería muy interesante realizar un estudio longitudinal para evaluar a los pacientes que presenten algún riesgo de desarrollar TCA, así observar si es que a través de los años acaban desarrollándolo, determinando con ello los factores predictorios de dicho trastorno.



REFERENCIAS

- Alonso del Río, A. (2020). *La intervención cognitivo-conductual en TCA*. Una revisión sistemática de su efectividad basada en la evidencia.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Agras et al, (1989). *Evaluación y tratamiento de la imagen corporal en estudios controlados de trastornos alimentarios*. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 20 (4), 331-343.
- Barriguete, M. J. A. (2003). Anorexia y Bulimia Nerviosa: El Control Del Medo. *Cuadernos de Nutrición*, 26(6), 280-289. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Behar A, Rosa, Barahona I, Mónica, Iglesias M, Bernardita, & Casanova Z, Dunny. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), 211-220. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000300005>
- Bennett, S. M., Williamson, D. A., & Powers, S. K. (1989). Bulimia nervosa and resting metabolic rate. *International Journal of Eating Disorders*, 8(4), 417-424.
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Chatoor, I. (1999). *Causes, symptoms, and effects of eating disorders: Child development as it relates to anorexia nervosa and bulimia nervosa*. En R. Lemberg y L. Cohn (Eds.), *Eating disorders: A reference sourcebook* (pp. 17-21). Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (1995). Décima Revisión (CIE-10), Vol. 3. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- Clark, Beck, Beltrán, MDC, Freyre, M. Á. Y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica* , 30 (1), 5-13.
- De la Vega Morales, R. I., & Gómez-Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y salud*, 22(2), 225-234.
- Fairburn, C. G. y Cooper, P. J. (1989). *Eating disorders*. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., ... & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463-469.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C, Hope, R. A. y O'Connor, M. (1993). *Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy*. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, CG, Jones, R., Peveler, RC, Carr, SJ, Solomon, RA, O'Connor, ME, ... y Hope, RA (1991). *Tres tratamientos psicológicos para la bulimia nerviosa: un ensayo comparativo*. *Archivos de Psiquiatría General* , 48 (5), 463-469.
- Fairburn, CG, Kirk, J., O'Connor, M. y Cooper, PJ (1986). Una comparación de dos tratamientos psicológicos para la bulimia nerviosa. *Investigación y terapia del comportamiento* , 24 (6), 629-643.
- Fairburn, CG, Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos alimentarios: una teoría y un tratamiento "transdiagnóstico". *Investigación y terapia del comportamiento* , 41 (5), 509-528.
- Fairburn, CG (1985). Tratamiento cognitivo-conductual para la bulimia. *Manual de psicoterapia para la anorexia nerviosa y la bulimia* , 160-192.
- Fairburn C, Harrison P, Pooley, E. C., Fairburn, C. G., Cooper, Z., Sodhi, M. S., Cowen, P. J., & Harrison, P. J. (2004). A 5-HT_{2C} receptor promoter polymorphism (HTR2C–759C/T) is associated with obesity in women, and with

resistance to weight loss in heterozygotes. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 126(1), 124-127.

Garayo, L. B. (2018). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual combinada con técnicas de la entrevista motivacional en bulimia nerviosa: un estudio de caso. *Informació psicològica*, (116), 95-111.

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

Golden N, Katzman D, Kreipe R, et al. (2003) Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*.;33(6):496-503.

González, L. (2016). Incidencia de lo sociocultural en el desarrollo de los trastornos alimentarios (Tesis de grado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.

Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 552-556.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86.

Hjort-Colunga, A. I., De la Vega-Morales, R. I., & Barriguete-Meléndez, J. A. Eficacia de un tratamiento interdisciplinario en pacientes con bulimia nerviosa y alexitimia de una clínica privada de la Ciudad de México.

Jhonson, et all. (1987). Evidencia de la función alterada de la serotonina en la bulimia y la anorexia nerviosa: implicaciones conductuales. En *La psicobiología de la bulimia nerviosa* (págs. 83-89). Springer, Berlín, Heidelberg.

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.

Kettlewell, P. W., Mizes, J. S., & Wasylyshyn, N. A. (1992). A cognitive-behavioral group treatment of bulimia. *Behavior Therapy*, 23(4), 657-670.

Lewandowski, L.M.; Gebing, T; Anthony, J. & O'Brien, W. (1997) Meta-analysis of cognitivebehavioral treatment studies for bulimia. *Clínica! Psychology Review*, 17, 703-718.

María S. Cruz-Saez, Aitziber Pascual, Itziar Etxebarria y Enrique Echeburúa (2013). Riesgo del trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes.

Ministerio de Salud del Perú (2017). Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017.

Mitchell, et all. (1990). Bulimia nerviosa en personas con sobrepeso. *Revista de enfermedades nerviosas y mentales* .

Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.

Organización mundial de la salud OMS (2006). Trastornos mentales y de comportamiento definición de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Pritchard, B.J., Bergin, J.L. y Wade, T.D. (2004). A case series evaluation of guided self-help for bulimia nervosa using a cognitive manual. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 144-156.

Resolución Ministerial N° 437-2017/MINSA, del 06 de Junio del 2017, Situación de la salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú, Lima 2017.

Romero Saletti, S. M. (2009). Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa.

Rosen, J. C., & Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13(1), 117-124.

Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

- Rutzstein, G. (2002). Trastornos alimentarios. *La cultura de la delgadez. Encrucijadas-UBA, Revista de la Universidad de Buenos Aires*. 16, 76, 85.
- Selby, C. L. (2018). *The Psychology of Eating Disorders*. Springer Publishing Company.
- Striegel-Moore R, Bulik C. (2007) Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*. 62(3):181-98
- Schlundt, DG y Johnson, WG (1990). Trastornos alimentarios: valoración y tratamiento . Allyn y Bacon.
- Tabárez, V. (2016). Trastornos alimentarios. Qué son, como prevenirlos. *Revista de salud del Casmu*.
- Unikel, S. C. (2000), Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del DF, México. *Revista de Investigación Científica*, 52(2), 140-147
- Unikel, S.C., Saucedo, V., Villatoro, F. & Fleiz, V. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 50-51.
- Vega, Verónica C. & Piccini, Marta, & Barrionuevo, José A., & Tocci, Romina F (2009) Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de investigaciones*, XVI () 103-114
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H. y Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., McKenzie, S. J., & Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Pergamon Press.

Wilson, Fairburn, CG, GT y Schleimer, K. (1993). Atracones: naturaleza, valoración y tratamiento (págs. 317-360). Nueva York: Guilford Press.

Wilson, GT (1993), Fairburn, CG y Marcus, MD. Terapia cognitivo-conductual para los atracones y la bulimia nerviosa: un manual de tratamiento integral.



ANEXOS

ANEXO N° 1

ENTREVISTA INICIAL- CASO CLÍNICO ESTRELLA

I. ENTREVISTA INICIAL

Adolescente

19 años

Buenas tardes adelante tomen asiento. (Madre e hija llegan al consultorio)

Psicóloga (P) :

Buenas tardes

Madre de la paciente(MP) :Venimos, porque deseamos sacar una cita con usted.

Adolescente :Si, por favor.

P : Muy bien, yo podría verla el (indica día y hora)

MP : Muchas gracias, la cita está confirmada.

En la fecha acordada llega al consultorio una adolescente de aspecto desaliñado, delgada, vestida con buzo, acompañada de su madre. Su actitud es un tanto inquieta, se coge permanentemente el cabello. Su mirada se desplaza por todo el consultorio, su voz, inicialmente, suena un tanto temblorosa y agitada.

P : Dígame, ¿en qué la puedo ayudar?

MP : Mire, yo en realidad vengo trayendo a mi hija... bueno hemos estado teniendo problemas y hace mucho queremos conversar con alguien, pero por temas de trabajo no hemos podido. Son muchas cosas doctora.

P : La escucho

MP : Bueno, empezaré contándole que mi esposo y yo trabajamos vendiendo pescado en el Mercado Avelino, vamos a vender desde las cuatro de la mañana, ella es mi hija XXX ,es mi hija menor y estamos preocupados por ella, no come y ya varias veces le he encontrado vómitos en bolsas y la verdad es que ya no sabemos qué hacer, el problema ya tiene como dos años, pensábamos que se le iba a pasar, pero hasta ahora nada y la veo triste, ella misma pidió venir.

P :¿Vomita?

MP :Sí doctora, cada vez que come se encierra en el baño, me doy cuenta que vomita. Estaba con inicios de anemia y amenorrea, la llevé al nutricionista y el nutricionista dijo que tenía bulimia y que la lleve a un psicólogo.

P :Entiendo

MP :Es por eso, que hoy estamos aquí, le pido que nos ayude, tanto a XXX como a nosotros (llanto).

P :Estoy para ayudarla, ahora le pediré quedarme a solas con XXX.

MP :Si doctora, yo espero afuera.

P :Buenas tardes XXX, me presento contigo, mi nombre es Milagros, soy psicóloga como puedes ver, si hoy estamos reunidas entiendo que es porque hay cosas y situaciones que están haciendo que te sientas incómoda y yo estoy para ayudarte. Cuéntame cómo ha sido tu infancia.

A :Buenas tardes doctora (se muestra muy tímida) siempre he vivido con mis papás y mi hermano, yo soy la menor, cuando fui pequeña me pasaron cosas muy feas.

P :¿Cosas muy feas? ¿Qué cosas?

A :En el mercado que trabajan mis papás, había un cargador de papas, él me tocaba mis partes.

P :¿Tus partes íntimas? ¿Más de una vez?

A :Muchas veces (llora) yo jugaba con los niños del mercado y él siempre me estaba esperando y me tocaba, detrás de unos costales, se frotaba.

P :¿Sólo tocamientos? ¿O llegó a algo más? ¿Tus padres lo saben?

A :Sólo me tocaba, mis papás se enteraron ahora último, es que yo le tenía mucho miedo y siempre decía que iba a matar a mis papás.

P :Cuando pasó esto ¿Cuántos años tenías?

A :Tenía 6 años.

P :Veo que esta experiencia penosa te marcó mucho, ¿Has tenido alguna otra experiencia similar?

A :No doctora, no me volvió a pasar.

P :¿Cómo pararon estos tocamientos?

A :Yo ya no quería acompañar a mis papás al mercado, hasta que me quedaba sola en casa.

P :Entiendo XXX, una situación difícil, y ¿Tu desenvolvimiento en el colegio como fue?

A :Siempre he estado entre los tres primeros puestos.

P :¿Bien! Entonces podría decir que eres estudiosa. Tu madre mencionó que el motivo de la consulta era por vómitos, ¿Podrías comentarme a que se refería?

A :Sí, mis papás siempre paran en sus negocios, siempre me he sentido sola y hace dos años una amiga del colegio me dijo que estaba muy gorda, que debía bajar de peso, esto lo escuchó otra amiga y me dijo lo mismo, entonces empecé a pensar que en verdad debía bajar de peso, entonces dejé de comer.

P :¿Cuáles eran tus alimentos diarios?

A :En todo el día me comía una manzana y un vaso de agua.

P :¿Nada más? ¿No te daba hambre?

A :Ese fue el problema, que me daba hambre y en las noches no sé qué me pasaba y empezaba a comer todo lo que no había comido todo el día, luego me sentía culpable porque iba a estar gorda y me provocaba el vómito.

P :¿Bajaste de peso?

A :Si, bajé como diez kilos.

P :¿Cómo te hizo sentir bajar 10 kilos de esta manera?

A :Al inicio bien, pero ahora me siento muy triste, a veces digo “ya no voy a vomitar”, pero no puedo controlarme.

P :Aparte de vomitar, ¿Qué otros métodos has utilizado para bajar de peso?

A :Una vez me tomé 20 laxantes y me salieron full granitos.

P :¿Qué te hizo tomar 20 laxantes juntos?

A :Me sentía muy triste, fea y gorda; entonces dije si un laxantes ayuda, con 20 bajaré de peso más rápido.

P :Bueno XXX vamos a evaluarte y elaborar un plan terapéutico, para que salgas de esta situación, ¿Estás de acuerdo?

A :Si doctora.

II. HISTORIA DEL COMPORTAMIENTO DEL CLIENTE

La paciente XXX nació en Arequipa, es la menor de dos hermanos, ella vive con sus padres, ya que su hermano mayor está casado y vive en otra casa con su esposa; en el colegio siempre ha ocupado los primeros puestos, según sus padres refieren “Siempre ha sido una chica muy tranquila, hasta los 15 años, pues ahí empezó a escoger la comida”.

XXX refiere tener una buena relación con sus padres, no tiene control en la hora de los alimentos, ya que ella almuerza y cena sola, a esta edad se cortó las muñecas con una hoja de afeitar refiriendo que le gustaba sentir dolor, dicho episodio no volvió a repetirse.

Puedo observar que tiene un callo en el dedo índice, la paciente refiere que antes no era importante para nadie, pero ahora si lo es. Actualmente tiene una relación amorosa de un año con su enamorado, pero siente que esta situación está afectando su relación, ya que se siente muy irritable y desfoja su mal humor con él.

ANEXO N° 2

EVALUACION ODONTOLÓGICA

FICHA ODONTOLOGICA:

1.-FICHA RECOLECCION DE DATOS:

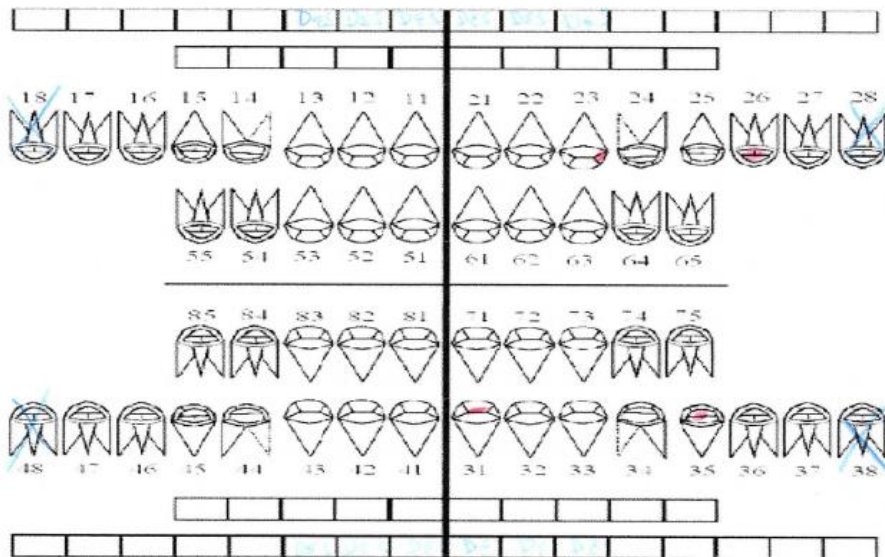
Nombre y apellidos:	Estrella Belén Rodríguez Coaguila.		
Fecha de Nacimiento	16	05	2020
	Día	Mes	Año
Lugar de Nacimiento:	Arequipa -		
Género:	Femenino	Edad peso talla:	19años /1.59/62kg

2.-MOTIVO DE LA CONSULTA:

Es referida al servicio de Odontología por el área de Psicología con diagnóstico de Bulimia nerviosa. Para la evaluación clínica odontológica.

3.-ANAMESIS: Paciente mujer identificada como Estrella Belén Rodríguez Coaguila de 19 años de edad. Con DNI: 70583155. Refiere que siente ``dolor leve a la ingesta de agua fría o caliente, constantes vómitos y reflujos``.

4.-.- ODONTOGRAMA



A.-INTERROGATORIO

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tiene Ud. dificultad o dolor al abrir su boca, por ejemplo al bostezar?		<input checked="" type="radio"/>
2	¿Siente que su mandíbula se le "atasca", se le "traba" o se le sale"?		<input checked="" type="radio"/>
3	¿Tiene dificultad o dolor cuando mastica, habla o usa sus mandíbulas?		<input checked="" type="radio"/>
4	¿Ha notado ruidos en las articulaciones mandibulares?	<input checked="" type="radio"/>	
5	¿Siente regularmente sus mandíbulas rígidas ("agarrotadas"), apretadas, cansadas?		<input checked="" type="radio"/>
6	¿Tiene dolor en/o alrededor de los oídos, las sienes o las mejillas?		<input checked="" type="radio"/>
7	¿Tiene frecuentes dolores do cabeza o dolor de cuello o de nuca?		<input checked="" type="radio"/>
8	¿Ha tenido una lesión o traumatismo reciente en su cabeza, cuello o mandíbula?		<input checked="" type="radio"/>
9	¿Ha notado o sentido algún cambio reciente en su mordida?		<input checked="" type="radio"/>
10	¿Ha sido tratado anteriormente por un problema de la articulación mandibular?		<input checked="" type="radio"/>
11	¿Ha recibido tratamiento en su (s) articulación(es)?		<input checked="" type="radio"/>

B. DAÑOS A NIVEL DEL DIENTE:

- a) Facetas de desgaste oclusal no funcional SI NO
- b) Fracturas de dientes o restauraciones SI NO
- c) Sensación de discomfort o supersensibilidad dentinaria SI NO
- d) Lesiones cervicales o vestibulares SI NO
- e) Movilidad dentaria SI NO

C. TRANSTORNOS MUSCULARES:

- a) Síntomas de mialgias de los músculos masticatorios. SI NO
- b) Dolor a la palpación y espasmo muscular. SI NO
- c) Hipertrofia muscular. SI NO
- d) Limitación de los movimientos mandibulares. SI NO
- e) Cefalea recurrente. SI NO

D. TRANSTORNOS ARTICULARES:

- a) Dolor espontáneo. SI NO
- b) Dolor a la palpación SI NO
- c) Ruidos articulares. SI NO
- d) Desviación de la mandíbula. SI NO

PACIENTE BRUXOPATA: SI NO

Erwin V. Cruzano Dentista
Cruzano Dentista
CDP: 32591

OBSERVACIONES: Paciente con lesión cariosa piezas: 3.1/2.3/2.6/3.5, piezas ausentes 3.8/2.8/1.8/4.8. Facetas de desgaste leves compatible con erosiones dentarias en el sector antero-superior caras palatinas piezas: 1.2/2.1/1.1/2.2/1.3/2.3, sensibilidad dentinaria en piezas 1.1-2.2-2.1. Ruidos articulares a la apertura y cierre sin desviación mandibular.

Guía de Trabajo

Actividad N°1

Planificación de las comidas

Hoja de planificación de las comidas

Comida planificada	Cambios	% Comido	Calorías	Comentarios
Desayuno				
Refrigerio				
Comida				
Refrigerio				
Cena				
Refrigerio				
Comentarios			Total =	

Actividad N°2

Jerarquía de alimentos prohibidos

Nombre: _____

Fecha de iniciación del programa: _____

Fecha de terminación: _____

	Alimentos	Semana del programa en que se ha de comer	Realizado
Los menos prohibidos	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
	3. _____	_____	_____
	4. _____	_____	_____
	5. _____	_____	_____
Poco prohibidos	6. _____	_____	_____
	7. _____	_____	_____
	8. _____	_____	_____
	9. _____	_____	_____
	10. _____	_____	_____
Moderadamente prohibidos	11. _____	_____	_____
	12. _____	_____	_____
	13. _____	_____	_____
	14. _____	_____	_____
	15. _____	_____	_____
Muy prohibidos	16. _____	_____	_____
	17. _____	_____	_____
	18. _____	_____	_____
	19. _____	_____	_____
	20. _____	_____	_____

Firma del paciente

Fecha

Actividad N°3

Poniéndole un Nombre a mi Bulimia

Bulimia es el nombre que se le ha dado a tus dificultades. Si pudieras ponerle un nombre a tus dificultades, de tal manera que signifique algo más para ti. ¿Qué nombre usarías y por qué?



Actividad N°4

¿A qué se parece la Bulimia?

Si pudieras ver tu bulimia, ¿A qué crees que se parecería? Dibuja una imagen de ella en el siguiente espacio; piensa respecto al tipo de forma, tamaño y color que sería.



Actividad N°5

Experiencia de vida

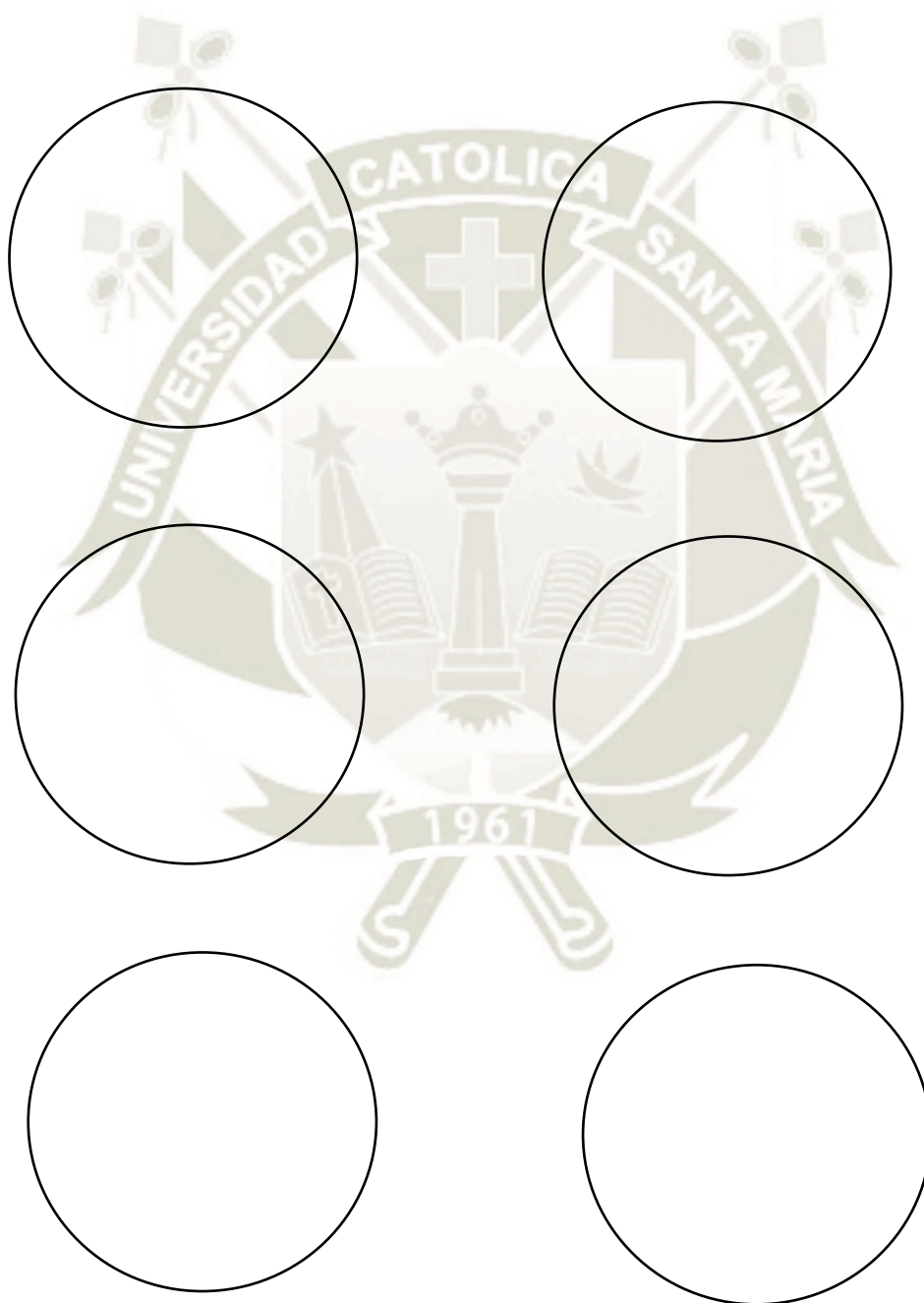
Piensa respecto a las diferentes experiencias que has tenido en tu vida y cómo éstas han afectado la manera en que ves tu cuerpo.



Actividad N° 6

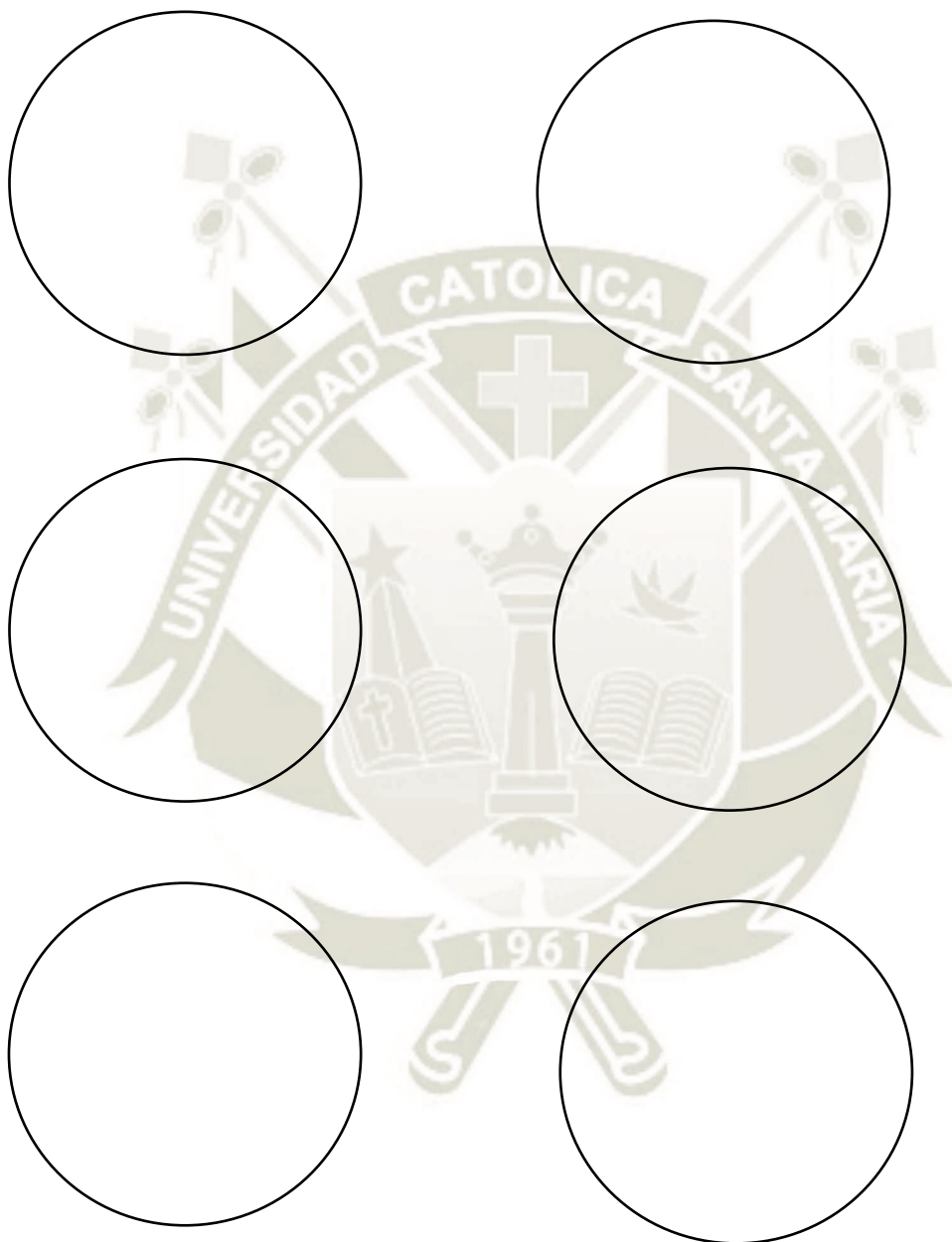
La elección de la Bulimia

Si la bulimia pudiera elegir lo que tienes que comer y beber en un día, ¿Cómo parecería esto? Dibújalo en los platos que se encuentran más abajo, pensando en el desayuno, el almuerzo, la cena y cualquier bocado intermedio.



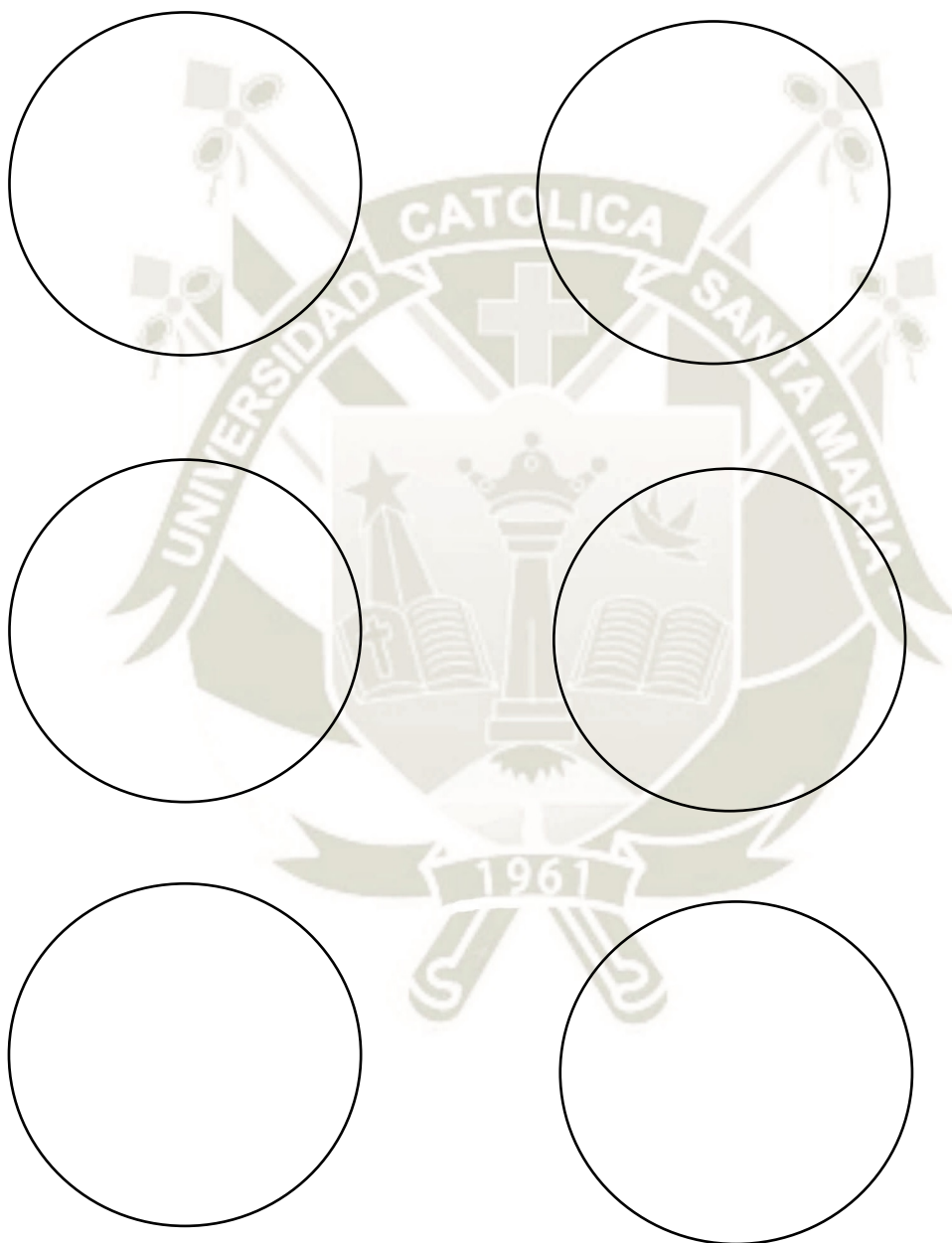
Una comida típica antes de la Bulimia

En los platos que se encuentran debajo, dibuja lo que acostumbras comer y beber en un día típico antes de que tuvieras bulimia.



Una elección saludable

En la vajilla final de platos, dibuja lo que piensas parece ser un saludable día de comida y bebida. Esto podría significar que tienes el número suficiente de calorías para mantener tu peso en un rango saludable



Actividad N° 7

Imagen corporal de la Bulimia

Nosotros hemos escuchado respecto a como la bulimia puede hacerte sentir, que tu cuerpo es más grande de lo que realmente es. En el siguiente espacio dibuja una imagen o un contorno de cómo piensas que luce tu cuerpo en este momento. También puedes dibujar algunas de las maneras en que tu bulimia ha afectado a tu cuerpo y la manera como lo ves.



Imagen de otra gente

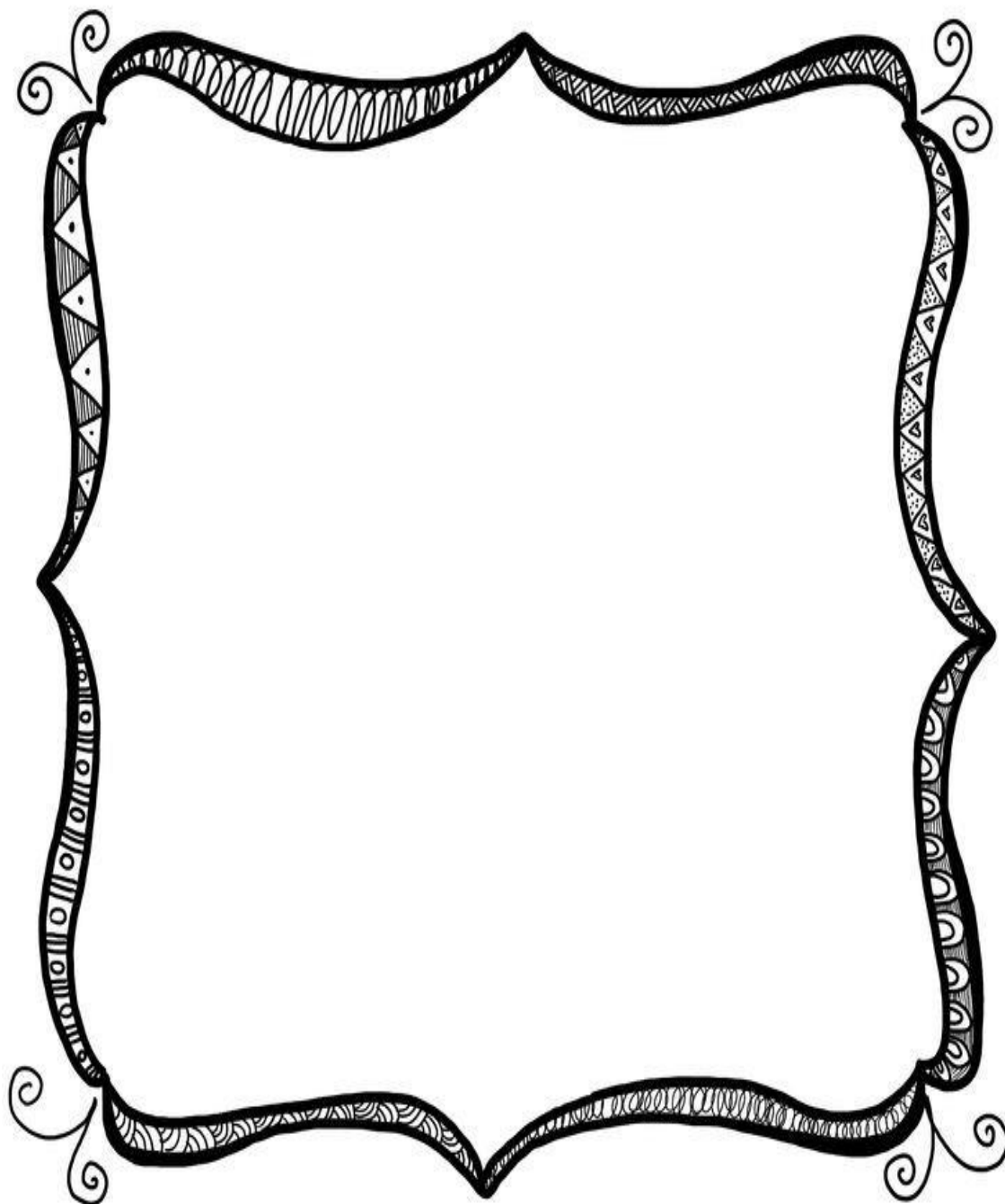
En el siguiente espacio dibuja una imagen de cómo piensas que otra gente (como tu mejor amiga, o mamá o papá) vería tu cuerpo. Si esto es difícil para ti, pregunta a alguien en quien confías para continuar.



Actividad N° 8

Las pérdidas de tener bulimia

¿Qué se ha llevado la bulimia de ti? Piensa acerca de tus actividades, relaciones, intereses y habilidades. ¿De qué otras maneras te han afectado a ti y a tu familia?

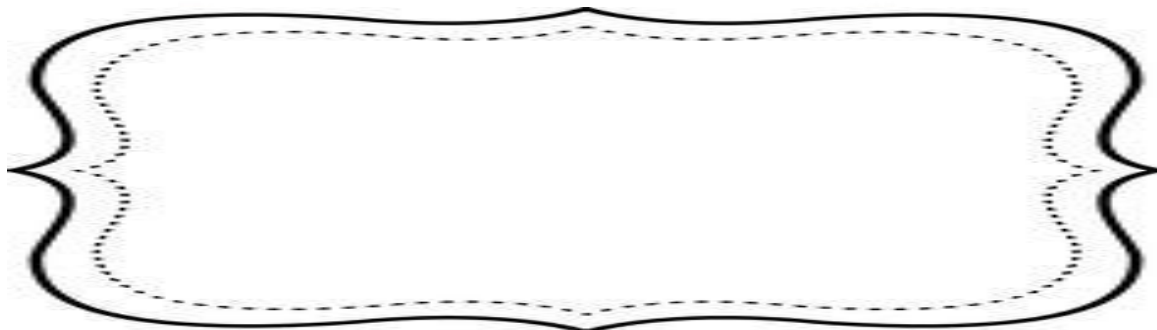


Actividad N° 9

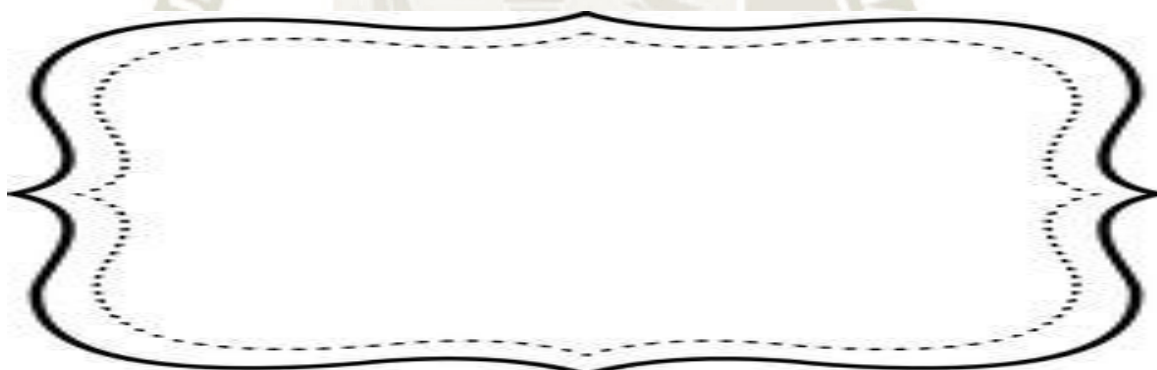
¿Qué tan lista es tu bulimia?

¿Te has dado cuenta qué trucos emplea la anorexia/bulimia contigo?

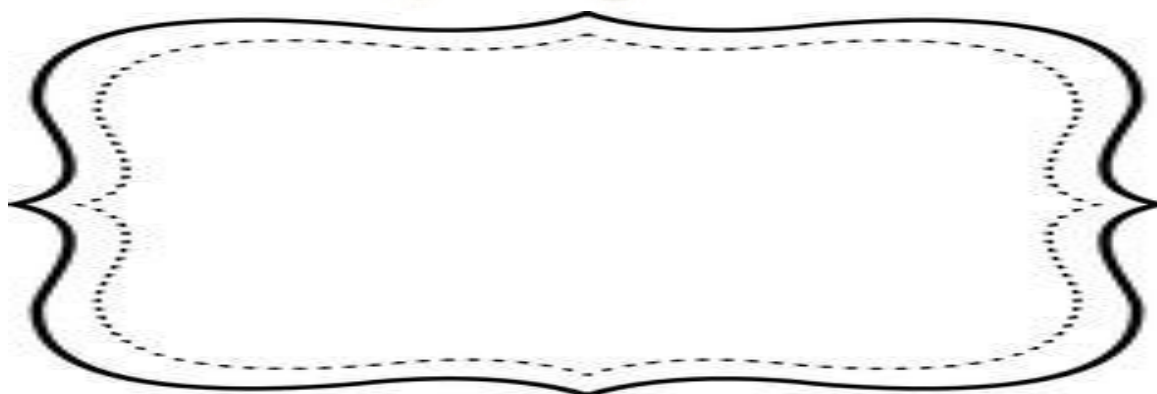
Truco 1



Truco 2



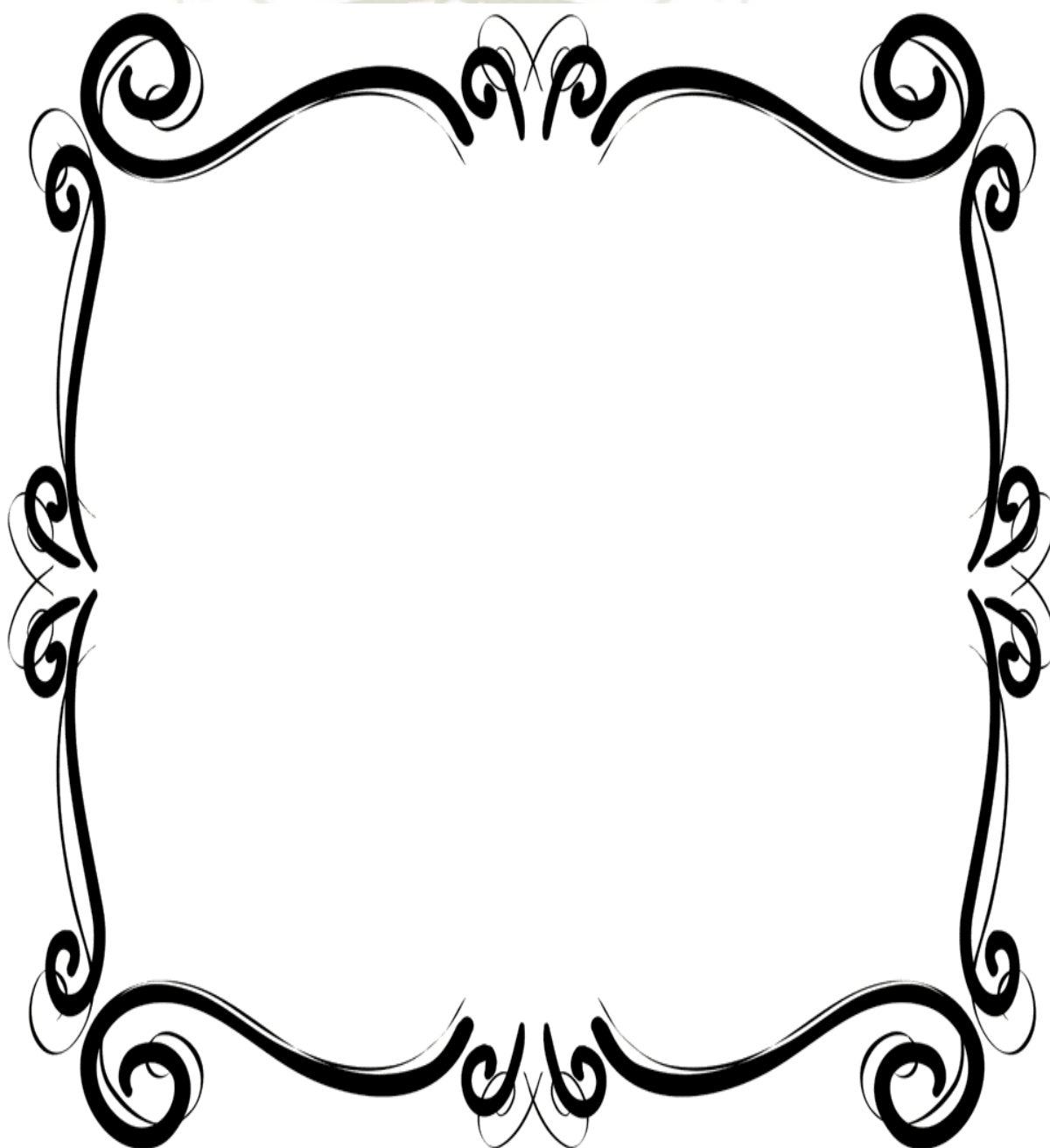
Truco 3



Actividad N° 10

Carta de despedida

Algunas veces pensar respecto a decir ¡chau! A la bulimia puede parecer como decir ¡chau! a una buena amiga. Puedes sentirte extremadamente triste respecto a esto, y una manera de tratar con estos sentimientos de tristeza y de pérdida es escribir una carta a tu bulimia, aunque le estás diciendo adiós. Escribe respecto a todos los buenos momentos que has tenido, lo que vas a perder no teniéndole contigo, y cómo afrontarás sin ella.



Actividad N°11

Tiempo Libre de mi Bulimia

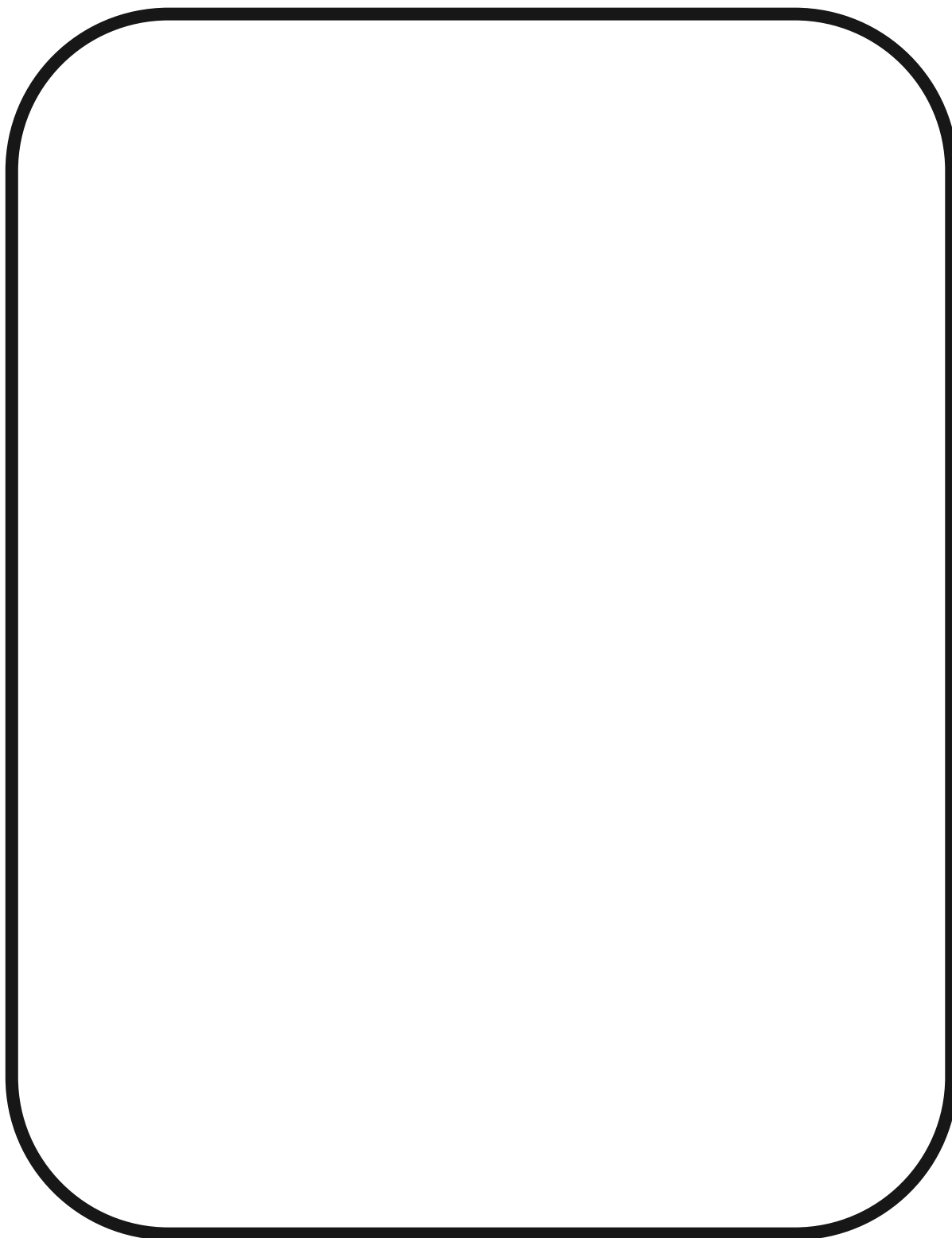
Haz un registro de lo que sucedió durante tu tiempo libre de bulimia, por ejemplo, qué hiciste en su lugar, cómo te sentiste, qué pensaste al respecto.



Actividad N°12

Razones para el Cambio

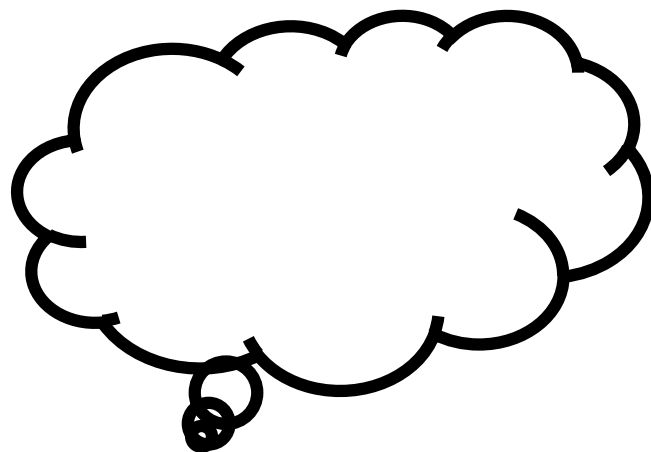
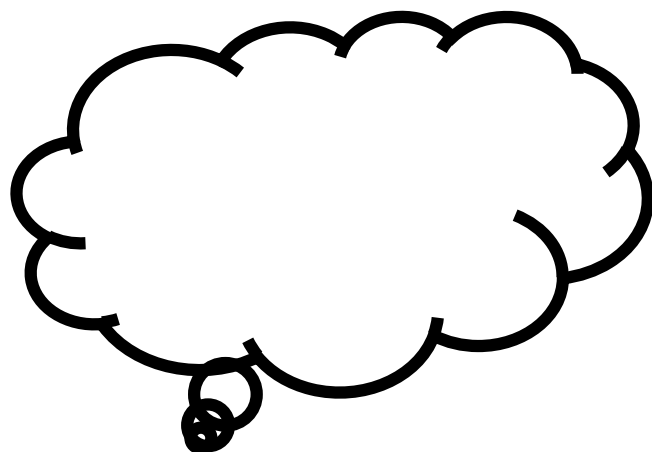
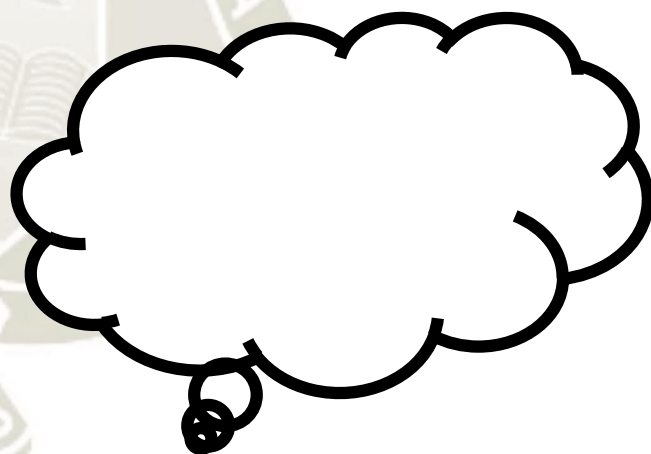
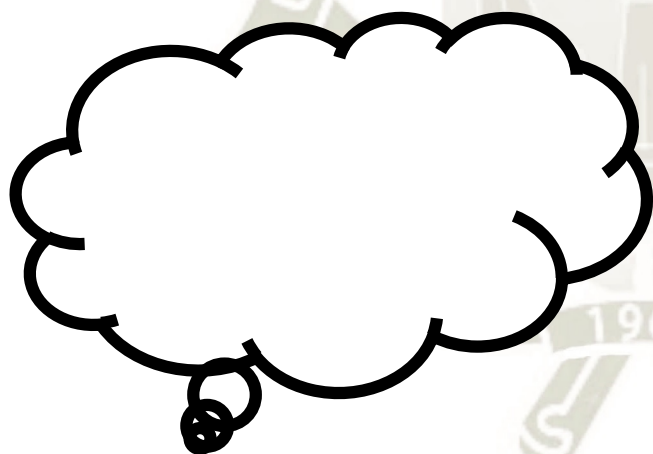
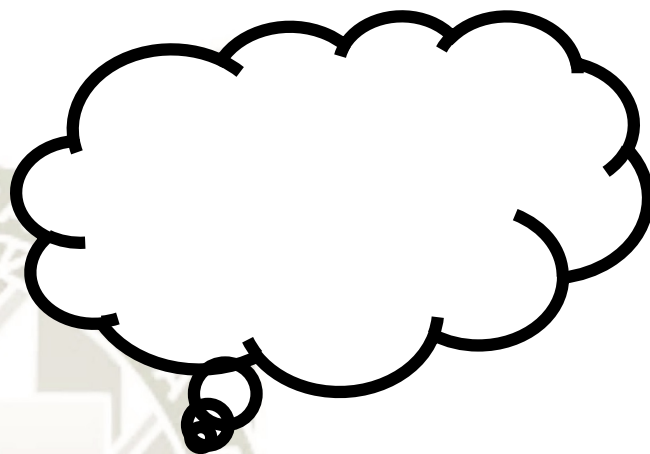
Escribe una lista de razones por las que sientes que es importante superar la bulimia, ahora y en el futuro.



Actividad N°13

Pescando los Pensamientos

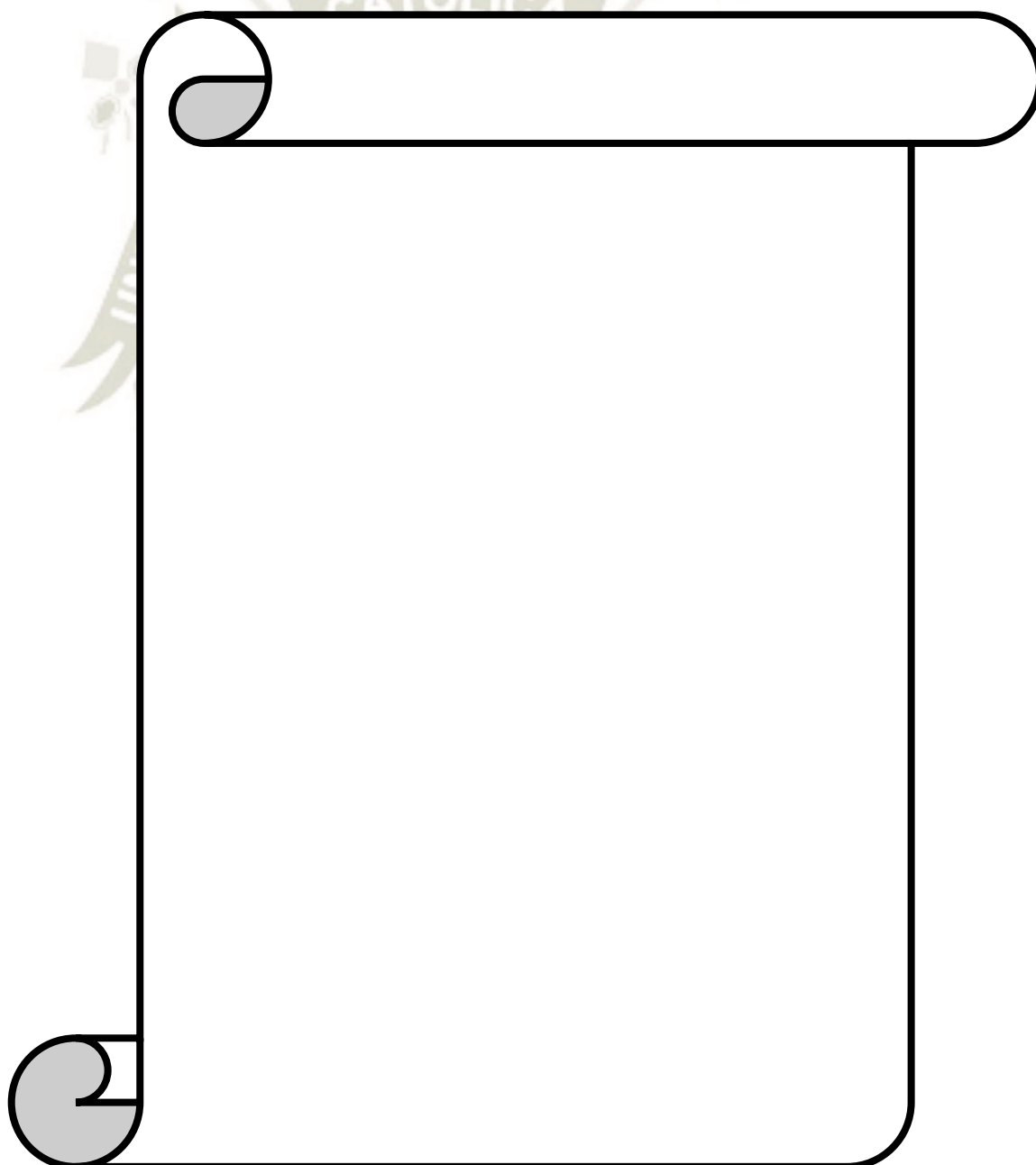
Así por ejemplo un pensamiento negativo y no útil podría ser, “la gente me está viendo y está pensando que soy una glotona porque he comido mucho”. En las burbujas siguientes, escribe tantos pensamientos útiles como puedas que desafíen esta idea.



Actividad N°14

¿Qué diría mi mejor amiga?

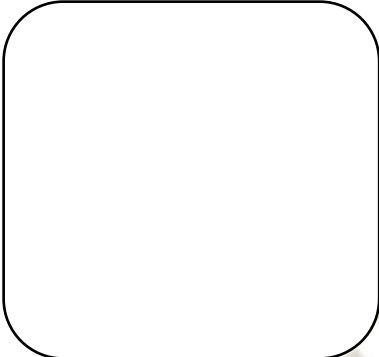
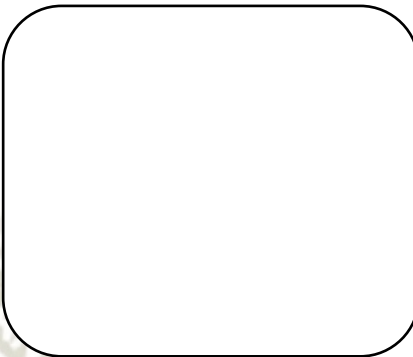
Si tienes problemas para desechar un pensamiento o imagen horrible respecto a ti misma. ¿Qué diría mi mejor amiga (o alguien que te conoce realmente bien) si supiera que me siento de esta manera respecto a mi misma? Colócate en sus zapatos por un minuto y escribe lo que imaginas que te diría.



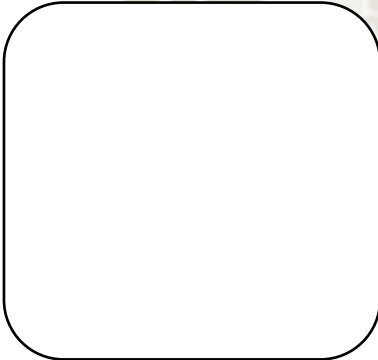
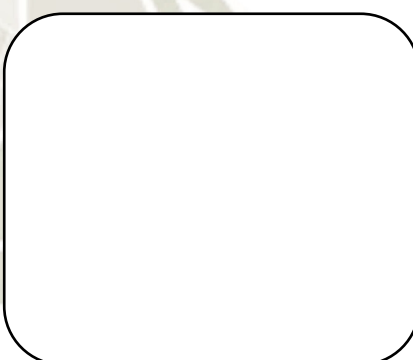
Actividad N°15

Mi Equipo

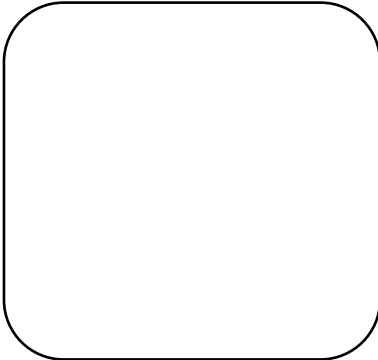
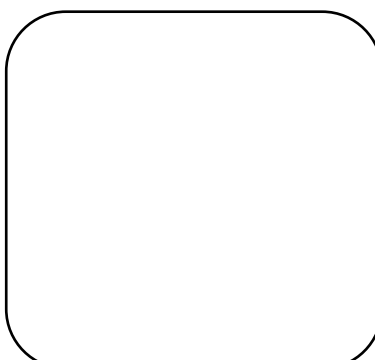
¿Quién ya está en tu equipo y cómo puede ayudarte?

Persona	Ayuda que ofrece
	

¿De qué otra persona podrías necesitar y qué podría hacer?

Persona	Ayuda que ofrece
	

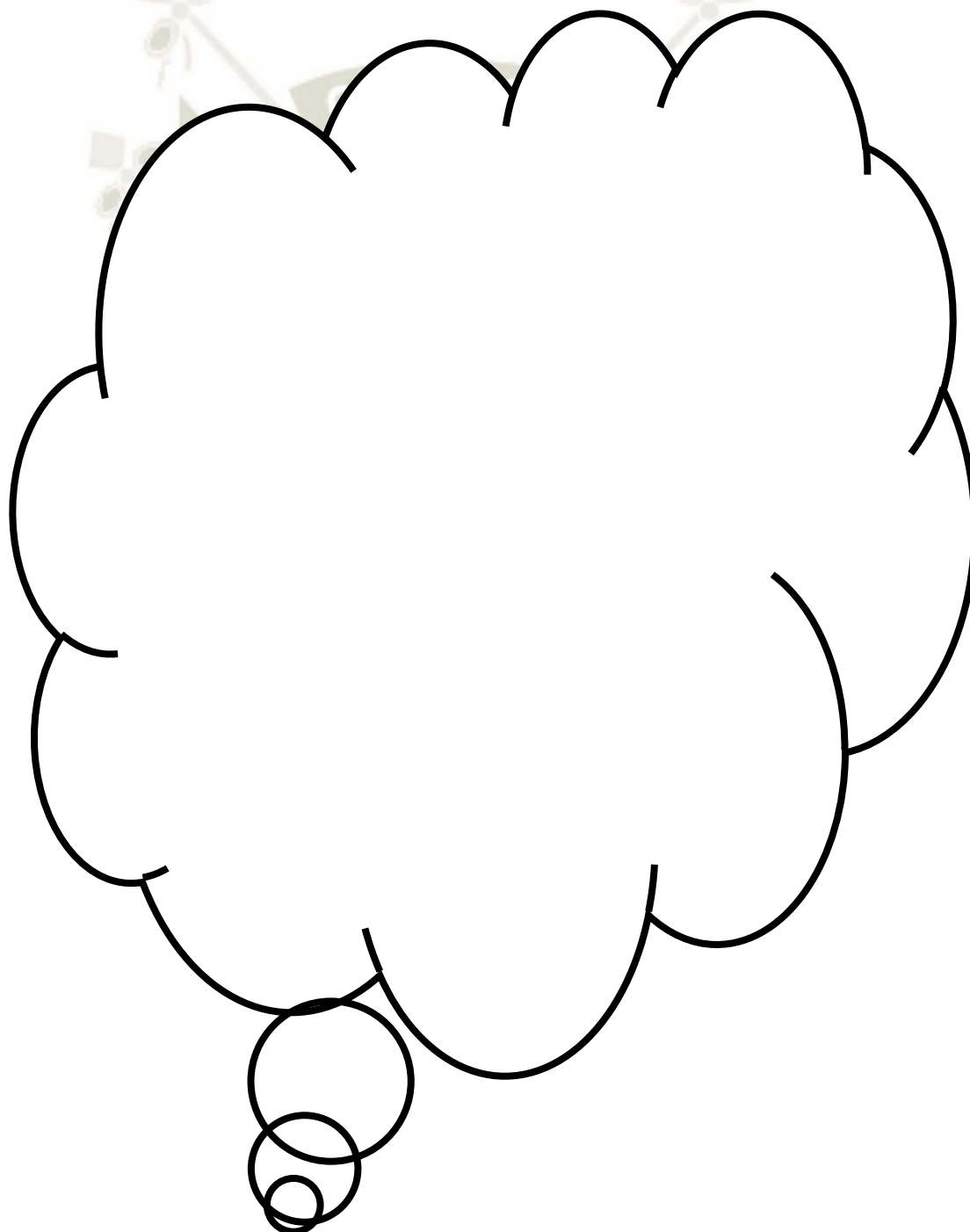
¿Cómo podría la bulimia crear obstáculos en tu trabajo como equipo y cómo podrías superar esto?

Problema	Cómo superar esto
	

Actividad N°16

¿Qué es la Asertividad?

¿Qué pensamientos irrumpen inmediatamente en tu cabeza cuando piensas respecto a esta pregunta? Escríbelos debajo. Después volveremos con esta pregunta final para ver si te sientes algo diferente.



Actividad N°17

¿Qué harías?

Digamos, por ejemplo, que acabas de comprarte un CD que realmente querías. Una amiga te pregunta si puedes prestarle, pero tú, ni siquiera lo has abierto.

¿Qué harías?

.....

.....

.....

.....

Ve si puedes adivinar cuál de las diferentes opciones que se encuentran debajo es una respuesta asertiva, agresiva o pasiva.

1.-“Está bien, tómalo, no importa que no lo haya escuchado aún”

ASERTIVA

AGRESIVA

PASIVA

2.-“¡Tú debes estar loca!, ¡De ninguna manera!”

ASERTIVA

AGRESIVA

PASIVA

3.-“En realidad, yo no lo he escuchado aún. ¿Te puedo prestar después de un par de días?”

ASERTIVA

AGRESIVA

PASIVA

Actividad N°18

Derechos Humanos

Todos en el mundo tienen derechos que le corresponden. Debajo se encuentra una carta de derechos, junto a cada declaración hay un pequeño recuadro. Marca los recuadros si crees que este derecho se aplica a ti y a otra gente.

- El derecho a ser tratado con respeto como un ser humano igual.

Otra gente

Yo

- El derecho a expresar mis pensamientos y sentimientos.

Otra gente

Yo

- El derecho a decir NO.

Otra gente

Yo

- El derecho a cometer errores.

Otra gente

Yo

- El derecho a elegir no asumir la responsabilidad por otra gente.

Otra gente

Yo

- El derecho a ser yo misma. Esto a veces significa ser lo mismo o diferente a otra gente.

Otra gente

Yo

Actividad N°19

Derechos para el Bolsillo

Escribe en una pequeña tarjeta los derechos anteriores y agrega cualquier otro en el que puedas pensar. Lleva ésta contigo por un día, recordándote de estos derechos siempre que puedas. Imagínate viendo a estos derechos un momento y manteniéndolos seguros en todas tus interacciones con otras personas, donde tú los proteges.

¿Cómo te sientes al tener estos derechos contigo?

.....

.....

¿Lograste asumir el cuidado de ellos?

.....

.....

Si no es así, ¿Cuál fue la dificultad?

.....

.....

Inténtalo de nuevo otro día.

¿Por qué ser asertiva?

.....

.....

.....

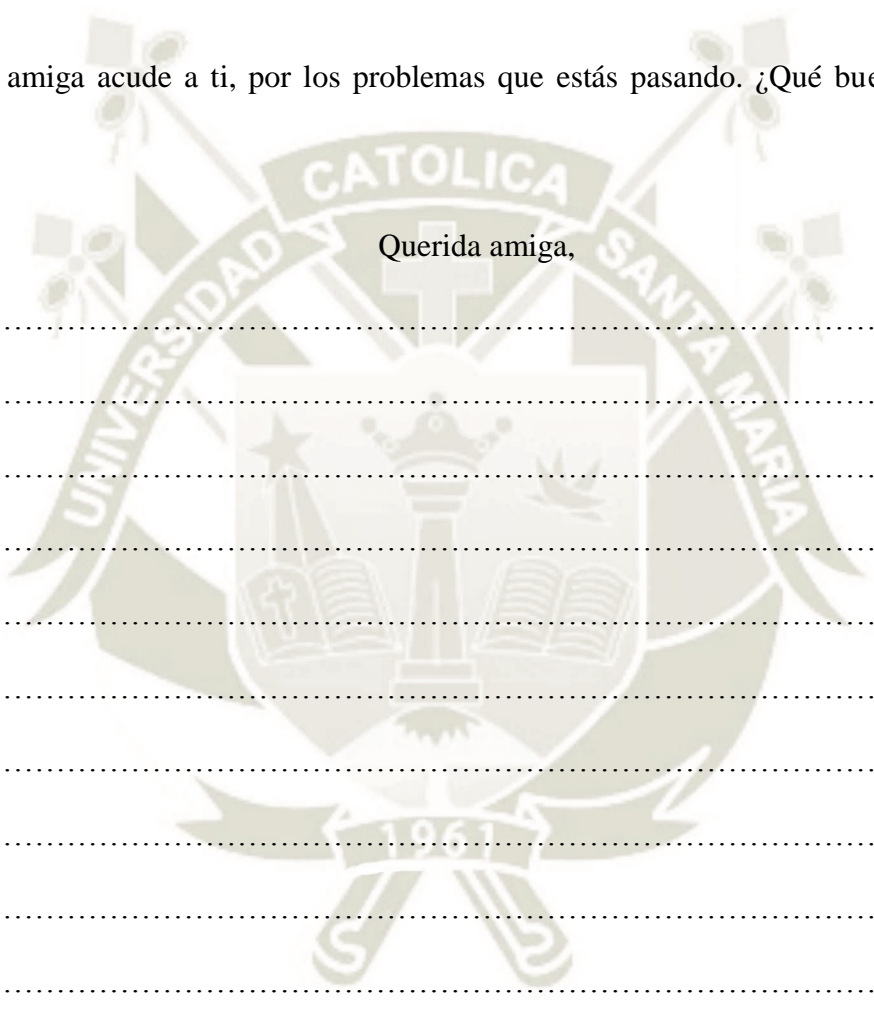
La asertividad es una habilidad que necesitamos aprender y practicar y, al igual que cualquier otra habilidad, requiere de esfuerzo. ¿Entonces por qué molestarse?

Actividad N°20

Sé tu propia consejera sentimental

Si una amiga acude a ti, por los problemas que estás pasando. ¿Qué buen consejo le darías?


Querida amiga,



A series of horizontal dotted lines for writing a response to the question.

Actividad N°21

Cuando la Bulimia no esté más en control, voy a...



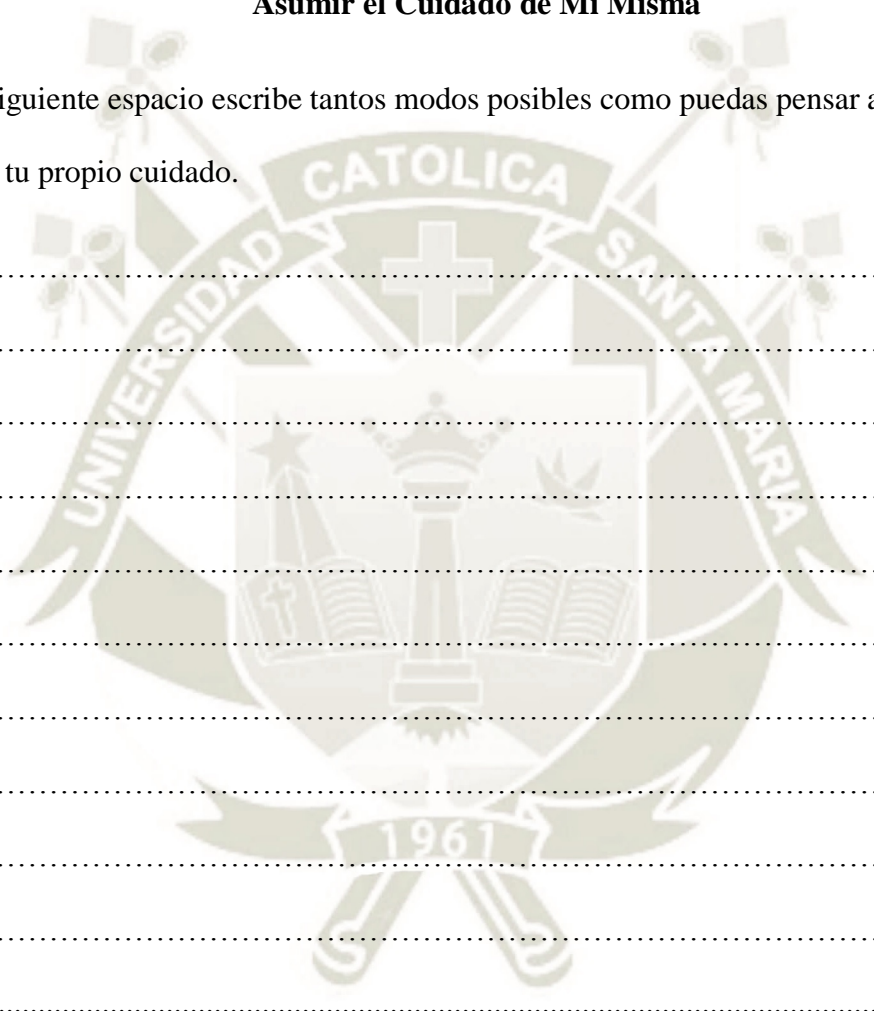
A series of horizontal dotted lines for writing, overlaid with a large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo. The logo features a central shield with a cross, a crown, and two open books, flanked by two crossed keys. The text 'UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA' is written in a semi-circle above the shield, and '1961' is written on a banner below it.



Actividad N°22

Asumir el Cuidado de Mi Misma

En el siguiente espacio escribe tantos modos posibles como puedas pensar al respecto de asumir tu propio cuidado.



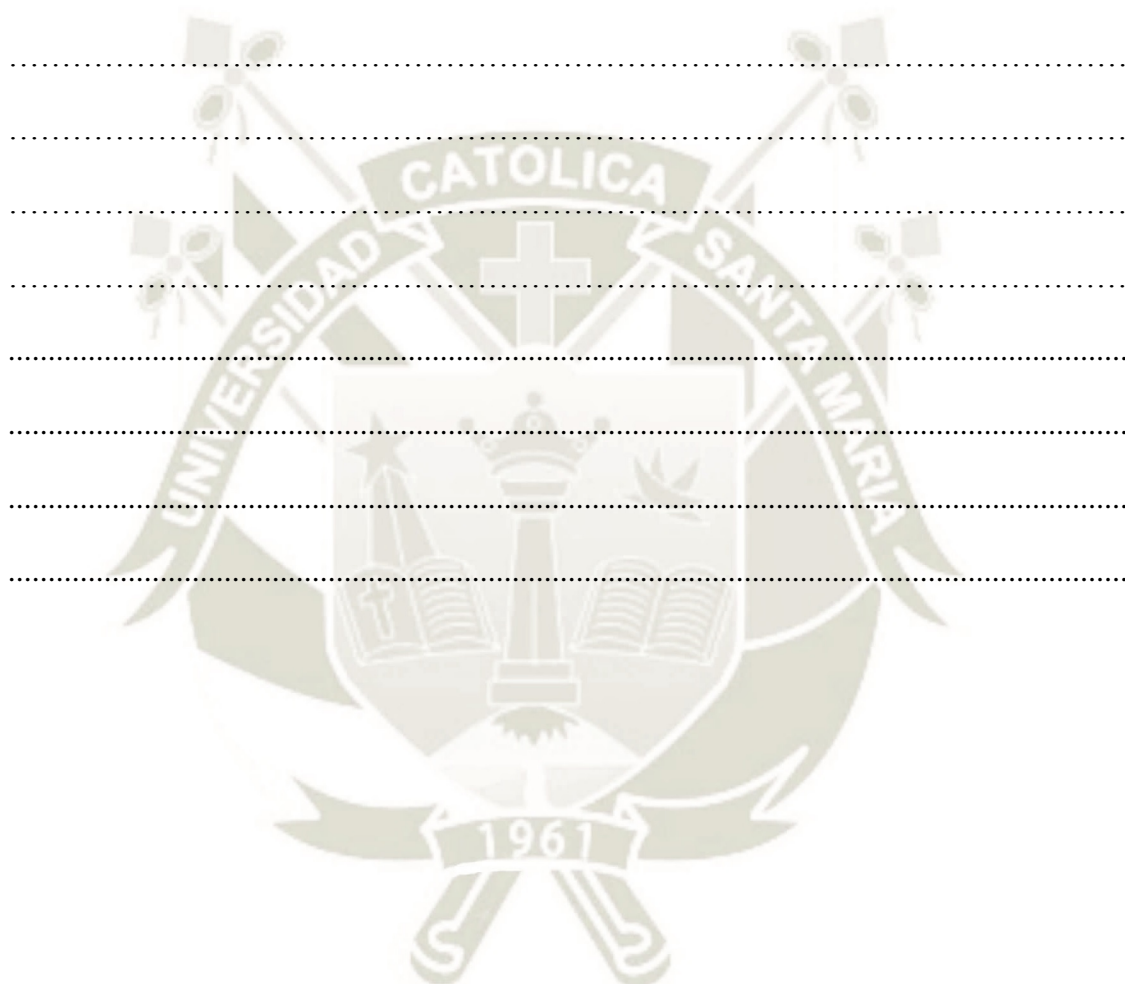
A large, semi-transparent watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered on the page. The logo features a shield with a cross, a book, and other symbols, surrounded by a banner and a crown. The text "UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA" is written around the shield, and the year "1961" is at the bottom.

Below the text, there are ten horizontal dotted lines for writing.

Actividad N°23

Un recordatorio Para Mi Misma

Si has tenido un mal día, habla con alguien o escribe al respecto en tu diario. Recuerda las cosas que has logrado hasta el momento y las razones por las que te mantuviste trabajando en ello.



Actividad N°24

Identificar los Errores del Pensamiento Ansioso

Teniendo como referencia el documento “errores y sesgos comunes en la ansiedad” use el formulario que se presenta a continuación para describir sus propios errores de pensamiento que se produce cuando se sienta ansioso. Por favor, concéntrese en cuáles son sus pensamientos en las situaciones ansiosas o cuando anticipa una de esas situaciones.

Error de pensamiento **Ejemplos de mis propios errores de pensamiento ansioso**

Catastrofizar

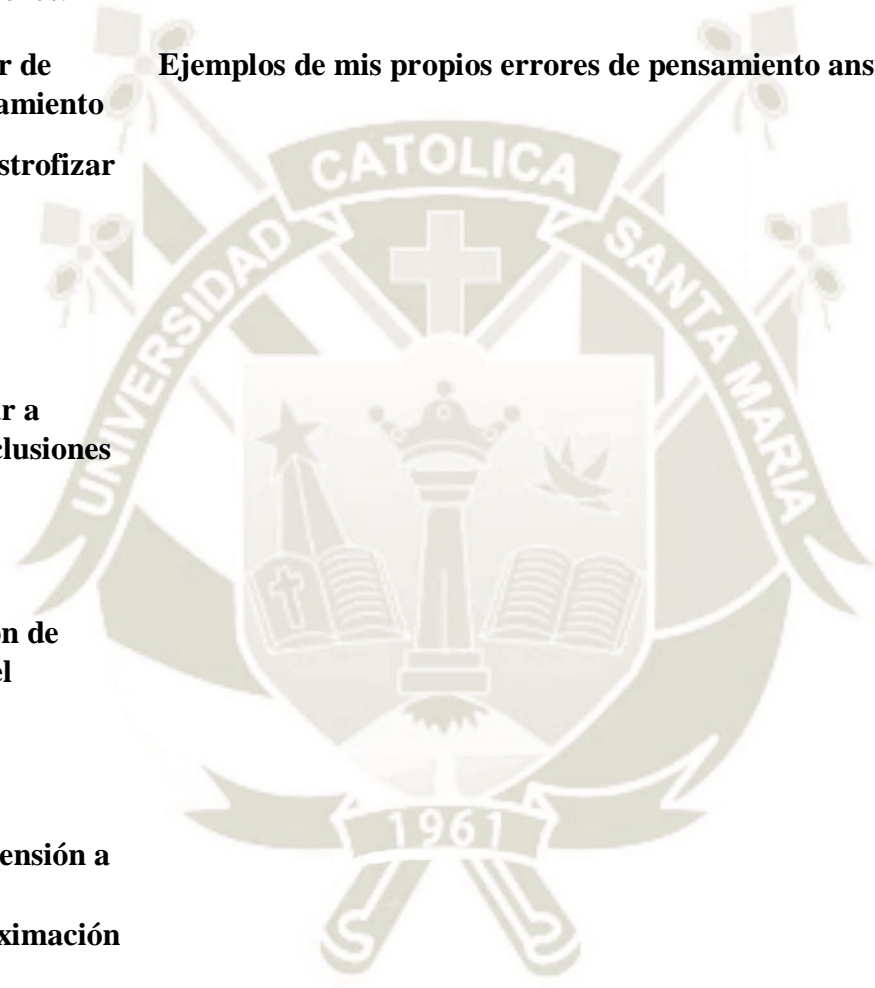
Saltar a Conclusiones

Visión de Túnel

Propensión a la aproximación

Razonamiento Emocional

Pensamiento todo o nada



Actividad N°25

Señales indicadoras de recaídas en bulimia nerviosa

BULIMIA NERVIOSA

Preocupante deseo de volver a dietas.

Irregularidades Menstruales.

Depresión.

Fatiga y cansancio.

Conductas purgativas.

Alteraciones dermatológicas.

Palpitaciones

