

# **Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente**

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud  
**Maestría en Psicoterapia**



## **Cambios en las creencias, emociones y comportamientos de una persona con Trastorno por Atracón que asiste a psicoterapia**

---

**TRABAJO DE OBTENCIÓN DE GRADO** que para obtener el **GRADO** de  
**MAESTRA EN PSICOTERAPIA**

Presenta: **ANDREA UNRATH ENRIGUE**

Asesor **LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO**

Tlaquepaque, Jalisco. 17 de octubre de 2023.

## **Agradecimientos**

La realización de este proyecto no hubiera sido la misma sin factores tan importantes como lo son las personas de las que me rodeé a lo largo de este proceso de altas y bajas, pero tan satisfactorio y gratificante a final de cuentas.

Me gustaría comenzar por agradecerle a Luis Miguel, mi asesor, quien me hizo sentir escuchada, comprendida y apoyada en todo momento. Gracias por toda tu paciencia, presencia y por aportarme tanto en este proceso tan importante para mí.

A mis maestros quienes a lo largo de estos últimos años compartieron sus conocimientos conmigo, los cuales fueron muy enriquecedores en mi proceso tanto a nivel personal como profesional.

A mis compañeros de quienes no dejé de aprender en ni un solo momento, quienes le aportaron a mi trabajo y quienes siempre le agregaron un toque de amabilidad a cada una de las clases.

A Martha por haber sido además de una gran maestra de quien aprendí mucho, mi lectora, quien con su retroalimentación enriqueció bastante mi trabajo y le aportó a mi crecimiento profesional.

A Dana, quien de igual manera se tomó el tiempo de leer mi trabajo y no únicamente lo retroalimentó, sino que me aportó material para seguirlo enriqueciendo. Eres una gran profesional y compañera, te admiro mucho.

A Olivia mi terapeuta, quien tuvo una enorme influencia en mi formación como psicoterapeuta y quien me ayudó a conocer muchas cosas de mí que me permitieron crecer en muchos sentidos.

A mis padres, Elena y Jochen de quienes siempre he recibido apoyo incondicional y quienes siempre reconocieron mis logros desde el amor.

A mi hermano Juan Pablo, por siempre estar conmigo, por ser de las personas de quienes más comprendida me siento y por siempre hacerme reír.

A Kevin, mi novio, quien siempre confió en mí y no dejó de motivarme, escucharme y apapacharme en los buenos y en los más difíciles momentos de este proceso. Gracias por nunca soltarme.

No menos importantes son mis acompañantes caninos, Kyra y Mila, quienes se mantuvieron conmigo durante largas horas de trabajo, encargándose de distraerme y sacarme una sonrisa en los momentos en los que lo necesitaba.

Finalmente, me agradezco a mí, por no rendirme y por demostrarme que soy capaz de muchas cosas.

## Resumen

En la actualidad, el trastorno por atracón se presenta cada vez con mayor frecuencia. Sin embargo, es poco frecuente que quienes lo padecen busquen ayuda profesional principalmente psicológica, por algunas características del trastorno como lo son la vergüenza de reconocer sus comportamientos alimentarios y la escasa consciencia del padecimiento. Además, la reciente independencia del trastorno por atracón de la bulimia vuelve relativamente novedoso a su tratamiento específico a pesar de mantener ciertas características del tratamiento de la Bulimia.

El presente trabajo tiene como objetivo general describir los cambios en las creencias, emociones y comportamientos asociados al trastorno por atracón en una persona que asiste a psicoterapia. Se realizó desde una perspectiva de investigación cualitativa de alcance descriptivo y por medio de un estudio de caso único y de un análisis temático, se analizaron fragmentos de un total de ocho sesiones del inicio, intermedio y final del proceso psicoterapéutico, por medio de los cuales se evaluaron los cambios en las creencias, emociones y comportamientos.

Los resultados obtenidos muestran distintos cambios significativos en las tres categorías. La categoría de creencias fue la primera en presentar cambios y a partir de esto, la categoría de emociones y posteriormente la de comportamientos presentaron transformaciones que aportaron a una mejora en la calidad de vida de la consultante.

Como conclusión, se puede observar el impacto positivo que un proceso de psicoterapia tiene en el tratamiento del trastorno por atracón. Por medio de éste, la consultante fue presentando cambios en el reconocimiento e identificación de sus emociones y creencias al adquirir mayor consciencia de su problemática, lo cual la llevó a

modificar sus comportamientos al comenzar a implementar acciones que le aportaban a su bienestar y principalmente, a la disminución de sus episodios de atracón.

**Palabras clave:** trastorno por atracón, emociones, creencias, comportamientos, psicoterapia, cambio

### **Abstract**

Currently, binge eating disorder occurs with increasing frequency. However, it is rare for those who suffer from it to seek professional help, mainly psychological, due to some characteristics of the disorder such as the shame of recognizing their eating behaviors and the lack of awareness of the disease. In addition, the recent dissociation of the binge eating disorder from bulimia makes its specific treatment relatively new despite maintaining certain characteristics of the Bulimia treatment.

The general objective of this paper is to describe the changes in beliefs, emotions, and behaviors associated with binge eating disorder in a person who attends psychotherapy. It was carried out from a qualitative research perspective of descriptive scope and through a single case study and a thematic analysis, fragments of a total of 8 sessions of the beginning, intermediate, and end of the psychotherapeutic process were analyzed, through which changes in beliefs, emotions, and behaviors were assessed.

The results obtained show different significant changes in the three categories. The category of beliefs was the first to present changes and from this, the category of emotions and behaviors presented transformations that contributed to an improvement in the quality of life of the consultant.

Therefore, in conclusion, the positive impact that a psychotherapy process has on the treatment of binge eating disorder can be observed. Through this, the consultant was presenting changes in the recognition and identification of her emotions and beliefs by becoming more aware of her problems, which led her to modify her behaviors by beginning to implement actions that contributed to her well-being and mainly, to the reduction of her binge eating episodes.

**Keywords:** binge eating disorder, emotions, beliefs, behaviors, psychotherapy, change

## Índice

<b>Capítulo I. Problemática.....</b>	<b>9</b>
1.1 Introducción.....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	12
1.3 Justificación.....	16
1.4 Implicación personal.....	20
1.5 Pregunta de investigación y objetivos.....	22
<b>Capítulo II. Marco Teórico.....</b>	<b>22</b>
2.1 La conducta alimentaria y sus alteraciones.....	23
2.2 Trastorno por Atracón.....	25
2.3 Creencias en el Trastorno por Atracón.....	28
2.4 Emociones en el Trastorno por Atracón.....	31
2.5 Comportamientos en el Trastorno por Atracón.....	35
2.6 Tratamiento del Trastorno por Atracón.....	39
<b>Capítulo III. Marco Metodológico.....</b>	<b>45</b>
3.1 Diseño .....	45
3.2 Estudio de caso.....	49
3.3 Instrumentos.....	51
3.4 Procedimiento.....	51
3.5 Categorías.....	52
3.6 Participantes .....	54

3.7 Características del consultante.....	55
3.8 Consideraciones éticas.....	62
<b>Capítulo IV. Hallazgos y discusión.</b> .....	<b>63</b>
4.1 Creencias asociadas al trastorno por atracón.....	65
a) Creencias al inicio del proceso psicoterapéutico.....	65
b) Creencias en el intermedio del proceso psicoterapéutico.....	70
c) Creencias al final del proceso psicoterapéutico.....	85
4.2 Emociones asociadas al trastorno por atracón.....	90
a) Emociones al inicio del proceso psicoterapéutico.....	90
b) Emociones en el intermedio del proceso psicoterapéutico.....	95
c) Emociones al final del proceso psicoterapéutico.....	104
4.3 Comportamientos asociados al trastorno por atracón.....	109
a) Comportamientos al inicio del proceso psicoterapéutico.....	109
b) Comportamientos en el intermedio del proceso psicoterapéutico.....	112
c) Comportamientos al final del proceso psicoterapéutico.....	119
4.4 Discusión.....	124
<b>Capítulo V. Conclusiones.</b> .....	<b>133</b>
Referencias.....	139
Anexos.....	145



## Capítulo I: Problemática

### 1.1 Introducción

La alimentación es una necesidad básica que forma parte de todos los días de cualquier persona, sin embargo, cuando se habla de conducta alimentaria, entran toda una serie de significados que se le adjudican a la comida y al acto de comer, en donde las emociones y las creencias con las que se cuenta impactan en los comportamientos que se tienen frente a la comida. En el trastorno por atracón, el acto de comer se vuelve un problema cuando de acuerdo con Rojas y García Méndez (2017), se come por apetencia, pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional (p.90).

Beck (2011) refiere que, en una situación determinada, las creencias de una persona tienen impacto en sus percepciones, las cuales se expresan mediante pensamientos y esto a su vez, influye sobre las emociones y posteriormente sobre la conducta de dicha persona. En el trastorno por atracón, las creencias negativas que se tienen provocan determinadas emociones que llevan a comportamientos relacionados con el consumo excesivo de alimentos. El consumo excesivo de alimentos lleva a experimentar diversas emociones desagradables que de la mano con las creencias negativas que ya se tienen, terminan generando nuevos comportamientos perjudiciales, convirtiéndolo así, en un círculo vicioso.

En la actualidad y con respecto a un tratamiento psicológico, el enfoque que ha demostrado ser más eficaz a largo plazo se trata de la Terapia Cognitivo-Conductual. No obstante, tal y como Vázquez (2019) afirma con base en estudios relacionados con el tratamiento del trastorno por atracón, la combinación de TCC con fármacos, reduce los

síntomas depresivos y produce mejoras en cuanto a la insatisfacción corporal, pensamientos negativos vinculados a la alimentación y preocupación con respecto al peso. Por lo tanto, un tratamiento integral, es algo que se considera viable en este tipo de casos.

Sin embargo, el reto radica en que además de que el trastorno por atracón y su tratamiento específico fueron recientemente considerados como independientes de otros trastornos de la conducta alimentaria, principalmente de la bulimia, un tratamiento psicoterapéutico es el que menos se tiende a considerar, debido a que la gran vergüenza de reconocer sus comportamientos ante alguien más es algo característico en quienes padecen el trastorno. Esto, de acuerdo con Baile y González (2016), impide que se intervenga en las primeras fases del trastorno y empeora su pronóstico.

Por lo anterior, poco se conoce sobre el curso y movimiento interno que alguien con el padecimiento pueda tener en un contexto psicoterapéutico. Teniendo en cuenta lo anterior, es relevante para la psicoterapia los cambios que a través de un proceso psicoterapéutico pueden darse en las creencias, emociones y comportamientos de alguien con trastorno por atracón.

Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo es abordar los cambios que se presentan durante un proceso psicoterapéutico en las creencias, emociones y comportamientos dentro del trastorno por atracón desde una perspectiva cognitivo-conductual, al ser el enfoque que se ha demostrado ser más útil para explicar y tratar al trastorno en un ámbito psicológico. Cuadro y Baile (2015) afirman, que la amplia experiencia ofrecida por distintos psicoterapeutas e investigadores puntualiza la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en personas que padecen de trastorno por atracón, al tener resultados no únicamente a corto plazo, sino que también a largo plazo.

La evidencia ha mostrado que en la problemática del trastorno por atracón, existen algunas formas de tratamiento psicológico que son mayormente eficaces tales como la Terapia Conductual Dialéctica (TCP), la Terapia Interpersonal (TI) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). En lo que respecta a la remisión de los episodios de atracón, las tres perspectivas previamente mencionadas han mostrado tener eficacia, en cambio, en lo que respecta a la disminución de la frecuencia de estos mismos, hay evidencia insuficiente sobre la TCD mientras que la TI y la TCC han mostrado resultados favorables (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Sin embargo, de acuerdo con el mismo autor, la evidencia que mejores resultados ha mostrado es la de un tratamiento basado en la TCC, al ser la evidencia sobre la TI algo que continúa creciendo y aquella sobre la TCD recomendada para casos más complejos en donde haya presencia por ejemplo, de conductas autolesivas.

En relación con lo anterior, el trastorno por atracón es una problemática multidimensional por lo que un tratamiento multidisciplinario es lo considerado como óptimo. Sin embargo, las intervenciones psicológicas son un factor crucial para redireccionar las conductas y pensamientos que subyacen a este trastorno, lo cual a su vez genera un impacto positivo en los demás ámbitos involucrados como lo son el nutricional y el médico. Bulik et al. (2007) afirman que la TCC ha mostrado tener un papel importante en la reducción de la frecuencia de episodios compulsivos y de aspectos psicológicos de relevancia en el trastorno por atracón como lo son los pensamientos equivocados, el autodomínio, la desinhibición y el hambre.

Para la realización del presente trabajo de obtención de grado, se analiza el caso de una consultante que cumple con las características que comprenden a un trastorno por atracón, en donde en el marco teórico, además de que se describe lo que comprende a la conducta alimentaria y la forma en la que se dan sus alteraciones, se describen también

las características de una persona con trastorno por atracción en tres distintos niveles: creencias, emociones y comportamientos.

Con respecto a la metodología, se trata de una investigación cualitativa con un alcance descriptivo. Se analiza mediante un estudio de caso único de una persona con trastorno por atracción de acuerdo con el DSM V, en donde se utilizan como instrumentos algunas sesiones completas y algunos segmentos de otras sesiones tanto videograbadas como audio grabadas, de distintos momentos del proceso psicoterapéutico: inicio, intermedio y final. De igual manera, se emplea un análisis temático para el análisis de datos, en donde primeramente se transcriben las sesiones y los segmentos de las sesiones seleccionados, posteriormente se generan códigos, se definen y nombran temas a partir de ella y por último, se categorizan dichos temas que le son relevantes al presente trabajo, en este caso, los cambios en las creencias, emociones y comportamientos en alguien con trastorno por atracción a lo largo de su proceso psicoterapéutico.

Por otro lado, en el apartado de hallazgos se describen las primeramente las creencias, posteriormente las emociones y por último los comportamientos asociados al trastorno por atracción en la consultante en tres momentos distintos de su proceso psicoterapéutico: al inicio, en el intermedio y al final. Así mismo, se describen los cambios que se dieron en los distintos tiempos del proceso. Finalmente, se presenta una discusión general que responde al objetivo del presente trabajo, así como las conclusiones, alcances y limitaciones de este.

## **1.2 Planteamiento el Problema**

La alimentación es una necesidad básica para mantener la vida y por ende, forma parte de la cotidianidad de los seres humanos. Así como se hace con las personas, también se construyen y establecen relaciones con la comida, en donde las creencias, las

emociones a las que llevan las creencias y los comportamientos que de esto resulta toman un papel protagonista. Al respecto, Osorio et al. (2002), refieren que la conducta alimentaria es un comportamiento que guarda relación con los hábitos alimenticios, la forma en la que se preparan alimentos y la cantidad que se consume de ellos, en donde los aspectos relacionales, psicológicos y emocionales tienen un papel fundamental.

En relación con lo anterior, existen personas que presentan alteraciones en su conducta alimentaria, en donde las relacionadas con la sobre ingesta, conforman la base de un trastorno por atracón (TA). Siguiendo las ideas de Baile (2014), en el trastorno por atracón, la persona presenta ingestas de alimentos compulsivas caracterizadas por vastas cantidades de alimento que se ingieren más rápido de lo normal y en un periodo corto de tiempo, así como sin sentir hambre, lo cual los lleva a un punto en donde experimentan un gran malestar tanto físico como psicológico.

Aunado a esto y con respecto a un diagnóstico diferencial, Cuadro y Baile (2015) mencionan que el trastorno de la conducta alimentaria con más similitudes con respecto al trastorno por atracón tanto en características como en su tratamiento es la Bulimia. Es por esto mismo, por lo que por muchos años fue considerado como parte de la Bulimia. Sin embargo, en el trastorno por atracón a diferencia de la Bulimia, no existen comportamientos compensatorios después de un episodio de atracón y la insatisfacción corporal se da en grados menores, por lo que el tratamiento debe de ser distinto e individualizado.

Baile y González (2016), afirman que el síndrome de comedor nocturno es otro de los fenómenos importantes de considerar en el diagnóstico diferencial del trastorno por atracón, ya que hay presencia de atracones, aunque a diferencia del trastorno por atracón, éstos tienen lugar por la noche al consumir pocas calorías durante el día y la

mayoría de ellas por la noche. Por ende, la correcta evaluación de un trastorno por atracón se vuelve una consideración relevante para dar con un diagnóstico.

Con respecto al trastorno por atracón, de acuerdo con Cárdenas (2016), la persona que come de forma excesiva tiene una motivación relacionada con sus emociones al buscar evitar sentir aquellas que son desagradables, por lo que no existe un equilibrio entre el hecho de sentirse saciados y el hecho de seguir comiendo. Por consiguiente, la sobre ingesta de alimentos, se encuentra íntimamente relacionada con una mala regulación de emociones.

En relación con esto, Beck (2011) refiere que las emociones surgen a partir de creencias subyacentes que influyen en una persona y que su expresión radica en pensamientos automáticos ante una determinada situación. Esto a su vez, termina por impactar sobre el comportamiento de una persona. Dicho de otro modo, existe una estrecha relación entre las creencias de una persona, sus emociones y los comportamientos que tiene, al ser cada uno de estos aspectos siempre impactado por otro de ellos.

En el trastorno por atracón, las vivencias de las personas se encuentran saturadas de creencias negativas, vergüenza, culpabilidad, insatisfacción consigo mismos, sensación de pérdida de control y conductas que pueden terminar dañando al propio cuerpo. Gempeler (2005), afirma que al encontrarse este trastorno vinculado con comorbilidades tanto físicas como psicológicas, influye de manera negativa en el funcionamiento que se tiene en sociedad y en la calidad de vida. Esto deja ver, que el vivir con un trastorno por atracón obstaculiza la cotidianidad y en algunos casos, la vuelve desgastante principalmente por la característica sensación de pérdida de control que lo acompaña.

Un estudio realizado por Benjet et al. (2012) que describe las características clínicas y demográficas de jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria, arroja que un poco más del 80% de los participantes reportaron experimentar discapacidad, así como un 20% reportó intento de suicidio, lo cual puede explicarse por ser la impulsividad un factor que se le asocia al trastorno. Por consiguiente, un padecimiento de esta índole se vive como debilitante y en los casos más graves, trae consigo modos de afrontamiento preocupantes.

Por otro lado, en lo que respecta al tratamiento, Gómez-Candela et al. (2018) refieren que al existir variabilidad en la forma en la que se presenta un trastorno de la conducta alimentaria y su gravedad, se necesita de un alto control de cada paciente, por lo que lo más eficaz para este tipo de padecimientos es un enfoque multidisciplinar en donde participen psiquiatras, psicólogos, nutriólogos, médicos y dietistas. Sin embargo, en la actualidad existen ciertos obstáculos con esto, ya que las personas con este padecimiento tienden a priorizar factores mayormente superficiales como lo es la apariencia física, dejando a un lado a los factores psicológicos. Debido a la culpa y a la vergüenza características del padecimiento, las personas suelen evitar la búsqueda de tratamientos psicológicos como solución a su problema y si no cuentan con sobrepeso, es frecuente que pasen desapercibidos.

Por esto mismo, es de relevancia conocer que es lo que sucede internamente en una persona con trastorno por atracón que acude a psicoterapia, por medio de un estudio de caso único al ser ésta una herramienta que permite evaluar de una manera profunda, el efecto de la psicoterapia en los cambios en las creencias, emociones y comportamientos en una persona con trastorno por atracón, a partir de los significados que la persona construye sobre su problemática. De esta manera, se va a poder analizar también la forma en la que las categorías antes mencionadas se modifican con el paso de

las sesiones, así como la interacción que se da entre ellas para que tenga lugar el cambio. Esto a su vez permitiendo que, a partir de un caso particular, se pueda analizar la información obtenida de una manera detallada que pueda aportar información con respecto al tratamiento del trastorno por atracón.

### **1.3 Justificación**

En el día a día de una persona, la comida es un factor indispensable, así como es algo con lo que se construye una relación a partir de un contexto cultural. En el caso específico de México, la comida forma parte de muchas de las costumbres y tradiciones que se viven en el país y aunado a esto, se trata de uno de los países con mayores índices de obesidad. Esto nos habla de la deficiente relación con la comida que una gran parte de la población del país tiene. En relación con esto, Flores (2016) refiere que lo que normalizan los campos de la nutrición y la medicina en México, es tener un peso corporal ideal y una ingesta alimentaria equilibrada, cuando en realidad, la cultura de la comida en el país se sale de dicha norma.

Swanson et al. (2012) afirman en su estudio relacionado con el diagnóstico del trastorno por atracón, que aproximadamente el 1.6% de adultos provenientes de México, han cumplido por lo menos alguna vez en su vida con los criterios necesarios para padecer un trastorno por atracón. Sin embargo, las características de la cultura de la comida en el país muchas veces complican el diagnóstico del trastorno. Esto sumado al hecho de que algo con lo que automáticamente se vincula al trastorno por atracón es con la obesidad, cuando no necesariamente tiene que haber presencia de obesidad para padecerlo.

Si se habla de la prevalencia del trastorno por atracón, Vázquez (2019) afirma que afecta a entre el 2% y 5% de la población general, afectando en mayor medida a las



mujeres, aunque sin mucha diferencia con respecto a los hombres. Esto tomando en cuenta que una gran parte de quienes no presentan obesidad y padecen del trastorno, pasan desapercibidos.

Aunado a lo anterior, la realidad en la que actualmente se vive, muchas veces demanda distintas herramientas emocionales ante las diversas situaciones adversas a las que las personas se van enfrentando. El no contar con ellas puede provocar distintas alteraciones emocionales que lleven a utilizar a la ingesta de comida, como un método para regularlas, en donde más que comer como respuesta a una sensación de hambre, se come como respuesta a un estado emocional. En un estudio realizado por Godoy (2014) a mujeres obesas con trastorno por atracón, resultó que un 65% de las mujeres involucradas presentó síntomas depresivos, un 53.3% presentó ansiedad y un 23.3% presentó autoestima baja. Al ser los estados de ánimo ansiosos y depresivos algo común en la población actual, claro está que el riesgo a presentar alteraciones en la conducta alimentaria es relevante.

Siguiendo con la relación del ámbito emocional con el trastorno por atracón, la vergüenza es una de las principales características de quienes lo padecen. Vázquez (2019) refiere que las cantidades ingeridas por estas personas son tan grandes en comparación con las que ingiere una persona sin el padecimiento, que las llevan a sentir un malestar físico considerable. Esto a su vez, provoca que realicen los atracones a escondidas debido a la vergüenza que sus comportamientos les causa.

Como bien se sabe, el acto de comer se caracteriza la mayoría de las veces por compartirse con otros mientras se disfruta de esto, sin embargo, alguien con un trastorno por atracón, tiende a aislarse en este tipo de situaciones llevándolos incluso a experimentar soledad, entre otras emociones y experiencias desagradables. Continuando con las ideas de Vázquez (2019), la culpa, auto rechazo, tristeza, dificultades laborales y

dificultades en las relaciones interpersonales, son característicos de este trastorno. Por consiguiente, el día con día de alguien con este padecimiento se vuelve desgastante, al experimentar la sobre ingesta alimentaria como algo fuera de su control y a su vez, difícil de solucionar.

De igual manera, en una persona con trastorno por atracón, existen toda una serie de distorsiones cognitivas y pensamientos negativos que las asaltan y las llevan a comer de un modo desfavorable, al ser ese su modo de afrontarlas. Beck (2007) menciona que las principales distorsiones cognitivas que acompañan a alguien que busca seguir una dieta para conseguir un peso ideal, son pensamientos sabotadores, la racionalización, subestimación de las consecuencias, el autoengaño, las normas arbitrarias la habilidad para “leer la mente” y la exageración.

Las distorsiones cognitivas que las personas con trastorno por atracón pueden tener, llegan a sentirse como desgastantes y debilitantes, y además, junto con las emociones son lo que provocan la presencia de comportamientos perjudiciales para éstas. Concordando con el DSM V (APA, 2014), los principales comportamientos de una persona con trastorno por atracón son el consumo excesivo de alimentos en un periodo corto de tiempo hasta llegar al malestar corporal, falta de control al comer y aislamiento debido a la vergüenza que causa. Esto trae consigo cogniciones y emociones desagradables que vuelven a llevar a un episodio de atracón y es de esta forma, como se convierte en un círculo vicioso de difícil escapatoria.

Como bien puede verse, la vivencia de alguien con trastorno por atracón se vuelve agotadora y desgastante, y uno de sus modos de afrontamiento más graves son los planes de suicidio. Al respecto, Benjet et al. (2012) reportan en su estudio realizado a una prueba de adolescentes con trastorno por atracón, que aproximadamente entre el 13.5% y el 14.9% de ellos, contaban con planes de suicidio. Como bien se puede ver, el trastorno

por atracón puede perjudicar tanto el funcionamiento diario de una persona que, como consecuencia más grave, se llega a creer que la mejor forma de enfrentar sus problemas, es interrumpir su vida para dejar de sufrir.

Con respecto al tratamiento, con frecuencia sucede que las opciones que estas personas toman son un tratamiento nutricional o farmacológico al darle prioridad al propio aspecto, sin muchas veces tomar en cuenta también los factores internos. Gómez-Candela et al. (2018), refieren que un alto porcentaje de las personas que padecen de un trastorno por atracón y principalmente aquellas con sobrepeso, son primeramente atendidos en consultas nutricionales, mientras que los pacientes de peso normal con este mismo padecimiento muchas veces pasan desapercibidos si no consultan ellos mismos por su característica vergüenza vinculada a su comportamiento frente a la comida.

En cuanto al tratamiento farmacológico, Cuadro y Baile (2015), mencionan que los psicofármacos y su eficacia amerita cuestionarse, debido a que más que ofrecer resultados a largo plazo principalmente debido a la tendencia a la cronicidad del trastorno, los ofrece a corto plazo. Esto permite ver que, aunque los fármacos pueden ser útiles a corto plazo, una opción para tener resultados favorables en las personas con trastorno por atracón a largo plazo es incluir al ámbito psicoterapéutico dentro del tratamiento.

Un aspecto no menos importante por considerar es que el trastorno por atracón es relativamente novedoso con respecto a su consideración como independiente a otros trastornos alimentarios, ya que por mucho tiempo se consideró como una variante de la Bulimia cuando no son lo mismo. De acuerdo con Baile y González (2016), el trastorno por atracón fue finalmente reconocido como trastorno independiente en el año 2013 en el DSM V, a pesar de que, desde muchos años antes ya existía la sobre ingesta de alimentos. En otras palabras, se trata de un trastorno que ha sido poco estudiado, por ende, existe poca información clara con respecto a su tratamiento específico.

Sin embargo, como Cuadro y Baile (2015) refieren y dentro las evidencias que existen, actualmente se conoce que la Terapia Cognitivo-conductual es considerada como el tratamiento más eficaz con respecto a la disminución de la frecuencia de los atracones, así como en aspectos emocionales y relacionales. Por consiguiente, es un reto relevante para la psicoterapia el que muchas de las personas con trastorno por atracón sean derivadas por otros los profesionales a los que acuden primero, para que su tratamiento sea integral e incluyente del ámbito psicológico, al ser algo clave para una evolución óptima.

Por lo anterior, se puede concluir que las personas con este trastorno viven su vida diaria con bastante sufrimiento, creencias negativas, así como con sentimientos de impotencia y vergüenza con respecto a su conducta frente a la comida. Esto último los lleva a ocultar sus síntomas y por ende, a evitar buscar un proceso de psicoterapia. Es por esto, por lo que los cambios en las creencias, emociones y comportamientos de una persona con trastorno por atracón que puedan darse en un proceso psicoterapéutico basado en la Terapia Cognitivo-conductual al ser el enfoque con mayor evidencia de eficacia en esta problemática, son importantes de conocer. Esto para comprender la evolución que el trastorno puede alcanzar en los tres aspectos por medio de la psicoterapia, permitiendo de este modo, una evaluación más precisa de las vías de tratamiento más pertinentes a implementar, mientras se contribuye aportando más información del trastorno, ya que como bien se sabe no ha sido extensamente estudiado.

#### **1.4 Implicación Personal**

Lo que me lleva a realizar la presente investigación, es una gran pasión e interés por la relación existente entre la comida y la psicología y como las alteraciones relacionadas con esto mismo, pueden llegar a impactar de forma negativa en la vida de las personas, sin que muchas veces se percaten de esto. Desde la adolescencia, al

descubrir la existencia de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria, me apasioné como pocas veces me había apasionado un tema. Tanto, que incluso cabe mencionar que tiempo después, fue lo que me motivó a estudiar la licenciatura en psicología. Sin embargo, volviendo a mi adolescencia, de pronto mis tardes libres se convirtieron en tardes de buscar documentales, películas o incluso leer libros, todos relacionados con el tema.

Dentro de mi cabeza no podía dejar de dar vueltas la pregunta ¿cómo es posible que una persona pueda llegar a hacerse cosas tan dañinas por no gustarse físicamente a sí misma? Lo que sucedía en el interior de esas personas y la manera en la que vivían sus días, era algo que tenía un papel protagonista dentro de mi curiosidad.

La conducta alimentaria es un tema que me apasiona e interesa considerablemente. Considero que los trastornos relacionados con esto mismo son cada vez más frecuentes. Esto tomando en cuenta la cultura en la que vivimos, en donde de pronto, el verse “bien” o el “tener un buen cuerpo”, entre muchas otras exigencias que nos demanda, se han convertido en metas para muchas personas, al considerarlas algo parecido a la felicidad o al bienestar personal. Sin embargo, claro está que más que tratarse de algo superficial, el papel principal dentro de esto, lo tienen factores internos, a partir de los cuales construimos un esquema mental y de lo cual pocas veces se tiene conciencia, así como pocas veces se le da la importancia que merece. Por consiguiente, algo que me mueve en gran medida, es dentro de mi posición y alcance, poder aportar de forma positiva en el tratamiento de las personas con problemáticas relacionadas con la ingesta de comida, para que pueda mejorar su calidad de vida.

### **1.5 Pregunta de Investigación y Objetivos**

¿Cuáles son los cambios en las creencias, emociones y comportamientos asociados al trastorno por atracón en una persona que asiste a psicoterapia?

### ***Objetivo General***

Describir los cambios en las creencias, emociones y comportamientos asociados al trastorno por atracón en una persona que asiste a psicoterapia.

### ***Objetivos Específicos***

1. Identificar los cambios en las creencias al inicio, en el intermedio y al final de un proceso psicoterapéutico de una consultante con trastorno por atracón.
2. Identificar los cambios en las emociones al inicio, en el intermedio y al final de un proceso psicoterapéutico de una consultante con trastorno por atracón.
3. Identificar los cambios en los comportamientos al inicio, en el intermedio y al final de un proceso psicoterapéutico en una consultante con trastorno por atracón.

## **Capítulo II. Marco Teórico**

En el presente apartado se pueden encontrar primeramente la conducta alimentaria y las alteraciones que muchas veces conlleva, las cuales en distintas ocasiones desembocan en un trastorno de la conducta alimentaria, como lo es el trastorno por atracón. Posteriormente, se define al trastorno por atracón incluyendo sus características, evaluación y estadísticas con respecto a su prevalencia.

Por otra parte, se encuentran las creencias que con mayor frecuencia forman parte de una persona con trastorno por atracón. Después, se habla sobre el impacto que las emociones tienen sobre el desarrollo de dicho trastorno, así como en su mantenimiento. Se continúa con los comportamientos principales dentro del trastorno por atracón, así como su relación con las ya mencionadas creencias y emociones.

Finalmente, se presenta al tratamiento del trastorno por atracón desde el enfoque que mayor evidencia científica tiene sobre su eficacia en este tipo de problemáticas, la terapia cognitivo conductual. Aquí se incluyen los principales objetivos con los que dicho tratamiento cuenta, así como las maneras consideradas mayormente adecuadas de abordar al trastorno.

## **2.1 La Conducta Alimentaria y sus Alteraciones**

Para comenzar con uno de los puntos clave para comprender la presente investigación, la conducta alimentaria, es importante conocer lo que ésta misma implica. Primeramente y de acuerdo con Santacoloma y Quiroga (2009), se trata de una acción por medio de la cual los nutrientes son incorporados al organismo de las personas. Esta acción se encuentra influida por toda una serie de variables dentro de las cuales se encuentran las emociones, cogniciones y comportamientos. Por lo tanto, comer no es únicamente alimentarse como se tiende a creer, sino que es algo que implica diversos significados en medidas considerables y es a partir de esto mismo, que la conducta alimentaria tiene lugar.

En relación con esto, es importante considerar que dentro de los diversos significados que se le puede dar a la comida, mucho tiene que ver la vinculación que desde la infancia se hace con respecto a que la alimentación es sinónimo de cuidados y

afecto, además de considerarse un proceso de comunicación, tal y como lo mencionan Rojas y García-Méndez (2017). Es decir, a lo largo de su desarrollo, las personas le van adjudicando cierto significado al acto de comer, viéndose esto influenciado por lo que la experiencia de comer les ha provocado a un nivel emocional. En una gran cantidad de casos, la comida es relacionada con experiencias placenteras, teniendo en cuenta que se trata de una necesidad básica en los seres humanos.

Aunado a lo anterior, concordando con las ideas de Cárdenas (2016), la comida tiene resultados asociados con el bienestar debido a sus efectos relacionados con la dopamina en un nivel cerebral, por lo que esto en muchas ocasiones provoca dependencia a la comida por las emociones tan agradables que el hecho de comer provoca. Esto mismo, puede llevar a cuestionar el que muchas veces la comida pueda utilizarse como un mecanismo de afrontamiento ante aquellas situaciones, cogniciones y emociones que son difíciles de manejar para algunas personas.

Por lo tanto, las alteraciones en la conducta alimentaria guardan una estrecha relación con las emociones y modos de afrontamiento con los que una persona vive. Siguiendo con las ideas de Cárdenas (2016), lo que mayormente representa el hecho de que la ingesta de comida se vuelva excesiva, corriendo el riesgo de llevar a una persona al sobrepeso, es el valor tanto cognitivo como afectivo que se le adjudica a la comida. Es por esto por lo que puede comprenderse que en personas cuyo afrontamiento ante experiencias adversas carece de herramientas, las alteraciones en la conducta alimentaria como lo es en este caso, la sobre ingesta de comida, tienen mayores probabilidades de llevarse a cabo.

El riesgo, radica en que las alteraciones, en algo tan cotidiano como lo es el acto de comer, pueden en muchos casos llevar al desencadenamiento de un trastorno por



atración, al convertirse la ingesta de comida en algo tan excesivo y compulsivo, como forma de mediar aquello que a nivel interno se está experimentando.

## **2.2 Trastorno por Atración**

Actualmente se conoce que la distribución de la prevalencia del trastorno por atración entre hombres y mujeres es mayor en el caso de las mujeres con un 1.6%, con respecto al caso de los hombres, cuyo porcentaje representativo es del 0.8%. De igual manera, se sabe que el trastorno se presenta en mayor medida en personas que buscan tratamientos para disminuir su peso, a diferencia de en la población general (APA, 2014).

Comenzando por definir a un trastorno por atración, de acuerdo con el DSM V (APA, 2014), este se caracteriza por episodios recurrentes de atracones en donde en un periodo determinado de tiempo, tienen lugar una ingesta de alimentos superior a la que la mayoría de las personas tendría en el mismo contexto y una sensación de falta de control con respecto a la cantidad de alimento que se ingiere. Así mismo, estos comportamientos, no se intentan compensar con ejercicio físico, laxantes o ayuno, difiriendo de otros trastornos de la conducta alimentaria como en el caso de la bulimia.

En relación con lo anterior y en lo que respecta a la evaluación del trastorno por atración, es de relevancia incluir las principales áreas que impactan y se ven impactadas en alguien con el trastorno. Dentro de dichas áreas se encuentran la biomédica, evaluación general, dieta y hábitos alimentarios, área psicológica en donde se ven incluidos aspectos emocionales, área cognitiva e imagen corporal (Saldaña, 1994, como se citó en González y Baile, 2016). Estas áreas son de relevantes de evaluar, al impactar una sobre la otra, dicho de otro modo, lo que se experimenta a nivel cognitivo como lo son las motivaciones, creencias, expectativas de resultado, va a impactar directamente sobre

el área emocional y esto a su vez, va a influir sobre los hábitos y comportamientos alimenticios que se tienen.

Gómez-Candela et al. (2018) refieren que debido a la vergüenza que los pacientes con trastorno por atracón sienten por su comportamiento y la cual los lleva a no consultar por esto mismo, el diagnóstico puede ser difícil de realizar. Sin embargo, factores tales como las variaciones en el peso, las expectativas que giran alrededor de la pérdida de peso y los síntomas de depresión podrían considerarse como una clave de diagnóstico. Esto aunado al diagnóstico diferencial con la bulimia, en donde la diferencia radica en la falta de conductas compensatorias y con el síndrome del comedor nocturno, en donde la diferencia tiene que ver con el horario en el que tienen lugar las ingestas de alimento.

En cuanto a las características del padecimiento, la ingesta de alimento es tan amplia, que dentro de sus principales consecuencias, se encuentran el sentirse excesivamente llenos, con emociones de vergüenza ante su comportamiento y con un malestar general (APA, 2014). Dicho de otro modo, el comer se vuelve algo que carece tanto de control por parte de la persona en cuestión, que las sensaciones posteriores al acto son considerablemente desagradables y aun así es un patrón que continúa repitiéndose.

Dentro de la forma en la que se vive este trastorno, algo muy presente en las personas que lo padecen, es el carácter secreto de los atracones que realizan. Cuadro y Baile (2015), afirman que a pesar de que continúan comiendo de forma normal frente a otras personas, al momento de tener atracones, tienden a ocultarse por la vergüenza que les provoca su comportamiento. Esto a su vez, vuelve complicado el hecho de que alguien con un trastorno por atracón, busque ayuda al esto implicar el tener que reconocer sus conductas frente a alguien más.

Sumado a esto, Baile y González (2016) mencionan que, en el trastorno por atracón, existe insatisfacción con el propio cuerpo y aspecto, aunque no en niveles extremos como se da en otros trastornos de la conducta alimentaria. Por consiguiente, las creencias que tienen sobre su propio cuerpo influyen en la forma en la que se relacionan con la comida, en cómo se sienten y a su vez, aportan a la vergüenza antes mencionada, al experimentarla también en relación con la forma en la que perciben a su cuerpo.

En lo que comprende a las consecuencias inmediatas asociadas a los atracones de comida, se ve implicada la búsqueda por disminuir sentimientos y pensamientos desagradables utilizando a la comida como el medio para conseguirlo. De acuerdo con Baile y González (2016) por medio del atracón se pretende generar un bloqueo de consciencia de estados tanto cognitivos y afectivos, tomando como ejemplo a pensamientos de soledad y de abandono, que se viven como insoportables, así como el evitar pensar en situaciones sociales que fueron en su momento desagradables para la persona.

Por otro lado, siguiendo con las ideas de Baile y González (2016), como consecuencias a largo plazo de estas conductas frente a la comida, se puede encontrar el lograr sentir la gratificación que no se obtiene de otros ámbitos de la vida, por medio de la comida, así como una modificación en las cogniciones que prolonga la conducta alimentaria dañina para la persona, en este caso, los atracones. Es decir, la comida de algún modo se vuelve el sustituto de las herramientas con las que no se cuentan para afrontar las situaciones que la realidad va presentando; es como si fuera un espacio que brinda seguridad.

Aunado a esto, los problemas de adaptación a un rol social, el aumento de la mortalidad, el mayor riesgo a padecer de obesidad y el incremento con respecto a la

morbilidad médica, son otros de los riesgos presentes en alguien que padece del trastorno (Baile y González, 2016).

### **2.3 Creencias de las Personas con un Trastorno por Atracón**

Dentro de los principales factores que se encuentran inmersos en la forma en la que una persona vive un trastorno por atracón, se encuentran las creencias irracionales que aportan a que surja el padecimiento, así como a que éste mismo se mantenga. Para comprender mejor a las creencias irracionales, se debe tomar en cuenta que tal y como lo afirman Medrano et al. (2010), las creencias son irracionales, cuando más que ser lógicas, dificultan el funcionamiento eficaz de una persona.

De acuerdo con Baile y González (2016), existen factores psicológicos que predisponen a un trastorno por atracón, como lo son las creencias, un mal uso del control, el perfeccionismo y una baja autoestima. El hecho de tener creencias irracionales con respecto a uno mismo aporta al surgimiento y desarrollo de la sobre ingesta de alimentos sin necesidad de que exista hambre de por medio.

Beck (2011) refiere que las creencias centrales negativas son con frecuencia generalizadas y absolutas, por lo que un paciente puede procesar sin dificultad alguna la información que la sostiene, sin embargo, no es capaz de identificar a aquella información que indica lo contrario. Esto vuelve difícil el detener un episodio de atracón o generar consciencia de lo que se está pensando al momento de experimentarlo.

Como bien afirman Woods y Grieger (1995), las personas pueden contar con una serie de pensamientos y de creencias, tanto irracionales como autodestructivas, que llevan a dañarse a uno mismo de distintas formas. Las creencias con las que una persona con un trastorno por atracón vive, pueden ser tan fuertes, que se toman como ciertas y es

a partir de esto que se actúa de diferentes formas dañinas tanto para el propio organismo, como para un nivel psicológico. Esto a su vez, provoca que los episodios de atracones se repitan y se conviertan en un círculo vicioso con difícil escapatoria.

Existen distintas clasificaciones para los tipos de creencias irracionales que se vinculan con los trastornos de la conducta alimentaria, en este caso, enfocándonos en el trastorno por atracón y las cuales vale la pena tener en cuenta para comprender como es que una persona con el padecimiento los vive. Woods y Grieger (1995) afirman que, dentro de dichas clasificaciones, podemos encontrar a las demandas, las cuales tienen que ver con creencias relacionadas con el “debo de tener” y “debo de ser”. Cuando no se obtiene eso que se cree que se debe de tener o que se debe de ser, entonces se utiliza a la comida como una especie de consuelo al considerarla como uno de los pocos placeres que quedan en su vida.

Además, como parte de las anteriormente mencionadas clasificaciones, se encuentra la baja tolerancia a la frustración, en donde continuando con las ideas de Woods y Grieger (1995), se relacionan con el creer que no se puede resistir a las tentaciones o que es bastante difícil el cambiar los propios pensamientos y por ende, los hábitos relacionados con la comida. Este tipo de creencias, pueden ser tan desmotivantes, que las personas con trastorno por atracón terminan tomando como vía de acción el rendirse ante lo que la comida les representa y comiendo, por ende, los atracones de comida.

De igual forma, hay creencias relacionadas con la autocensura, las cuales se viven con tanto realismo, que las personas llegan a interpretar que son merecedores de eso tan agotador que les sucede. Como parte de estas creencias, tienen lugar el pensar que no se puede tener el control sobre la comida, que se es un caso perdido por lo que no vale la pena seguir intentando, que no se puede hacer nada con equilibrio y que se tiene un

aspecto despreciable por lo que no valen nada (Woods y Grieger, 1995). Esto permite imaginarnos, lo agotador y desgastante que es el vivir con estos modos de pensar, los cuales más que promover la acción, promueven inestabilidad y estancamiento.

Por otro lado, de acuerdo con las ideas de Beck (2007), las creencias centrales dan lugar a pensamientos automáticos en una situación en específico, así como también impactan sobre las emociones y el comportamiento. De acuerdo con el mismo autor, los errores típicos del pensamiento son el pensamiento de tipo “todo o nada”, pensamiento catastrófico, descalificar o dejar de un lado lo positivo, razonamiento emocional, catalogar, magnificar o minimizar, filtro mental, leer la mente, la sobregeneralización y personalización. Este tipo de creencias, aportan en gran medida al mantenimiento de un trastorno por atracón, por lo que son importantes de tomar en cuenta e identificar cual es el que se está presentando.

En un estudio realizado por Escandón-Nagel et al. (2018) en el cual se comparó a personas con malnutrición con y sin trastorno por atracón, surgió como resultado que las personas con el padecimiento tienen un mayor nivel de conflicto cognitivo referente principalmente a constructos dilemáticos y a dilemas implicativos. Por consiguiente, las personas con trastorno por atracón presentan en su vida diaria, conflictos de confusión entre contextos de utilización de dos constructos distintos y conflictos para orientarse y tomar decisiones.

Siguiendo con el estudio mencionado, dentro del grupo de las personas con trastorno por atracón, el 62.5% presentó dilemas implicativos, así como el 95.8% presentó constructos dilemáticos. Al ser estos porcentajes considerablemente altos, permiten cuestionarnos el obstáculo tan grande que representa para una persona con trastorno por atracón el tener un buen funcionamiento en su vida cotidiana.

Las creencias, pueden vivirse tan obstaculizadoras, que van a verse después negativamente reflejadas tanto en las emociones como en los comportamientos de alguien que vive con este trastorno. Es por esto, por lo que vale la pena conocer, todo lo que comprenden los otros dos factores mencionados, al tener un vínculo con el sistema de creencias de alguien con trastorno por atracón.

#### **2.4 Emociones en una Persona con Trastorno por Atracón**

No menos importantes son las emociones implicadas en la vida de una persona que padece de un trastorno por atracón, por lo tanto, conviene comenzar por describir lo que en la presente investigación se entiende por emociones. Concordando con Wolz (2016), se trata de una combinación de cambios tanto en un aspecto fisiológico como en uno cognitivo con respecto a la atribución de significados, lo cual resulta en la presencia de un afecto ya sea positivo o negativo.

De acuerdo con Nowakowski et al. (2013), las personas con Trastorno por Atracón tienen niveles altos de alexitimia, principalmente en lo que respecta a la identificación y comunicación de sus emociones. Por consiguiente, se entiende que las personas con trastorno por atracón presentan dificultades para tener claridad en lo que sienten, así como en expresarlo.

Agregando a lo anterior, se deben tener en cuenta a las representaciones individuales con las que las emociones cuentan, las cuales se construyen desde edades tempranas. Coincidiendo con Nowakowski et al. (2013), crecer en un contexto en el que las emociones fueron vistas como algo inaceptable, provoca el desarrollo de una creencia posterior de que los sentimientos son malos y no deben ni experimentarse, ni expresarse. Por ende, sucede con frecuencia que, al hecho de experimentar una determinada

emoción, le proceden otras emociones en respuesta como lo son la culpa o la vergüenza por haberlo experimentado, debido a esa representación que se construyó sobre el sentir desde tiempos atrás.

Por lo tanto, estos significados que se le adjudican a ciertas emociones conforman la base de que se tenga una mala regulación emocional, tal y como sucede en el caso de alguien con trastorno por atracón. Como Wolz (2016) refiere, muchas veces lo que se busca es la eliminación de una emoción desagradable al sentirse incapaz de lograr modularla, cuando el hecho de aceptar emociones negativas es básico para una adecuada regulación emocional. En el trastorno por atracón, la pobre capacidad para regular emociones resulta en la mayoría de los casos en la sensación de que las emociones son tan agobiantes, que no hay nada que se pueda hacer al respecto, por lo que en cambio, como estrategia se utiliza el acto de comer excesivamente, al ser lo único que calma dicho agobio.

De acuerdo con Beck (2007), los desencadenantes emocionales en el acto de comer son sentimientos desagradables tales como la tristeza, ansiedad, frustración, aburrimiento o enojo, aunque dichos desencadenantes pueden ser también emociones agradables, en donde se piensa que, si se continúa comiendo, el sentimiento positivo que se está experimentando, no acabará. Por consiguiente, aunque se tiende a creer que lo que desencadena a la ingesta excesiva son emociones desagradables, no necesariamente es así.

Cuadro y Baile (2015), afirman que las sensaciones que se experimentan al momento de realizar un atracón se encuentran llenas de placer, por el contrario, una vez que se realiza el atracón, las emociones experimentadas tienen que ver con ansiedad intensa y disgusto. Esto permite dar cuenta, que el atracón representa algo agradable en el momento, por lo que se entiende que sea algo que se siga repitiendo a pesar de que



conforme el atracón avanza, las emociones se vuelvan tan desagradables, hasta llegar al punto de experimentar asco.

En otras palabras, alguien que padece de un trastorno por atracón, de cierto modo encuentra en el acto de comer, un alivio. Como bien menciona Cárdenas (2016), por medio de la ingesta de alimentos excesiva, es que se buscan sentimientos de gratificación y que se compensan fracasos en distintos ámbitos de la vida. La comida se vuelve un modo de afrontamiento o de resolución de problemáticas, al no sentirse capaces de hacerlo de otro modo.

Con respecto a las principales emociones que caracterizan a un trastorno por atracón, se encuentran la vergüenza, la culpa y la ansiedad, aunque con frecuencia, también hay tristeza de por medio. Comenzando por conceptualizar a la ansiedad y continuando con las ideas de Cárdenas (2016), ésta es una perturbación del estado de ánimo en personas que tienen dificultades para afrontar diversas situaciones que los alteran, es decir, sus mecanismos de afrontamiento no funcionan.

Benjet et al. (2012) afirman que, para personas con trastorno por atracón, hay una mayor prevalencia tanto de trastornos de ansiedad, impulsivos y de ánimo. Lo que el experimentar ansiedad provoca en ellos, es que utilicen algo al alcance de cualquiera, en este caso la comida, para buscar disminuir dicha ansiedad y la tensión que se encuentran experimentando.

Al respecto, da Silva Freire et al. (2020), reportan en un estudio realizado con el objetivo de examinar la relación existente entre la actividad física y la ansiedad en pacientes con trastorno por atracón, que, dentro de los 32 participantes, únicamente 5 no presentaron ansiedad, mientras que 27 de ellos presentaron algún nivel de ansiedad.

Dicho de otro modo, a mayores niveles de ansiedad, son mayores los niveles de alteraciones en la conducta alimentaria.

Sin embargo, de esta forma y concordando con Cárdenas (2016), no existe un equilibrio entre la saciedad y el seguir comiendo, ya que lo que se busca es no sentir las emociones negativas que rodean a la persona, por lo que, al no haber otra motivación, ésta se termina encontrando en la comida, generando prácticas alimentarias destructivas para sí mismos. El desequilibrio en lo que sienten se vuelve tan agotador y las herramientas para manejarlo son tan escasas, que la comida para ellos termina representando eso que logra regular sus emociones, lo cual inevitablemente termina por afectar a ellos mismos y al entorno que les rodea.

Otro de los principales sentimientos presentes en alguien con trastorno por atracón es la culpa que surge una vez realizado el atracón, al tener conciencia de que la forma en la que comieron fue excesiva, perjudicial y debió de haber sido distinta. De acuerdo con Baile y González (2016) en algunos casos, el sentimiento de culpabilidad tiene que ver con la insatisfacción corporal, mientras que en otros va a influir sin que medie dicha insatisfacción con la propia imagen. Sin embargo, la tan común culpa, provoca que se busque seguir una habitual, aunque poco efectiva dieta, que va a terminar desembocando en un nuevo atracón, por lo que la culpa tiene un papel fundamental en que se vuelva un círculo vicioso.

Por otro lado, la vergüenza, es otro de los factores característicos en el trastorno y va de la mano con la culpa experimentada. Continuando con los planteamientos de Baile y González (2016), un episodio de atracón va siempre acompañado después por sentimientos de vergüenza relacionados con la forma y cantidad en la que se ingirió alimento. Por ende, alguien con el trastorno, tiende a buscar comer en soledad,

aumentando de esta forma la gama de emociones desagradables, agregándole en muchos de los casos, el sentimiento de soledad.

Un aspecto de relevancia a tener en cuenta es la frecuencia con la que las emociones experimentadas en un trastorno por atracón y la falta de regulación de éstas mismas, llevan a tomar la decisión de interrumpir la propia vida. Benjet et al. (2012) reportan en su estudio realizado a adolescentes con y sin TA, que el porcentaje representativo de los intentos de suicidio en adolescentes con TA es del 20.2%. El manejo inadecuado de las emociones puede ser tan agotador y debilitante que se prefiere dejar de luchar.

Por lo anterior, de acuerdo con el DSM V (APA, 2014), el trastorno por atracones se encuentra asociado a toda una serie de consecuencias en el funcionamiento de una persona, en donde se ven incluidos los problemas relacionados con las relaciones sociales, calidad de vida, salud e insatisfacción con la propia vida. Las emociones tienen un rol importante en que se den estas consecuencias ya que, así como van de la mano con las creencias, terminan de igual forma, desembocando en comportamientos autodestructivos que disminuyen la calidad de vida de una persona

## **2.5 Comportamientos en una Persona con Trastorno por Atracón**

Así como las creencias influyen en las emociones de una persona con trastorno por atracón, las alteraciones en ambos conceptos resultan en comportamientos específicos. De acuerdo con Cárdenas (2016), las sensaciones experimentadas, así como las percepciones que se tienen, provocan el comienzo de mecanismos de reacción para hacer frente a distintas amenazas que se interpretan.

Primeramente, es relevante considerar que, a diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria, en el caso del trastorno por atracón no existen comportamientos

compensatorios como lo son el empleo de laxantes, los vómitos o el ejercicio físico. Lo que quienes padecen al trastorno viven, es un estilo de alimentación caótico, en donde se ve incluido el comer a deshoras, en lugares poco comunes y alimentos, por ejemplo, envasados, tal y como afirman Baile y González (2016). Es decir, la principal vivencia se encuentra en el acto de comer, así como en lo que esto significa y la organización que implica para quien padece de un trastorno por atracón.

Los comportamientos característicos en un trastorno por atracón de acuerdo con el DSM-V, son los siguientes (APA, 2014):

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la gran vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. (p. 350).

Rodríguez et al. (2017), reportan en su estudio cuyo objetivo fue la exploración y el análisis de la relación entre emociones, sentimientos y estados de ánimo con el comportamiento en personas con trastornos de la conducta alimentaria, que en el trastorno por atracón como respuesta al malestar emocional que se experimenta, la recompensa generalmente se refuerza buscando comer alimentos “prohibidos” como forma de premio, a diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria.

Por consiguiente, es claro que las cantidades de comida que se ingieren, así como la velocidad y frecuencia con la que se hace, es una de las principales formas en las que el comportamiento derivado de las creencias y emociones en alguien con trastorno por atracón se manifiestan. Siguiendo con lo planteado en el DSM-V (APA, 2014), el consumo

excesivo de alimentos se acompaña de una sensación de pérdida de control, en donde no es posible contenerse y dejar de comer, a pesar de que, por ejemplo, suene el teléfono o se presente algún otro estímulo que generalmente provocaría una pausa en la ingesta de comida. Una persona con este padecimiento puede experimentar la pérdida de control tanto antes, como durante el atracón, es decir, se siente impotente e incapaz de poder detenerse al encontrarse comiendo excesivamente o incluso de evitar el inicio del atracón.

Baile y González (2016) afirman que la índole no controlable de un atracón permite que la persona en cuestión bloquee la conciencia de aquellos pensamientos o afectos que le son poco soportables. Por ende, la ganancia que encuentran en el acto de comer excesivamente tiene que ver con la falta de regulación emocional anteriormente mencionada, en donde lo que los lleva a no poder parar es la sensación de que mientras comen algo tienen bajo su control, en este caso la comida.

En concordancia con lo que refieren Cuadro y Baile (2015), la persona describe el episodio de atracón como si se tratara de una experiencia disociativa, en donde sienten que no son ellos mismos durante ese lapso. Es como si de un momento a otro se encontraran inmersos en un estado de pausa, en donde dejan de ser ellos a falta de la mediación de una conciencia de lo que se está haciendo, para convertirse en alguien cuya única motivación en ese momento es comer la mayor cantidad posible de comida, al traerles sentimientos placenteros.

Así mismo, otra de las características en lo que respecta al comportamiento de alguien que padece de trastorno por atracón es el carácter de secreto de los atracones, como ya se mencionó con anterioridad. Baile y González (2016), afirman que los sentimientos de culpa llevan a la ocultación al momento de realizar los atracones, es decir, se realizan de forma individual procurando que nadie se entere de lo que están haciendo. Esto permite dar cuenta de que a pesar de que saben que sus

comportamientos no son los más convenientes al sentirse incapaces de poder detenerlos, optan por realizarlos a escondidas para evitar ser juzgados.

Lo anterior a su vez, tiene efectos a nivel fisiológico en quien lo realiza.

Continuando con lo que plantean Baile y González (2016), la agitación física y la ingesta de alimentos estando de pie o caminando con nerviosismo por el lugar en donde se esté, es característico. Por ende, es notorio que durante el episodio de atracón existen alteraciones internas que se ven reflejadas en la forma en la que el cuerpo se comporta.

No obstante, como bien afirman Cuadro y Baile (2015), existen diversos autores que consideran que ni la cantidad, ni la frecuencia, ni los criterios cuantitativos en general, establecen la gravedad del asunto más que los modos en los que un atracón puede deteriorar la calidad de vida de quien lo padece. Todos ingerimos alimentos como parte de nuestra vida diaria para adquirir nutrientes y energía, sin embargo, en el caso de alguien con trastorno por atracón, la forma en la que se da dicha ingesta de comida impacta de forma negativa y en algunos casos inhabilitante en todos los ámbitos de la vida de la persona.

Benjet et al. (2012), reportan en su estudio realizado a personas con trastorno por atracón, que un poco más del 80% reportó discapacidad en su funcionamiento diario. Por consiguiente, los comportamientos que alguien con el padecimiento tiene impactan no únicamente en los ámbitos que incluyen a la comida, sino que también impacta en otros, provocando una deficiente calidad de vida.

En concordancia con Vázquez (2019), de un trastorno por atracón se deslindan problemas al relacionarse con cualquier persona y dificultades en el área laboral. Es decir, las relaciones interpersonales también se viven como obstáculos en alguien con trastorno por atracón. Esto debido a que, para ellos, todo gira en torno a la ingesta de comida, por

lo que el tener que ocultarse en los episodios de atracones, la vergüenza que esto implica y el miedo a ser juzgados, los lleva a no saber cómo relacionarse prefiriendo muchas veces el aislamiento.

Con base en lo anterior, los comportamientos principales en alguien con trastorno por atracón están motivados por las emociones que experimentan y por las creencias irracionales que tienen. Como principal característica de estos mismos se encuentra el hecho de comer excesivamente sin poder controlar la ingesta, mientras la experimentan con una sensación disociativa. Esto sin duda, además de provocar un malestar considerable físico por los comportamientos autodestructivos y excesivos termina perjudicando los distintos ámbitos de la vida de una persona, siendo el principal de ellos el interpersonal y provocando de este modo un inadecuado funcionamiento diario, así como una pobre calidad de vida.

## **2.6 Tratamiento del Trastorno por Atracón**

A pesar de que existen distintos tratamientos psicoterapéuticos tales como la terapia de autoayuda, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, que han demostrado su eficacia en el trastorno por atracón, actualmente el de mayor eficacia se considera el tratamiento cognitivo conductual. De acuerdo con Baile y González (2016), “el tratamiento cognitivo-conductual, en sus diferentes modalidades, es el tratamiento que ha obtenido mayor aval en las investigaciones sobre eficacia” (p.39).

Wilson et al.(2010), reportaron en su estudio sobre la eficacia de la terapia interpersonal, el tratamiento conductual de pérdida de peso, tratamiento de autoayuda y tratamiento cognitivo-conductual con respecto al Trastorno por Atracón, que dentro de los pacientes con un alto nivel de afectos negativos, únicamente un 24% de los que fueron tratados con un enfoque cognitivo-conductual abandonaron el tratamiento, en cambio, el

porcentaje de aquellos que fueron tratados bajo un enfoque de tratamiento conductual de pérdida de peso es considerablemente mayor con un 46%. Esto permite dar cuenta de que dentro de los aspectos favorables de un tratamiento cognitivo-conductual se encuentra una mejor adherencia al tratamiento de acuerdo con las evidencias.

Aunado a lo anterior, se conoce que los resultados a largo plazo del tratamiento cognitivo-conductual son favorables a diferencia de los tratamientos que discriminan a los factores psicológicos. Continuando con el estudio realizado por Wilson et al. (2010), en 2 años de seguimiento de los pacientes con Trastorno por Atracón, la terapia cognitivo-conductual mostró ser significativamente más efectiva que otras, con respecto al abandono de los atracones.

En lo que respecta a los objetivos de un tratamiento cognitivo-conductual y en concordancia con Baile y González (2016), como principal objetivo se encuentra el siguiente:

Realizar una intervención que permita recuperar un estado de salud integral y reducir o eliminar los riesgos médicos y psicosociales asociados a los comportamientos anómalos del trastorno por atracón. Para conseguir dicho objetivo se propondrá trabajar los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y sociales que promueven y mantienen los hábitos inadecuados (p.73).

Continuando con las ideas de Baile y González (2016), con la intención de lograr los objetivos ya antes mencionados, después de realizar una evaluación del caso en donde se valore si realmente hay presencia de trastorno por atracón, es importante en primera instancia promover la motivación para el cambio para posteriormente intervenir para modificar patrones perjudiciales de alimentación y pensamientos relacionados con la imagen corporal y el consumo de comida, esto mediante técnicas tales como un control



estimular, reestructuración cognitiva, auto instrucciones y resolución de problemas. De esta forma, al modificar las creencias negativas que se tienen, las emociones desagradables disminuyen y esto termina por impactar en la forma en la que se reacciona frente a la comida.

En relación con el párrafo anterior, Aristegui et al. (2004) se refieren al cambio como aquello que se encuentra dentro de un ámbito representacional, siendo un proceso de construcción por medio de nuevas formas de interpretación y representación, en donde los individuos generan nuevas explicaciones de sí mismos y del mundo que les rodea, que posteriormente los van a llevar a la acción.

Por consiguiente, por medio de la modificación de creencias lo cual a su vez impactaría en las emociones y conductas de una persona, es lo que va a llevar a las ya mencionadas nuevas formas de interpretación y explicación que posteriormente van a desembocar en nuevos comportamientos más funcionales.

De acuerdo con Beck (2011), los pensamientos automáticos surgen de forma espontánea sin encontrarse basados en la reflexión, por lo que las personas por lo general son más conscientes de la emoción que experimentan, que de los pensamientos mismos. Por lo tanto, el hecho de buscar llevar a la conciencia a dichos pensamientos que surgen a partir de las propias creencias centrales es uno de los objetivos de esta perspectiva de tratamiento al ser considerado algo que lleva al cambio.

En concordancia con las afirmaciones de Beck (2007), si se consigue que el paciente llegue a la identificación de los desencadenantes de los pensamientos sabotadores que provocan que se ingiera alimento de una forma poco favorable, se minimiza la exposición a estos pensamientos y al mismo tiempo, se cambia la forma de reaccionar ante ellos.

Aunado a esto, Beck (2011) afirma que existen una serie de pasos que llevan a la identificación y modificación de las ya mencionadas creencias centrales:

1. Hipotetizar la categoría de la creencia central.
2. Especificar la creencia central.
3. Compartir las hipótesis sobre la creencia central con el propio paciente, con la intención de que éste la confirme o refute y posteriormente exprese datos que aporten a las hipótesis establecidas.
4. Expresarle información al paciente sobre las creencias centrales en general y sobre la suya buscando que exista una mejor comprensión de lo que le sucede.
5. Empezar con la evaluación y modificación de la creencia central.

Como bien se ha afirmado con anterioridad, las creencias centrales tienen un vínculo estrecho con lo que se experimenta en un ámbito emocional y con lo que se actúa a consecuencia de esto, tal y como sucede en el caso de un trastorno por atracón. En lo que comprende a los comportamientos que surgen desde las creencias y emociones, la reducción o erradicación del síntoma principal del trastorno, en este caso, los episodios de atracón, es un factor clave para que la modificación de hábitos se pueda considerar un éxito con respecto a la terapia. Esto es lo que la perspectiva cognitivo-conductual procura, ya que como lo refiere Beck (2007), así como el acto de comer puede llegar a disminuir tensión, la decisión contraria, es decir, la de no comer de manera excesiva, puede lograr exactamente el mismo resultado.

Por lo tanto, coincidiendo con las ideas de Beck (2011), en un tratamiento el cambio tiene lugar cuando el paciente con sus propias herramientas es capaz de identificar y modificar sus pensamientos automáticos, lo cual al mismo tiempo lo lleva a un alivio de sus síntomas. Dicho de otro modo, una forma de observar el cambio es cuando

lo que anteriormente se lograba con ayuda del terapeuta, comienza a lograrlo el paciente con sus propios recursos

En relación con lo anterior y continuando con las ideas de Beck (2011), el cambio no se refiere a que no se vuelvan a presentar retrocesos ocasionales en el paciente, sino a que este sea capaz de no percibirlos como catástrofes y de manejar las situaciones por sí mismo. Por ende, en el momento en el que el paciente es capaz de percibir las situaciones que se le presentan desde un ángulo distinto y a partir de esto, manejarlas de una forma diferente, es cuando puede hablarse de un cambio.

Beck (2011) menciona que se ha disminuido una creencia de manera suficiente, cuando el paciente le adjudica menos de un 30% de Credibilidad y cuando esta permite modificar su comportamiento. Aunado a esto, siguiendo con las ideas del autor, el progreso de un paciente puede observarse cuando tiene noción de que por medio de sus propios esfuerzos y herramientas como lo son la capacidad de reconocer y evaluar lo que le sucede en determinadas situaciones, ha producido cambios en su pensamiento, estado de ánimo y en su comportamiento.

Los cambios que se van dando en las creencias van a impactar a su vez en las emociones y por ende en las acciones de una persona. Beck (2011) habla como otra forma de percatarse de un cambio, la habilidad del paciente de diferencias pensamientos y emociones, percatándose de esta forma del pensamiento disfuncional que impacta en sus emociones. De esta manera, se considera avance el cambio que una persona tiene en las formas de responder a sus creencias y que a su vez disminuye la intensidad de la emoción que una situación le representa.

Sin embargo, un factor relevante a tomar en cuenta en el tratamiento del Trastorno por Atracón es la poca frecuencia con la que quienes lo padecen suelen buscar ayuda.

Continuando con las afirmaciones de Baile y González (2016), algunas de las principales razones por las que son pocos quienes reciben un tratamiento, son la falta de conciencia con respecto a la enfermedad al considerar que el comer en exceso es únicamente un estilo de alimentación, la vergüenza por tener que reconocer ante alguien y que muchos se enteren de que hay presencia de atracones y el relativamente escaso conocimiento que se tiene del trastorno y de su tratamiento entre los profesionales de la salud.

Aportando a lo anterior, de acuerdo con Benjet et al. (2012), en su estudio realizado a adolescentes con Trastorno por Atracón, resultó que solo un 13.7% de los participantes recibió tratamiento en el periodo de 12 meses en el que se realizó el estudio. Por consiguiente, las estadísticas confirman el gran reto que esto implica para la psicoterapia al ser un padecimiento que tiende a la ocultación y en ocasiones a la poca conciencia, así como al no encontrarse lo suficientemente estudiado por su reciente independencia de otros trastornos de la conducta alimentaria.

Por lo tanto y tomando en cuenta los aspectos que han dificultado el tratamiento de las personas con Trastorno por Atracón, es clara la relevancia que merece el que aspectos internos sean también tratados y que no únicamente se actúe sobre los atracones de formas rápidas como lo hacen el uso de algunos fármacos. Beck (2007) refiere que la medicación puede ser eficaz a corto plazo, no obstante, se acompaña de efectos secundarios poco agradables aunado al hecho de que no se trata de algo duradero. De igual forma, la cirugía bariátrica para tratar a la obesidad implica sus riesgos y exige un cambio drástico en la alimentación de los pacientes. En cambio, la terapia cognitivo-conductual, ayuda a cambiar el modo de pensar y la conducta alimentaria, manteniendo los resultados a largo plazo.

Por lo anterior, claro está que lo ideal es un tratamiento integral que incluya distintas disciplinas que se conoce que aportan beneficios al tratamiento del trastorno por

atracción. Sin embargo, el aporte que la terapia cognitivo-conductual le brinda a un tratamiento multidisciplinar de este trastorno principalmente debido a que lleva los resultados a largo plazo y a que incluye el abordaje de las creencias que llevan a determinadas emociones y comportamientos, es algo primordial. Tomando en cuenta todos los puntos anteriores, es que se analizó el proceso psicoterapéutico de la consultante, con base en sus creencias, emociones y comportamientos, así como sus cambios dentro del espacio psicoterapéutico.

### **Capítulo III. Marco Metodológico**

En el presente apartado se abordó la forma en la que se realizó la investigación, en donde primeramente se describió a la investigación cualitativa como perspectiva utilizada, así como las características de dicha perspectiva y la relevancia que el papel del investigador tiene en esta. Así mismo, se habló sobre el alcance de la investigación y la relevancia de incluirse en un estudio de caso único.

Posteriormente, se señalaron y describieron los instrumentos y procedimientos utilizados para buscar los objetivos de la investigación, así como las categorías que ésta incluye. Por otro lado, se contextualizó al caso en el que la investigación se basó y se incluyeron las consideraciones éticas bajo las cuales se realizó el trabajo de obtención de grado. Esto con la finalidad de exponer los aportes que para la psicoterapia pueden tener los estudios de caso único.

#### **3.1 Diseño**

El presente trabajo de obtención de grado se basó en una perspectiva de investigación cualitativa, al permitir generar conocimiento a partir de la subjetividad de una persona y del sentido que le da a lo que vive en su cotidianidad. Comenzando por definir

a este tipo de investigación, de acuerdo con Martínez (2006), trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (p. 128).

Reyes (1999), menciona que es una nueva forma de obtener conocimiento en donde los problemas de investigación, más que pertenecer a disciplinas específicas, surgen a partir de las experiencias que tienen lugar en la cotidianidad. Es decir, en este tipo de investigación tiene peso la forma en la que las personas viven su realidad o algún fenómeno específico de ésta y por ende, los significados que le adjudican a esto mismo.

En relación con esto, Hernández et al. (2010), refieren que dentro de las características principales de una investigación cualitativa se encuentran su naturalismo y su interpretativismo, en donde el primer concepto se refiere a que se estudia a seres vivos en su cotidianidad y contextos, mientras que el segundo concepto se refiere a que se busca encontrar un sentido a distintos fenómenos, a partir de los significados que las personas les dan. Por lo tanto, se adquiere un punto de vista desde el interior del fenómeno que se busca investigar.

Así mismo, la flexibilidad y el carácter holístico en los procesos implicados en este tipo de investigación son otras de sus características. Para explicar a mayor detalle esto, en concordancia con Hernández et al. (2010):

El proceso de indagación cualitativa es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad tal y como la observan los autores de un sistema social previamente definido. A menudo se llama “holístico”, porque se precia de considerar el “todo”, sin reducirlo al estudio de sus partes (p.20).

Por otro lado, el investigador tiene un papel relevante en la investigación cualitativa, al considerarse la relación entre investigado e investigador como cercana. Siguiendo con las ideas de Hernández et al. (2010), afirman que, como investigador se debe de ser inclusivo, respetuoso y cuidadoso con que sus propias creencias e ideologías no interfieran con las de la persona en cuestión, para poder aproximarse de la mejor forma a las visiones de los participantes y apropiarse de papeles mayormente personales con ellos.

Al respecto, Reyes (1999) comenta que lo que el investigador cualitativo busca es describir y comprender una escena, fenómeno o situación desde la perspectiva de la persona que la vive. Dicho de otro modo, el interés radica en los pensamientos y comportamientos humanos que tienen lugar en la cotidianidad de las personas y para esto es clave su sensibilidad y comprensión para que, de esta forma, la comunicación pueda presentarse con la menos cantidad de obstáculos.

En cuanto a la recolección de datos y al proceso llevado a cabo en una investigación cualitativa, a diferencia de la investigación cuantitativa, no se basa en mediciones numéricas o datos estadísticos. Por el contrario, en concordancia con Hernández et al. (2010), la recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos) (p.9). Por consiguiente, además de factores comportamentales, significados y formas de pensar, los aspectos emocionales también ameritan ser tomados en cuenta para una mayor aproximación a las vivencias.

Continuando con las ideas de Hernández et al. (2010), mientras que los métodos cuantitativos se utilizan en mayor medida en ciencias exactas, los cualitativos se consideran mayormente humanistas, por lo que se emplean en disciplinas afines. Esto por

la profundización de datos, contextualización y aproximación a vivencias únicas que el método cualitativo comprende.

Con respecto al alcance de la presente investigación, se trató de un alcance descriptivo. Hernández et al. (2010), mencionan que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (p.80). Por lo tanto, lo que se pretende en este tipo de alcance, es señalar los modos en los que una persona vive un fenómeno específico.

Tinto (2013) refiere que el alcance descriptivo permite ordenar, acotar y clasificar el fenómeno a estudiar, para que pueda ser descrito de una forma precisa. Dicho de otro modo, permite profundizar en distintos aspectos de un fenómeno específico tales como su aparición, evidencia mostrada en distintos estudios, limitaciones y problemas en cuanto a su conceptualización, entre otras cosas.

Por consiguiente y concordando con Hernández et al. (2010), lo que un alcance descriptivo busca, no es analizar la relación entre variables, sino obtener información de éstas de manera independiente. Esto a su vez, permite detallar minuciosamente los modos en los que el fenómeno en cuestión se manifiesta, así como los distintos ángulos de éste mismo.

Continuando con los planteamientos de Hernández et al. (2010), en esta clase de estudio, el investigador debe ser capaz de definir o al menos visualizar qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.) (p.80). En la presente investigación en específico, al haber tenido un alcance descriptivo, los datos recolectados corresponden a una sola persona y las variables medidas tienen que ver con características de ésta misma persona y con los modos en los que se manifiestan y



cambian en su vida cotidiana. En este caso se trató de los cambios que se presentaron en las creencias, emociones y comportamientos de alguien con trastorno por atracción a lo largo de su proceso psicoterapéutico.

### **3.2 Estudio de Caso**

En lo que corresponde a las técnicas de investigación cualitativa, en esta ocasión se empleó el estudio de caso. El trabajo se enfocó en el caso de una persona que acude al Proyecto Presencia, el cual es un espacio en donde las prácticas profesionales de los estudiantes de la Maestría en Psicoterapia del ITESO, son realizadas. De este modo, se conocieron la particularidad y las formas de manifestarse del fenómeno que se pretende investigar junto con sus características en la vida de una persona en específico.

Definiendo lo que comprende a un estudio de caso, Reyes (1999) afirma que es un examen intensivo a una entidad de una categoría o especie (p.83). Es decir, al basarse en un solo caso la descripción de sus características o categorías se presenta con una mayor profundidad.

El estudio de caso único es una técnica que representa beneficios en cuanto al desarrollo de la investigación en la psicología clínica. Esto, ya que de acuerdo con Roussos (2007), su surgimiento fue uno de los motivos del asentamiento de las bases de diversas teorías psicológicas que en la actualidad son de reconocimiento. Esto permite ver lo trascendente que podrían ser las descripciones o hallazgos generados del análisis de las manifestaciones de un fenómeno en una persona o en un grupo limitado de personas.

Siguiendo con los planteamientos de Reyes (1999), existen dos tipos de clasificaciones en de esta técnica de investigación, siendo la primera de éstas la que, basándose en un número limitado de casos, busca generar conclusiones, mientras que la

segunda clasificación se basa en un solo caso por el interés específico de la historia con la que cuenta. En este caso como ya se mencionó con anterioridad, se utilizó a un solo caso.

En relación con lo anterior, dentro de la clasificación basada en un solo caso existen distintos tipos de diseños de caso único. Roussos (2007) menciona que por un lado se encuentran los estudios de caso no controlados u observacionales, en donde no existe un control de las variables implicadas, mientras que, por el otro, se encuentran los diseños experimentales de caso único en los cuales sí existe un control de las variables inmersas en la investigación. En el caso de la presente investigación, no existió un control de variables ya que solo se observaron las creencias, emociones y comportamientos dentro de un proceso psicoterapéutico.

Dentro de los estudios de caso único, Roussos (2007) menciona a los estudios de caso de evaluación diagnóstica y a los estudios de caso de intervención terapéutica siendo el objetivo de éstos últimos, el de describir a un trastorno clínico o evaluar a un tratamiento específico y su impacto. En este caso, el énfasis se encontró en la descripción de los cambios en las creencias, emociones y comportamientos en una persona con un trastorno clínico que se dan dentro de un proceso de psicoterapia.

La técnica de estudio de caso y sus implicaciones permitió acceder o aproximarse a las vivencias emergentes a partir de un fenómeno particular. En la actual investigación se pretendió buscar el desarrollo de descripciones sobre las manifestaciones y cambios de un trastorno por atracción a nivel de creencias, emociones y, por ende, de comportamientos en la vida cotidiana de una persona particular.

### **3.3 Instrumentos**

En lo que respecta a la recolección de datos, se utilizaron algunas sesiones completas y algunos segmentos de sesiones psicoterapéuticas del inicio, del medio y del final del proceso con una consultante con la que hasta el último momento de la realización del presente trabajo se llevaban 63 sesiones. Algunas de dichas sesiones fueron videograbadas y otras de ellas audio grabadas.

### **3.4 Procedimiento**

Las sesiones completas y los segmentos de algunas de las sesiones antes mencionados, se seleccionaron con base en contenidos que permitieron dar cuenta de las creencias, emociones y comportamientos, así como de los cambios que se dieron en los tres aspectos a lo largo del proceso en una persona con trastorno por atracón. Esto con el fin de clasificar, analizar y describir los cambios en las creencias, emociones y los comportamientos en relación con la ingesta excesiva de alimento, a partir de como la persona narró dichas vivencias.

Esto se realizó mediante un análisis temático, entendiendo a éste mismo tal y como Braun y Clarke (2006) afirman, como un método para identificar, analizar y reportar temas localizados dentro de los datos. Su fin es organizar y describir los datos de una forma detallada, rica y profunda.

Concordando con las ideas de Braun y Clarke (2006, p.87), el análisis temático se llevó a cabo a partir de las siguientes fases:

1. Familiarización con los datos: en donde se transcribió la información para posteriormente leerla y releerla con el objetivo de tomar nota con respecto a las ideas principales.

2. Generación de códigos iniciales: en donde se codificó a partir de las sesiones psicoterapéuticas la información de interés para el presente trabajo de una manera sistemática al recopilar los datos relevantes para cada código.
  3. Búsqueda de temas: en donde se integraron los códigos en temas potenciales agrupando toda la información relevante en el tema que le correspondía.
  4. Repaso de los temas obtenidos: en donde se corroboró si los temas potenciales guardaban relación con los códigos extraídos.
  5. Definición y nombramiento de temas: en donde se empleó un análisis continuo para refinar los detalles de cada tema, así como la historia general del análisis, para posteriormente generar definiciones y nombres claros para cada tema.
- Producción de un reporte de resultados: se trató del momento final del análisis, en donde se seleccionaron los extractos mayormente convincentes, se analizaron por última vez relacionándolos con la pregunta y objetivos del trabajo, produciendo así un informe académico de dicho análisis.

Dicho de otro modo, se realizó la transcripción de las sesiones completas y de los segmentos de otras de las sesiones psicoterapéuticas seleccionadas, posteriormente se generaron códigos de los aspectos relevantes en esos datos y finalmente se categorizaron y subcategorizaron partiendo de las ideas de Beck, en los temas que le interesan a la presente investigación. En este caso, se buscó identificar, analizar y categorizar los datos dentro de los conceptos de creencias, emociones y comportamientos, para poder dar cuenta de los cambios en estas categorías que tuvieron lugar en el proceso psicoterapéutico.

### **3.5 Categorías**

Las categorías descriptivas que se utilizaron en la presente investigación fueron 3: creencias, emociones y comportamientos. Esto con el fin de analizar y describir, los

cambios que se dieron en dichas categorías, comparando el inicio del proceso psicoterapéutico, con el final de éste mismo en alguien cuya relación con la comida se basa en la ingesta excesiva.

Primeramente, para comprender que es lo que aquí se entiende por creencias, conviene referir lo que Beck (1976) señala del concepto: Las creencias son un marco de referencia desarrollado desde las experiencias tempranas de la persona, el cual determina nuestra forma de ser y de actuar en el mundo, la forma en la que evaluamos diversas situaciones, a los demás y a nosotros mismos y el modo en el que nos relacionamos con los demás. Es por esto, por lo que se procuró clasificar a las partes de las sesiones psicoterapéuticas en donde la consultante habló acerca de los razonamientos que la llevan a la ingesta excesiva de alimento sin poder detenerse, así como los significados que esto comprende para ella una vez finalizado el episodio de atracón. Esto partiendo de las ideas de Beck.

Por otro lado, en lo que respecta a la categoría de emociones, concordando con Wolz (2016), estas pueden definirse como la combinación de cambios a nivel fisiológico por un lado y por el otro, como la atribución cognitiva de significados que resulta en afectos ya sea positivos o negativos. Así mismo, se encargan de informar sobre necesidades personales y de preparar a un individuo para adaptar su conducta al medio ambiente. Por ende, en la presente investigación se clasificó en la categoría de emociones, a aquellos datos en donde la consultante habló acerca de los afectos que la acompañan antes, durante y después de llevar a cabo un atracón de alimento.

Finalmente, para comprender lo que la presente investigación comprende con el concepto de comportamientos, Bleger (1963) menciona que se refieren al conjunto de fenómenos que son observables o sencillos de detectar, los cuales son originadas y guiadas por los fenómenos psíquicos o mentales. Es decir, en este caso se prestó

atención a identificar, analizar y describir, aquellas sesiones y segmentos de algunas sesiones, en donde la consultante se refirió a sus creencias, sus emociones y a lo que ambos conceptos la llevan a manifestar en forma de comportamientos, así como en donde se vieron reflejados los cambios en los 3 aspectos.

### **3.6 Participante**

Esta investigación se basó en un caso único. Los criterios de elegibilidad fueron basados en lo que el DSM-V reporta con respecto al diagnóstico de un trastorno por atracón. En cambio, se excluyeron a otros consultantes que no cumplían con los criterios para un diagnóstico del trastorno por atracón.

De acuerdo con el DSM-V (APA, 2014), una persona con trastorno por atracón se caracteriza por tener episodios recurrentes de atracones, en los cuales se ingiere en un periodo determinado de tiempo, cantidades de alimento superiores a las que la mayoría de las personas ingeriría. Esto acompañado de una sensación de pérdida de control en el momento del atracón y con sentimientos de culpa, vergüenza y malestar general una vez realizada la ingesta.

Se considera que una persona presenta trastorno por atracón, si sus episodios de atracones se producen por lo menos una vez a la semana durante 3 meses y si cumplen con al menos tres de los criterios siguientes (APA, 2014, p.350):

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido y muy avergonzado.

Aunado a esto y con respecto a la evaluación del trastorno por atracón, Baile y González (2016) refieren que las características de los episodios de atracón, como lo son su duración, velocidad de la ingesta, calorías ingeridas, horarios, entre otras, así como la sensación de pérdida de control, la presencia de malestar y sentimientos desagradables, la insatisfacción con el propio cuerpo y aspecto y el estilo de alimentación caótico, son importantes de tomar en cuenta para evaluar si se trata de un trastorno por atracón o de alguna otra problemática similar.

Con base en lo anterior, la consultante que se eligió para la realización de la presente investigación cumple con al menos 4 de los criterios especificados por el DSM V. De igual manera, se le evaluó en las distintas áreas y factores que comprenden se relacionan con un trastorno por atracón y presentó la gran mayoría de características que comprenden al trastorno. Por consiguiente, esto permite ver que presenta alteraciones significativas en su conducta alimentaria relacionadas con la ingesta excesiva de alimentos.

### **3.7 Características de la consultante**

#### ***Características Sociodemográficas***

Lucía es una mujer de 37 años, quien actualmente se encuentra soltera y vive sola. Nació en Monterrey, aunque desde su primer año de vida, vive en la ciudad de Guadalajara. Trabaja en el área de mercadotecnia de una empresa y emplea sus tiempos libres en leer, hacer ejercicio y en ocasiones, salir con sus amigos.

#### ***Características Familiares***

Su familia se encuentra compuesta por su padre, su madre y un hermano. Tanto ella como su hermano viven de forma independiente, por lo que sus padres viven solos. Con todos mantiene una buena relación, excepto con su padre, quien desde que ella era

pequeña, ejerció un considerable control sobre ella, lo cual en la actualidad sigue causándole enojo y rencor. Hubo maltrato hacia ella tanto psicológico, como físico. Siempre se le dictó la forma en la que debía de ser con rigidez y si no lo cumplía, se le juzgaba. Ésta fue una de las razones por las que optó irse a vivir sola una vez que fue mayor de edad, aunque en la actualidad, experimenta dificultades en sus relaciones interpersonales, ya que tiende a repetir patrones relacionados con la forma en la que su padre la trataba. De igual forma, la relación de sus padres nunca ha sido buena, al tener la madre características de sumisión y el padre, por el contrario, conductas verbales agresivas hacia ella, tal y como la consultante lo refiere.

### ***Motivo de Consulta y Problemática Construida con la Persona***

La consultante refiere como motivo de consulta tener reacciones agresivas que no puede controlar, así como un problema con el consumo de su comida. Comentó que sentía que estaba perdiendo el sentido de su vida cotidiana y que en ocasiones sentía que ya no tenía caso salir a trabajar todos los días.

Cuando comenzó su proceso, recientemente había terminado la relación con su pareja, lo cual la hacía sentir triste y desmotivada. Los motivos por los cuales su pareja decidió terminar la relación con ella, fue por las reacciones verbalmente agresivas que ella comenzó a tener hacia él sin poder controlarlas.

Con el paso de las sesiones, fuimos identificando características y patrones familiares, que ella se encontraba reproduciendo en la actualidad en sus relaciones interpersonales. De igual modo, al presentar una considerable autoexigencia y una constante persecución interna en su día a día, se fue acordando trabajar en la diferenciación, ya que los patrones que repite tienen que ver con esto. De igual modo, se



acordó trabajar en su autoconcepto, ya que es pobre debido a las construcciones que ella fue haciendo a partir de la violencia que experimentó por parte de su padre y de todo lo que éste mismo le decía a manera de críticas negativas.

Esto con la intención de que fuera disminuyendo esa autoexigencia interna que viene de su contexto familiar, para que pudiera sentirse mayormente tranquila en su día con día, para que fuera logrando parar los impulsos agresivos con el pensamiento y de esta forma, tomar decisiones más benéficas para ella misma.

### ***Proceso psicoterapéutico***

Como ya se mencionó con anterioridad, hasta el último momento de la realización del presente trabajo, se llevaban 63 sesiones con la consultante, quien posteriormente continuó con su proceso. El rango tomado en cuenta con respecto a la atención del caso tuvo lugar a partir de marzo del 2021 hasta febrero del 2022. Comenzando por el inicio de dicho proceso, al haber llegado la consultante con la situación de que su pareja la acababa de terminar, se comenzó por trabajar con esa parte por medio de la contención, del nombrar lo que sentía y de la escucha activa.

Poco a poco se fueron conociendo la historia de vida y las características familiares de la consultante, lo cual ayudó a que fuera comprendiendo ciertas conductas que presenta. Se analizaron los motivos de su ruptura y con esto y cuestionamientos que se fueron haciendo al respecto, se fueron encontrando relaciones entre el maltrato y exceso de control que experimentó por parte de su padre y sus impulsos agresivos, los cuales comprenden al motivo por el cual su pareja la terminó. Con el tiempo, ella fue reconociendo el papel que tuvo en su relación, así como el daño que se hacía a ella misma con sus conductas, lo cual la fue llevando a presentar distintos avances

significativos en el control de sus impulsos relacionados con sus relaciones interpersonales.

La consultante fue aprendiendo a convivir con ella misma y sus persecuciones internas, así como su falta de tolerancia ante el hecho de que alguien más le señalara algún error, fueron disminuyendo de forma notoria. Pasó el tiempo y tanto ella como su expareja en ese momento, decidieron regresar. Por consiguiente, se estuvo trabajando con este regreso y con todo lo que la consultante iba experimentando. A diferencia de antes, ella ahora logra comunicar en mayor medida lo que siente con su pareja y esto la ha ayudado a que no haya presencia de impulsos agresivos. Hoy en día, la relación se encuentra estable, aunque al inició le fue difícil el regresar con él por miedo a volver a tener las conductas que tuvo con él.

Posteriormente, al haber pasado el tema de su pareja a segundo plano y al encontrarse mayormente estable en ese sentido, la consultante comenzó a hablar acerca de su problemática con la comida. Comenzó por relatar que principalmente en las noches, al llegar del trabajo, comía cantidades excesivas sin poder parar aun no sintiendo hambre. Refiere experimentarlo como si no fuera ella misma en ese momento y como algo que le causa mucha culpa y desmotivación, una vez finalizada la ingesta excesiva. Las cantidades que relata ingerir son tan vastas, que ha llegado a terminar en el hospital por lo mismo. A pesar de que cada vez que sucede, se propone no hacerlo otra vez al día siguiente, la misma conducta sigue sucediendo.

Fuimos explorando y trabajando con los significados que se ven implicados en su relación con la comida, así como lo que para ella ésta representa, y se han ido haciendo relaciones con su historia de vida. Ella experimentaba los atracones como si fueran un espacio en donde se sentía libre y en donde por fin podía permitirse algo sin límites, tal y como ella lo relata. Encontramos que esto guarda cierta relación con todas las

prohibiciones, incluidas las que tienen que ver con comida, que se le hicieron a lo largo de su desarrollo, así como las exigencias que se le impusieron y que ella continuó reproduciendo en la adultez. Ella encontraba en el acto de comer, un espacio en el que podía sentirse libre y tranquila, aunque una vez que dejaba de ingerir el alimento, llegaban sentimientos desagradables que obstaculizaban su vida.

Actualmente se continúa trabajando con el tema, ya que es relativamente reciente que ella comenzó a profundizar en el con mayor apertura, por lo que se pretende continuar por esa vía.

### ***Características del proceso***

Como primer momento del proceso psicoterapéutico, se realizó una evaluación del caso en donde una herramienta utilizada de gran utilidad, fueron los autorregistros. Estos permitieron dar cuenta de la frecuencia que los atracones de la consultante tenían, así como las emociones y pensamientos que los acompañaban. Posteriormente, se buscó promover la motivación para el cambio utilizando estrategias tales como el pedirle a la consultante que redactara una carta en donde desde el futuro le hablara a su yo actual sobre los beneficios de llevar una vida saludable sin alteraciones en su alimentación. Esta fue una herramienta que removi6 cosas en ella y a su vez provocó que se fuera dando una mayor apertura en su discurso.

Baile y González (2016) afirman que, como segunda fase del tratamiento del trastorno por atracón, es de gran importancia emplear técnicas cognitivas para abordar y trabajar con los pensamientos y creencias que mantienen el trastorno. Sobre esto, se exploró en los orígenes del problema en relación con factores familiares y sociales y se trabajó sobre ellos. En este momento, se procuraba ir generando una mayor conciencia sobre la problemática de la consultante y la forma en la que la fue desarrollando. Esto fue

de ayuda para que ella obtuviera una mayor claridad sobre factores que tuvieron influencia en el desarrollo de sus creencias disfuncionales.

De acuerdo con Beck (2011), prácticamente todas las personas que mantienen problemas relacionados con la alimentación comen por motivos emocionales. Por lo tanto, se procuró desde el inicio del proceso trabajar con la identificación, nombramiento y validación de las emociones de la consultante, lo cual se le dificultaba en un inicio. Esto permitió que la consultante fuera reconociendo aquellas emociones tales como la ansiedad, que la llevaban junto con sus creencias disfuncionales a comer de manera excesiva.

En relación con lo anterior, Beck (2011) menciona que la identificación de los pensamientos automáticos, el evaluarlos y el responder de formas mayormente adaptativas a ellos tiene por lo general un impacto positivo en las emociones. Por consiguiente, tomando en cuenta que a lo largo del proceso se hizo énfasis con la consultante en la relación que guardan los pensamientos, las emociones y los comportamientos, se comenzó a trabajar de manera paulatina y respetando los ritmos de la consultante, con identificar y cambiar formas de pensamiento que le resultaban problemáticas, así como con cuestionar la relación que sus pensamientos tenían con sus modos de sentir y con los comportamientos poco saludables que tenía frente a la comida. La reestructuración cognitiva fue una herramienta de gran utilidad que fue promoviendo estos cambios.

En la medida en la que la consultante fue siendo capaz de identificar sus pensamientos automáticos, se pudo ir profundizando más en las creencias centrales que precedían a dichos pensamientos como Beck (2011) lo menciona, con lo cual se descubrió que dichas creencias guardaban relación con los factores sociales y familiares antes mencionados. El ir elaborando de la consultante a partir de estos cuestionamientos

y descubrimientos, le permitió poco a poco ir desarrollando habilidades que le permitieran manejar las dificultades que desencadenaban su ingesta compulsiva de formas distintas. Se comenzó a hablar sobre actividades alternativas que pudieran generarle emociones similares a las que obtenía al comer y las fue implementando, lo cual provocó que sus atracones fueran disminuyendo. De igual manera, fue identificando factores de su cotidianidad que influían en su ingesta excesiva tales como el ver la televisión mientras comía, por lo que se empleó como estrategia al control estimular generando resultados favorecedores en la frecuencia de sus atracones.

Asimismo, el avance que fue teniendo en la identificación de sus emociones y pensamientos, permitió el empleo de auto instrucciones en donde fue experimentando con cambiar sus pensamientos irracionales en relación con la comida y con su imagen corporal por otros más racionales en el momento en el que lograba identificarlos cuando surgían. A la par, a lo largo del proceso a manera de reforzador de las conductas de la consultante, se trabajó con el propio reconocimiento de sus logros por más pequeños que fueran.

Con base en lo anterior, fue que la consultante fue desarrollando herramientas que le permitieron una regulación emocional más eficaz, lo cual tuvo un impacto positivo en su ingesta excesiva de alimento que en un inicio era utilizada como una forma de afrontar situaciones de su realidad que le generaban emociones desagradables. Esto, de la mano con la identificación y cuestionamiento de sus propios pensamientos, la llevaron a que reconociera su responsabilidad en el problema, generara mayor conciencia sobre éste y sobre lo que sucedía internamente en ella y por ende, al final del proceso sus episodios de atracón, así como las creencias y emociones poco saludables con las que contaba disminuyeron considerablemente.

### **3.8 Consideraciones Éticas**

La realización de la presente investigación se hizo a partir de un marco ético al ser un tema que no ha sido lo suficientemente explorado y al ser relevante para su tratamiento psicológico. El código ético (Sociedad Mexicana de Psicología 2010), protege a quienes brindan servicios psicológicos, así como delimita el comportamiento profesional, en donde brinda relevancia a que como psicólogo se tiene la obligación de respetar los derechos de quienes consultan, en donde uno de estos es guardar la confidencialidad de la información. Asimismo, se procuró en todo momento mantener entre terapeuta y consultante un lazo de respeto, empatía y libertad de expresión sin juicios.

Se revisaron las transcripciones que fueron analizadas considerando únicamente lo que era necesario y modificando lo que no lo fuera. Dichas transcripciones se mantuvieron guardadas en el disco duro de una laptop, la cual cuenta con contraseña para poder ingresar. En relación con esto, la identidad de la consultante se resguardó por medio de la modificación de algunos de sus datos personales, lo cual mantiene el anonimato. De igual modo, se solicitó al inicio del proceso con ella un consentimiento informado con el fin de que estuviera informada de lo que comprendía su proceso, así como de los derechos con los que cuenta. Esto a su vez hace énfasis en la exclusividad de la información analizada con la única intención de cumplir con los objetivos del presente trabajo. Más adelante, en el Anexo 1 se incluye el formato de consentimiento informado que se utilizó con el caso.

## **Capítulo IV. Hallazgos y Discusión**

En el presente capítulo se describieron los resultados obtenidos con respecto a las creencias, emociones y comportamientos, así como los cambios que se fueron dando en

cada una de dichas categorías en tres diferentes tiempos del proceso psicoterapéutico de una persona con trastorno por atracón: (a) inicio, (b) intermedio y (c) final del proceso.

Este apartado se dividió de la siguiente manera: en un primer momento, se presentaron las creencias asociadas al trastorno por atracón identificadas en la consultante al inicio, en el intermedio y al final de su proceso, señalando los cambios que se fueron dando en dichas emociones. Después, se presentaron las emociones de la consultante al inicio, en el intermedio y al final de su proceso, así como los cambios que se fueron dando en ellas. Finalmente, se presentaron los comportamientos en los mismos tres momentos del proceso psicoterapéutico y los cambios que pudieron observarse en ellos.

Como se puede ver en la Tabla 1, los resultados muestran los cambios obtenidos en tres diferentes categorías comenzando por las creencias, continuando con las emociones y finalizando con los comportamientos. Estos cambios se analizan en tres momentos distintos, al inicio, en el intermedio y al final del proceso psicoterapéutico de la consultante.

**Tabla 1**

*Cambios en las creencias, emociones y comportamientos de una persona con trastorno por atracón al inicio, en el intermedio y al final del proceso psicoterapéutico*

Momento del proceso	Creencias	Emociones	Comportamientos
a) Inicio	Sobre las razones que la llevan a comer	Culpa	Comer en exceso
	Relacionadas con la forma de comer	Temor	Relacionados con la frecuencia de los atracones
	Relacionadas con su cuerpo	Frustración	
		Coraje e impotencia	

---

b) Intermedio	Sobre las razones que la llevan a comer	Satisfacción	Relacionados con comer
	Al momento de comer	Culpa	Relacionados con la frecuencia de los atracones
	Relacionadas con su cuerpo	Vergüenza	Relacionados con la vergüenza
	Sobre las creencias de otros	Tristeza	Relacionados con resolver el problema
	Sobre cómo resolver el problema	Ansiedad	
b) Final	Sobre las razones que la llevan a comer	Miedo	Relacionados con resolver el problema
	Relacionadas con la forma de comer	Tristeza	Relacionados con la frecuencia de los atracones
	Sobre cómo resolver el problema	Culpa	
		Tranquilidad	

---

Nota: Elaboración propia

#### 4.1 Creencias Asociadas al Trastorno por Atracón

La presente categoría busca distinguir las diferentes creencias en alguien con trastorno por atracón, así como los cambios que se dieron en ellas en tres distintos momentos de su proceso psicoterapéutico: (a) inicio, (b) intermedio y (c) final. Esto a través del discurso de la consultante con relación a su problemática con los atracones

##### **a) Creencias al Inicio del Proceso Psicoterapéutico**

Al inicio del proceso de la consultante, las creencias que fueron mencionadas por ella se reducían en su mayoría a su cuerpo y al problema, es decir, al momento en el que



presentaba los atracones. Dichas creencias a su vez la llevaban a experimentar emociones desagradables y tener comportamientos dañinos para ella misma. Así mismo, su discurso era reservado por lo que no lograba profundizar en sus creencias. Las creencias mencionadas por la consultante en esta parte del proceso fueron creencias sobre las razones que la llevan a comer, creencias relacionadas con la forma de comer y creencias relacionadas con su cuerpo.

**Creencias sobre las razones que la llevan a comer.** Este apartado se refiere a aquello que la consultante considera como motivos por los cuales presenta una ingesta excesiva de alimentos. En este primer momento de su proceso, este tipo de creencias fue mencionado únicamente en una ocasión en donde la consultante reflejó dudas con respecto a las razones que la llevan a comer y por ende, no lograba profundizar en ellas ni cuestionarlas. Esto puede verse en el siguiente fragmento:

**C: Es: que no sé, o sea (2) no sé por qué lo hago (.)** simplemente como y como y como sin poder parar (1) no sé si por hambre o solo por estar aburrida o por no sé (1) pero creo que no, pues. O sea, sólo no sé porque lo hago pero sé que no es normal. *(sesión 5)*

En el fragmento anterior, es notorio como la consultante se encuentra confundida con respecto a los motivos que la llevan a comer. No los tiene claros, por lo que no logra identificarlos. Puede verse como a pesar de considerar algunas opciones, su discurso termina siempre en duda. Baile y González (2016), señalan que algunas circunstancias sociales o personales que ocurren en un determinado tiempo y que generan ansiedad en la persona, así como los impulsos internos psicológicos, son factores que llevan a una conducta alimentaria alterada y que actúan como predisponentes a los atracones.

**Creencias relacionadas con la forma de comer.** Las creencias relacionadas con la forma de comer fueron otras de las mencionadas al inicio del proceso por la consultante. Éstas hacen referencia a lo que cree con respecto al momento en el que come y a la manera en la que come. Dentro de este tipo de creencias, se encuentra primeramente la creencia referida por la consultante de que no es ella misma cuando se encuentra comiendo. Esto fue mencionado en dos ocasiones en esta parte del proceso. De acuerdo con el DSM V (APA, 2014), algunas personas con trastorno por atracón refieren tener características disociativas tanto durante el episodio de atracón, como después de éste mismo. El siguiente fragmento de lo expresado por la consultante ejemplifica lo mencionado:

C: [...] Y voy a cenar esto o voy a cenar aquello [era lo que constantemente pensaba], **y en el momento en que llegaba a mi cocina Andrea, era como si no fuera yo (.) como si no fuera yo la que estaba comiendo.** Empezaba a comer a comer a comer a comer, hasta el punto en el que me dolía el estómago de que no dejaba de comer [...] *(sesión 2)*

El siguiente fragmento es la segunda referencia que hace la consultante con respecto a una experiencia de disociación:

C: ¿qué me incomoda de mí? Pues sí, esto de no, de no lograr las cosas que me propongo, **de no sentir que soy yo cuando como, como si no fuera Lucía (1)** de no sentir que soy yo cuando estoy sola o cuando estoy con alguien más [...] *(sesión 5)*

Ambos fragmentos permiten dar cuenta de que la consultante vivía la ingesta excesiva de alimento como si no fuera ella quien lo estuviera realizando. Como si no se reconociera teniendo esas conductas. Fairburn (2013) señala que la consciencia alterada

es una de las características principales en alguien con trastorno por atracón. De acuerdo con el mismo autor, la persona actúa de forma automática sin que tenga conciencia de que es lo que está haciendo y con la sensación de no ser uno mismo.

Pasando a otra de las creencias que la consultante tenía al momento de comer, se encuentran las creencias relacionadas con el control sobre la ingesta de alimento. De acuerdo con Baile y González (2016), un episodio de atracón se vive como una experiencia en donde no se puede controlar lo que se come, en donde algunas personas experimentan el descontrol al momento de comer y otras desde antes de ingerir el alimento, es decir, como un desencadenante del episodio de atracón. Con base en el discurso de la consultante, estas creencias se refieren al no creerse capaz de poder controlar lo que come y fueron mencionadas en 2 ocasiones en esta parte del proceso. El siguiente fragmento hace referencia a esto mismo:

C: [...] Me sabotaba pues [cuando se proponía no comer tanto], yo no lo seguía pues (.) Al contrario, empecé a tener estos problemas de alimentación pues, o sea (2) no (1) <llora> **o sea yo me sentía como perdida pues, como de super fuera de control** o sea, hasta como cuando grito y eso [en su relación de pareja], así me sentía cuando comía </llora> [...] (sesión 2)

El siguiente fragmento muestra la segunda ocasión en la que fue mencionada la creencia relacionada con la pérdida de control sobre la comida:

C: [...] no me controlaba [cuando comía], o sea llegaba y me pasaba lo mismo y al día siguiente decía “no, ya mañana, mañana no me va a volver a pasar” y volvía a pasarme y volvía a pasarme y volvía (1) y yo **¿por qué no puedo detenerme? ¿qué me está pasando? Se salió totalmente de mi control** (.) y ahí fue en el momento en el que quise empezar terapia. (sesión 2)

Los fragmentos anteriores, permiten dar cuenta de la creencia de la consultante sobre que no puede controlar la manera en la que come. Woods y Grieger (1995), refieren que dentro de las cogniciones incorrectas en los trastornos de la conducta alimentaria como lo es el trastorno por atracón, se encuentran un razonamiento racional incorrecto y asunciones generalizadas sobre lo irremediable que es una situación y la inutilidad de intentar resolverla. En este caso, la consultante se cree incapaz de poder controlarlo e incluso puede verse como su discurso es en pasado, lo cual sugiere una dificultad presentando para reconocer su problema en el presente.

Por otro lado, otra de las creencias que la consultante presentaba, se encontraba relacionada con el pensar que, al momento de comer, estaba haciendo lo que ella quería hacer con total libertad. Beck (2011) sostiene que más que la realidad de una situación determinada, la interpretación que se le da, con frecuencia se expresa a manera de pensamientos automáticos lo cual a su vez influye en las emociones y en el comportamiento. Dicha creencia fue mencionada únicamente en una ocasión por la consultante y puede verse en el siguiente fragmento:

C: Primero, cuando empezaba a comer (2) era como de **“por fin estoy haciendo lo que quería, esto era lo que quería y lo estoy haciendo”** y pues, era comer, comer, comer y no dejar de comer en ese momento y al día siguiente sentirme mal porque pienso que no debí de haberlo hecho. (sesión 5)

El fragmento anterior, hace referencia a como la consultante vivía al inicio de su proceso al acto de comer como una forma de liberación. Es decir, como un momento en donde creía que finalmente estaba haciendo lo que realmente quería y esto la llevaba a comer de manera excesiva. Baile y González (2016), afirman que el romper alguna de las reglas que se autoimponen, provoca descontrol y un abandono de sí mismo, motivo que lleva a comer en exceso. Así mismo, puede verse como en ese momento, el énfasis de la

consultante se encontraba en los beneficios momentáneos que obtenía al comer, sin embargo, no se cuestionaba que era lo que la comida le estaba representando.

**Creencias relacionadas con su cuerpo.** Dentro de las creencias mencionadas al inicio del proceso por la consultante, también se encuentran las que se asocian al cuerpo y las cuales fueron mencionadas en 4 ocasiones. Dichas creencias, se refieren a la manera en la que la consultante percibe su cuerpo. Kirszman (2020), menciona que las conductas problemáticas hacia la comida como lo son la pérdida de control sobre lo que se come, las dietas restrictivas, entre otras, guardan relación con la insatisfacción con el propio cuerpo. Así mismo, Fairburn (2013) refiere que, en las personas con episodios de atracón, es común que se comparen con otros, lo cual los lleva a concluir que no son atractivos para los demás. El siguiente primer fragmento muestra la forma negativa en la que la consultante pensaba de su cuerpo y como esto la llevaba a sentirse infeliz en él:

C: Y veía a las demás personas que se desenvolvían muy fácilmente siendo ellas, o sea, sintiéndose felices con su cuerpo, con su situación, con su familia (2) y yo solamente las veía y decía “¿será que están fingiendo?” o sea, cómo alguien puede sentirse tan a gusto con, con ella misma pues, ¿no? no (1) **no me llegaba como la comprensión de por qué ellas pueden sentirse a gusto con ellas mismas y yo no.** (sesión 5)

El siguiente fragmento refleja de igual manera otra de las creencias en relación con el cuerpo de la consultante:

C: [...] **Si tenía muchos problemas con esto de estar gordita** y de que mi ropa me empezara a no quedar, mi ropa de hace poco pues (.) Entonces me sentía muy

mal y enfocaba esto de no arreglarme [no tenía interés por arreglarse] en que no tenía tiempo, en que madrugaba demasiado [...]. (sesión 5)

Como puede verse, ambos fragmentos muestran la insatisfacción corporal con la que cuenta la consultante, la cual la lleva incluso a compararse constantemente con los demás. Fairburn (2013) señala que la mayoría de las personas con episodios de atracones tienen preocupaciones con respecto a su cuerpo, las cuales pueden llegar a ser tan fuertes, que terminan dominando su vida al ser el factor al que más importancia le atribuyen. Aunado a esto, al igual que cuando se hablaba de las creencias de la consultante relacionadas con la forma de comer, su discurso es en pasado al reconocer su problemática como algo que ya sucedió y no como algo que en ese momento la estaba afectando. Esto sugiere dificultades en la consultante para hablar frente a alguien sobre lo que en ese momento pensaba de su propio cuerpo.

#### ***b) Creencias en el Intermedio del Proceso Psicoterapéutico***

En el intermedio del proceso, el discurso de la consultante reflejó una mayor cantidad de creencias, así como una mayor profundización en estas mismas. Por consiguiente, la barrera que en un inicio tenía con respecto al reconocer su problemática frente a alguien, fue disminuyendo, por lo que se observó una mayor apertura en ella y esto permitió que fueran teniendo lugar algunos cambios en sus creencias. Las creencias que fueron mencionadas por la consultante en este momento intermedio del proceso fueron creencias sobre las razones que la llevan a comer, creencias al momento de comer, creencias relacionadas con su cuerpo, creencias sobre las creencias de otros y creencias sobre cómo resolver el problema.

**Creencias sobre las razones que la llevan a comer.** A diferencia del inicio del proceso en donde la consultante únicamente hizo referencia a no saber cuáles eran las razones que la llevaban a comer, en esta parte del proceso, hubo un cambio al ella ir cuestionando e identificando momentos en donde la ingesta excesiva tenía lugar. De igual manera, fue reconociendo algunas creencias que la acompañaban en dichos momentos, las cuales como lo mencionan Baile y González (2016), tienden a ser difíciles de reconocer, debido a la vergüenza característica del trastorno.

La primera de las creencias relacionadas con los motivos de la ingesta excesiva es la creencia de la consultante con respecto a que come como una forma de desconectarse de su día. Esta creencia no había sido mencionada con anterioridad, lo cual permite dar cuenta de que la consultante comenzó a cuestionar posibles razones que la llevan a comer, las cuales antes únicamente las mantenía en el argumento de no saber porque comía. Esta creencia fue mencionada en 3 ocasiones en este momento del proceso. En relación con esto, Baile y González (2016) mencionan que dentro de las consecuencias que trae el trastorno por atracón, se encuentra el hecho de que por medio de la comida se evita pensar en situaciones sociales e interpersonales que llevan a una persona a estados cognitivos y afectivos desagradables. Los siguientes fragmentos pueden reflejar esto:

C: [...] Llego a mi casa cansada en la noche y literal es como vaciar esa bolsa de piedritas [de los obstáculos que se le fueron presentando en su día] (.). Así sea por ese rato **y sí pues, ya en el rato de comer pues tal vez si sienta el desahogo totalmente rápido ¿no? así de la desconexión rapidísima.** (sesión 36)

C: Pu:es (3) **lo que yo siento cuando llego [a su casa] es, me siento muy cansada (2) me siento insatisfecha de lo que hice en mi día y quiero (1)**

**desconectarme.** Quiero olvidarlo (1) quiero olvidarlo y (2) y sentirme pues yo creo que feliz, porque el comer me ayuda a eso pues. (sesión 36)

Los dos fragmentos mostrados anteriormente hacen referencia a la creencia con la que la consultante cuenta con respecto a que uno de los motivos que la llevan a tener episodios de atracones, es el buscar desconectarse de lo experimentado en su día. Baile y González (2016), señalan que en la comida se obtiene un logro de gratificaciones que no se obtienen en otras áreas de la vida. Así mismo, Palomino-Pérez (2020) refiere que el estrés que una persona percibe provoca emociones desagradables, las cuales llevan a comer, al esto activar el sistema de recompensa en la persona. En este caso, la consultante vive sus días como desgastantes debido a que no se siente satisfecha con su trabajo, entre otros aspectos de su vida y esto lo compensa por medio de la comida.

Por otro lado, otra de las creencias mencionadas por la consultante en el intermedio del proceso y las cuales tienen que ver con las razones que la llevan a comer, se trata de la creencia de que, si no come en un momento determinado, pierde la oportunidad de hacerlo. Al respecto, Beck (2007) refiere que uno de los errores típicos del pensamiento y que pueden observarse dentro del trastorno por atracón, es el pensamiento de tipo “todo o nada”, en este caso, relacionado con la comida. Esta creencia fue mencionada en 5 ocasiones en este momento del proceso. Los siguientes fragmentos da cuenta de esto mismo:

C: [...] Esa sensación de no manches ahorita hay, ahorita hay y (1) como si nunca volviera a haber pues, ¿no? **es como comerlo porque mañana no va a volver a haber.** (sesión 33)

C: [...] yo noto el hecho de “**no manches es que, neta, ahorita lo tengo, ¿cómo no me lo voy a comer?** O sea, es ahorita ahorita, sí claro”. Pero, o sea después



de que lo hago digo “a ver, esto va a existir toda la vida” pues. Toda la vida va a existir este pan, toda la vida va a existir este litro de leche, cereal, no sé (1) ¿por qué tengo la necesidad de “no, hoy puedo, mira hoy las tengo y hoy me las voy a echar todas? (sesión 33)

Los fragmentos mostrados anteriormente, muestran la creencia de la consultante con respecto a que está desaprovechando la comida que tiene frente a ella, si no la come en un momento en específico. Esto por el riesgo que ella percibe relacionado con que después no haya más del alimento en cuestión. Beck (2007), menciona que existen pensamientos sabotadores que animan a comer, en donde suele suceder que tienen lugar ideas permisivas que provocan que una persona racionalice lo que come. Aquí, la consultante racionaliza lo que come al comer con base en la creencia de que, si no lo hace, ya no habrá comida, aunque una parte de ella cuestiona que el alimento en cuestión no va a dejar de existir.

Pasando a otra creencia mencionada en la parte intermedia del proceso de la consultante, se encuentra aquella que hace referencia a que el comer en exceso es una salida fácil a otros factores que ella percibe como problemas en su vida. Fernández et al. (2012), menciona que uno de los factores que promueven el cambio, se trata de la acción comunicacional resignificar, la cual busca que se construyan nuevos significados. En el caso de la consultante, a pesar de que esta creencia fue mencionada únicamente en una ocasión, refleja un cambio en el pensamiento de la consultante al hacer mayor conciencia de aquellos aspectos de su vida con los que no se siente cómoda y los cuales reconoce que podría estar buscando solucionar por medio de la ingesta excesiva de alimento, en lugar de enfrentarlos. Es decir, comenzó a resignificar su relación con la comida. El siguiente fragmento hace referencia a la creencia antes mencionada:

C: Sí. Si (3) si este (2) pues esto que (1) siento que si es cierto [que utiliza a la comida para cubrir otras problemáticas de su vida] (.) **Siento que es una salida fácil y que ya me acostumbré a ella, ¿no?** ya me acostumbré a decir “bueno (2) tengo esta salida fácil ¿no?” y hago a un lado las otras (2) las otras cosas que sé que también me hacen bien (.) (sesión 36)

En el fragmento anterior puede verse como al consultante además de reconocer el fin con el que podría estar utilizando a la comida, habla acerca de la responsabilidad que ella tiene en esto. Es decir, normalizó el utilizar a la comida como un medio para regular situaciones de su vida que le son adversas y a las cuales se le dificulta regular de otro modo. En relación con esto, Fairburn (2013) menciona que, en una segunda etapa del tratamiento del trastorno por atracón, el objetivo radica en reducir el uso de los atracones para evitar eventos adversos que causan emociones adversas, por medio de los pensamientos que mantienen la problemática. Por lo tanto, a pesar de que en este momento del proceso mantenía los atracones, la consultante comenzó a considerar perspectivas distintas en su situación.

**Creencias relacionadas con la forma de comer.** En el intermedio del proceso y a diferencia del inicio del éste mismo, el único tipo de creencias que se mantuvieron, fueron las relacionadas con que la consultante piensa sobre no tener el control de lo que come. Sin embargo, la consultante dejó de mencionar la experiencia disociativa, así como las creencias sobre que al momento de comer piensa que está haciendo finalmente lo que quiere hacer. Esto sugiere que estos dos últimos tipos de creencias fueron perdiendo relevancia para ella. Así mismo, a pesar de que las creencias relacionadas con no controlar lo que come continuaron, hubo un cambio en ellas que más adelante se puede ver. Por otro lado, también

hubo una creencia que no había sido mencionada al inicio del proceso, la cual tiene que ver con el no poder seguir una dieta.

Comenzando con la creencia de la consultante con respecto a no poder controlar lo que come, ésta fue mencionada en 4 ocasiones y hace referencia a que, al momento de comer, ella cree no poder parar de hacerlo y esto a su vez, le es desgastante. En relación con esto, el DSM V (APA, 2014), menciona que una de las características del trastorno por atracón es la sensación de no tener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Sin embargo, la consultante presenta un cambio en dicha creencia al no quedarse únicamente en mencionar que no puede parar, sino que, por el contrario, puede verse como logró cuestionar e identificar algo que anteriormente no había percibido, que es que cuando generalmente presenta esta creencia de estar fuera de control, es cuando se encuentra sola y no acompañada. El siguiente fragmento muestra lo comentado:

C: Dije “a ver un momento, ¿por qué no puedo parar? ¿por qué no puedo controlarme?” Y sí, fue de que antes el hecho de que mi mamá de repente me viera cenar y cenar y cenar más, pues eso me detenía ¿no? pero ahora que vivo sola, como no tengo nadie que me esté viendo cuando es (3) Porque sí, de hecho también me pasa (2) cuando estoy en público, el hecho de sentirme saciada, **o sea cuando estoy acompañada comiendo, el hecho de sentirme saciada si le hago caso a eso ¿no’ digo “ya me llené, ya me llené y no se me antoja nada más”, pero cuando estoy sola, es de “ya me llené pero puedo comer esto”, “ah, ya me llené pero también puedo comer esto otro”. [...] (sesión 31)**

El siguiente fragmento, hace referencia a la creencia de la consultante de que no siente en su control el poder parar de comer y como esto la lleva a sentirse estancada sin saber hacia dónde avanzar:

T: Dices tú Lucía, que reflexionaste que por tu cabeza pasa el hecho de que tal vez estés buscando como una fórmula mágica, ¿qué es lo que te lleva a pensar eso?

C: **Pues ya no sentirlo en mi control, pues**, ya no sen (2) y, más que nada ya no ver, ya no, como de (2), como si llegaras a un camino en el que ves en frente de ti 5 caminos y en realidad neta no sabes a donde ir [...] (sesión 33)

Los fragmentos anteriores, muestran como a diferencia del inicio del proceso, la consultante fue profundizando más en el sentir que no tiene el control sobre lo que come. De igual manera, en sesiones posteriores la consultante mostró otro cambio al haber logrado controlar en mayor medida su alimentación. Esto puede verse en el próximo fragmento:

C: Como que en esas (1) me doy cuenta que cuando algo me distrae totalmente y me desenfoca totalmente de eso (2) lo logró pues. **O sea como de “y mira, no lo necesité” pues, no fue como que me morí por no haber seguido comiendo, ¿no? (sesión 36)**

El fragmento anterior muestra la forma en la que la creencia de la consultante tuvo un cambio al darse cuenta de que, si se distraía con otras actividades y no comía, no se experimentaba a ella misma con la necesidad de comer en exceso. Dicho de otro modo, fue reconociendo que había formas en las que lograba regular su alimentación. Baile y González (2016), señalan que dentro de los aspectos más relevantes que busca modificar la intervención cognitiva, se encuentran los pensamientos relacionados con el modo en el que se come.

Por otro lado, dentro de las creencias relacionadas con la manera de comer, en este momento intermedio del proceso surgió la creencia de que la consultante no podía

seguir una dieta. Esta creencia no había sido mencionada anteriormente y en este momento del proceso fue mencionada en 3 ocasiones. Dicha creencia hace referencia a que la consultante no se siente capaz de poder seguir la dieta que, en este caso, su entrenador le propuso. Esto concuerda con las ideas de Woods y Grieger (1995), quienes mencionan que una de las creencias dentro del trastorno por atracón se relaciona con la baja tolerancia a la frustración, en donde se cree que no se puede resistir a las tentaciones o que es complicado cambiar los pensamientos y los hábitos que se relacionan con la comida. Esto puede verse en los siguientes fragmentos:

C: No sé si va a comprender [su entrenador] esta parte de (1) de neta sí quisiera [seguir la dieta], **sí quisiera seguir lo que me estas dando, pero (2) no puedo, ahorita no puedo seguirla**, no tengo el control de, y eso me hace sentir todavía peor pues. (sesión 31)

C: [...] El entrenamiento que pone [su entrenador] pues se está poniendo pesado y si salgo muy cansada y lo que quieras, pero pues lo (1) lo logró pues y (2) y trato de hacerlo y le echo ganas y él ve que le echo ganas (3) **pero en la comida no puedo, no puedo**. Así todo ese esfuerzo que hago ahí en la, en hacerlo cuando estoy ahí, se va a al carajo al momento de la dieta pues, ¿no? y (1) y no puedo, no puedo (.) [...] (sesión 31)

Los fragmentos anteriores muestran con claridad la creencia de la consultante de no creerse capaz de seguir una dieta. Como se mencionó antes, al inicio del proceso la consultante mantenía la creencia de que al momento de comer tenía una sensación de estar haciendo lo que quería hacer, sin embargo, en el intermedio del proceso, dicha creencia cambió al ser sustituida por el creer que no puede seguir una dieta. Pasó de enfocarse en una situación satisfactoria que la comida le traía de manera momentánea, a enfocarse en lo que se le dificulta con respecto al acto de comer. Al respecto, Beck (2011)

al referirse a los pensamientos automáticos, señala que suelen considerarse como válidos al no detenerse a evaluarlos por lo habituales y creíbles que llegan a ser.

**Creencias relacionadas con su cuerpo.** En el momento intermedio del proceso, la consultante continuó haciendo referencia a creencias relacionadas con su cuerpo al igual que en el inicio del proceso. Sin embargo, mientras que al inicio las creencias se relacionaron más con comparaciones con respecto al cuerpo de otros y de igual manera, tendía a buscar argumentos para justificar el por qué no se arreglaba, en este momento intermedio, la consultante comenzó a reconocer en mayor medida algunas distorsiones de su pensamiento y a considerar más su autocuidado.

Las creencias relacionadas con su cuerpo en este momento del proceso de la consultante fueron mencionadas en 4 ocasiones. Primeramente, la consultante mencionó este tipo de creencias refiriéndose a la manera en la que ella percibe su cuerpo a pesar de que las evidencias demuestren lo contrario. En relación con esto, Fairburn (2013) refiere que es común que, en personas con alteraciones de la conducta alimentaria, haya una falta de diferenciación entre sentirse con gordo/a y estar gordo/a, lo cual aporta a que las preocupaciones con respecto a la figura y al peso se vean reforzadas. Esto puede verse en el siguiente fragmento:

C: Pues, este (2) siempre cada mes hay medición [con su entrenador] y me pesa y todo y yo ya sabía que iba mal pues. La verdad, en las mediciones no me fue tan mal, o sea no (.) **Fue así como que subí creo que (X) gramos o algo así y yo me sentía y me siento así de que subí (X) kilos ¿no?** (sesión 33)

El fragmento anterior muestra una distorsión en el pensamiento de la consultante con respecto a cómo percibe su cuerpo y a sus mediciones. Sin embargo, en sesiones

posteriores, pudo observarse un cambio en este tipo de creencias. En el siguiente fragmento puede observarse:

C: [...] Tengo poco que lo estoy haciendo [dejar de tener atracones al llegar del trabajo], pero pues tengo miedos y agregados estos comentarios [negativos que le hacen con respecto a su cuerpo], **estoy entré que sí quiero sentirme bien con mi cuerpo, pero a la vez no quiero obsesionarme** (.) O sea están como estas cosas y pues estoy (1) ahí más o menos manejando esa situación, pues. (sesión 36)

En el fragmento anterior, puede observarse un cambio en las creencias de la consultante al estar teniendo presente el querer sentirse bien con su cuerpo, a pesar de que teme que los obstáculos que se le puedan presentar, no le vayan a permitir conseguirlo. Beck (2007), señala que la terapia cognitiva busca neutralizar los pensamientos sabotadores para que de esta forma puedan surgir emociones mayormente agradables y así el comportamiento que una persona tiene hacia sí misma, sea más saludable. Dicho de otro modo, en el caso de la consultante, comenzó a pensar en mayor medida en su autocuidado, cuando anteriormente se mantenía en las distorsiones cognitivas y en las referencias con respecto a la insatisfacción con su cuerpo.

**Creencias sobre las creencias de otros.** A diferencia del inicio del proceso, en el intermedio de éste mismo la consultante comenzó a mencionar por primera ocasión creencias sobre las creencias de otros, las cuales hacen referencia desde el discurso de la consultante, a lo que ella cree que los demás piensan sobre ella o sobre una situación específica. Por lo tanto, el cambio que puede observarse aquí es que pasó de mencionar creencias que giraban únicamente alrededor de su propia persona, a mencionar también creencias que incluían a los demás, aunque continuaban siendo irracionales. Las creencias

mencionadas por la consultante fueron las relacionadas con que lo que los demás le digan no le va a ayudar, las relacionadas con que los demás la juzgan y las relacionadas con que los demás se van a dar cuenta de lo que come.

En relación con esto, Gómez-Candela et al. (2018), señalan que la vergüenza característica de alguien con trastorno por atracón de hablar de su comportamiento es de los factores que más complicado vuelven el diagnóstico y tratamiento. Es decir, externar su problemática es algo difícil en alguien que vive con el trastorno. Sin embargo, en el caso de la consultante, esto podría sugerir que, con el paso de las sesiones, comenzó a sentirse más cómoda externando su problemática, lo cual a su vez la llevó a tener una mayor apertura al hablar sobre más factores que se ven incluidos en lo que vive día con día.

En primera instancia, se encuentran las creencias relacionadas con que lo que los demás le digan no le va a ser de ayuda, las cuales fueron mencionadas en 9 ocasiones. Por consiguiente, esto permite dar cuenta de que, en este momento intermedio del proceso, se convirtió en algo relevante en su día a día. Estas creencias hacen referencia al hecho de que el que alguien le llame la atención por su forma de comer, no es algo que le va a ayudar. En relación con esto, Beck (2007) menciona que los pensamientos automáticos sobre una situación determinada surgen a partir de las creencias centrales y éstos a su vez, impactan en las emociones y comportamientos. El siguiente fragmento muestra como un pensamiento automático por parte de la consultante, surgido a partir de una situación específica, la llevó a sentirse de una forma desagradable:

C: Y me dijo [su pareja], “oye, pero ¿qué no estabas bien llena?” y le dije “pues sí”, pero me dice “y ¿por qué te los comiste?” y le dije “NO SÉ, YA. Me los comí.”. **Y, yo ya le he dicho que, que la verdad el hecho de que me regañe sobre estos temas no me ayuda.** Al contrario, me hace sentir más mal. (sesión 33)



Por otro lado, el fragmento posterior y el cual forma parte del mismo tipo de creencias, hace referencia a la creencia de la consultante relacionada con que lo que su entrenador le diga o proponga con respecto a su problemática con la alimentación, no es la solución:

C: La opción que me dio [su entrenador], “pues hay que dejar de cenar” o sea, “te voy a acomodar el plan alimenticio para que tu última comida sea a las 5 de la tarde y ya”, pero pues eso yo lo puedo hacer, pues. **Eso para mí no es una solución o sea porque (2) o sea, me dejo, por eso me (2) digo que me dejé en las mismas de otra vez está en mis manos pues ¿no? (sesión 33)**

En los dos fragmentos anteriores, puede verse la creencia de la consultante de que los demás no son capaces de ayudarla y, por ende, las soluciones que proponen o lo que mencionan, no le son de ayuda. Esto a su vez, da pie a considerar el hecho de que la consultante se encontraba aún en un punto de su proceso, en el que presentaba dificultades para adherirse a su tratamiento. Sus creencias en este momento del proceso reflejaban una sensación de falta de comprensión por parte de los demás, al ella haber estado buscando que alguien más resolviera su problema. Esto último, de acuerdo con Kirszman (2020), es un fenómeno obstaculizador relevante en el tratamiento de un trastorno de la conducta alimentaria.

Otra de las creencias sobre las creencias de otros que mencionó la consultante, fue la creencia de que los demás la juzgan, la cual hace referencia a que los demás piensan con frecuencia mal de ella con relación a su problemática con los atracones. Dicha creencia fue mencionada en 7 ocasiones, lo cual de igual manera refleja un factor significativo para ella en esta parte de su proceso. Al respecto, Beck (2011) afirma que una de las más frecuentes distorsiones cognitivas del pensamiento en alguien con problemáticas relacionadas con la comida, es la habilidad para “leer la mente”, en donde

se cree que se sabe lo que los demás piensan de uno mismo sin considerar posibilidades diferentes. Los siguientes fragmentos muestran lo mencionado:

C: Como de (1) como de “ay que loser” ¿no? así como de (3) ¿no? **como que siento eso de que va a decir [su entrenador del gimnasio] ¿cómo una persona adulta ni siquiera puede controlar su forma de comer? O sea, ¿cómo me estás diciendo que no puedes con una dieta?** No sé, como que tengo esa sensación [...] (sesión 31)

C: Y pasó esto y [siguió comiendo a pesar de sentirse muy llena] (3) y como mí, **como Jorge mi novio sabía también lo que había sobrado y como iba a ver, iba a decir “ah caray, ¿en dónde está lo otro que sobró?”, dije “se va a dar cuenta”** (2) y (1) yo estaba pensando se va a dar cuenta, se va a dar cuenta, ¿qué voy a hacer? ¿cómo le voy a decir? [...] (sesión 33)

Sin embargo, en sesiones posteriores pudo observarse un cambio en la consultante, al profundizar y cuestionar la temática con su entrenador con respecto a que ella cree que éste la juzga, lo cual la llevó a poder ir reconociendo lo que su entrenador le representa y de donde podían venir sus cogniciones. Esto puede verse en el próximo fragmento:

C: Y (2) fíjate, nada más quisiera como recalcar algo en lo que me di cuenta, que (2) **o sea, platicando creo que quise poner en (2) en mi coach y en X, lo que representaba en mi infancia mi mamá, pues que era mi (1) mi pilar de autoridad** ¿no? como que esperaba un “no comas eso, eso no lo hagas”, como esperándolo y no esperándolo. [...] (sesión 36)

El fragmento anterior refleja un cambio, al implicar una mayor introspección con respecto a las creencias de la consultante que la llevan a creer saber lo que los demás

piensan de ella de forma negativa. En relación con esto, Baile y González (2016) refieren que uno de los aspectos que se buscan modificar dentro de la intervención cognitivo-conductual, es el pensamiento y comportamiento en sociedad, en donde la reestructuración cognitiva ha demostrado ser de gran utilidad. Dicho de otra forma, más que mantenerse en la queja de lo que ella cree que piensan de ella, logró tomar en cuenta una nueva perspectiva que la fue ayudando a comprender porque tendía a pensar eso de quienes le representan autoridad.

**Creencias sobre cómo resolver el problema.** En el momento intermedio del proceso, otras de las creencias de las que la consultante habló por primera vez, son las creencias relacionadas con cómo resolver su problemática. Esto representa un cambio al considerar por primera ocasión aspectos relacionados con posibles soluciones a lo que vive con la ingesta de comida. Dentro de dicho tipo de creencias, lo que la consultante externó se encuentra asociado con el hecho de que considera que está en sus manos salir del problema y esto fue mencionado en 4 ocasiones. Aportando a lo anterior, de acuerdo con Beck (2011), el principal objetivo de la terapia es lograr el alivio de síntomas, así como reducir el estrés por medio de la modificación del pensamiento disfuncional. En este caso, la consultante fue apropiándose de la responsabilidad que ella tiene en su problema, cuando anteriormente no era algo que si quiera considerara. Esto puede verse en los siguientes fragmentos:

**C: Ya, que (2) te decía que (1) bueno, hasta ahorita me estoy haciendo consciente que sí es cierto, es algo que quiero para mí pues [mejorar en su relación con la comida], ¿no? no sé, como que se me estaba perdiendo la brújula y siento que era un, un objetivo a cumplir para él [cumplir con la dieta]**

porque él me lo puso pues, entonces no (1) “si él me dijo que tengo que hacer esto, entonces no hay vuelta a la página, es lo que tengo que hacer”. Pero pues si es cierto, o sea no sé, creo que lo estaba viendo de forma negativa, pues [...]

*(sesión 31)*

C: [...] me quedé con esa impresión de (1) de “a ver Lucía, ¿estás buscando como la fórmula y esa fórmula no existe? [para no comer en exceso] O ¿qué estás haciendo?, pues. Eh (2) eh, o **“si estas queriendo dejar en manos de otra persona lo que es tu responsabilidad”**. *(sesión 33)*

Como puede verse, los fragmentos anteriores reflejan la forma en la que la consultante comenzó a percibirse como parte de su problemática, cuando anteriormente su tendencia era a basar sus avances o estancamientos únicamente en los demás. De acuerdo con Aristegui et al. (2004), dentro de los indicadores de cambio, se encuentra el hecho de que las personas construyen nuevas interpretaciones y generan nuevas explicaciones tanto de sí mismos, como del mundo que les rodea. Aquí es notorio como el lugar en el que anteriormente se percibía a ella y a los demás con respecto a su problemática, comenzó a ser percibido desde una nueva perspectiva más funcional.

### ***c) Creencias al Final del Proceso Psicoterapéutico***

Al final del proceso de la consultante, las creencias disfuncionales con las que contaba se vieron significativamente disminuidas. Un cambio relevante, fue el hecho de que dejó de mencionar aquellas creencias que se relacionaban con las creencias de los demás y las que se relacionaban con una percepción negativa de su cuerpo, las cuales se habían convertido en creencias mantenedoras tanto de las emociones desagradables que experimentaba, como de los comportamientos que la dañaban. Las creencias

mencionadas por la consultante en esta parte del proceso fueron creencias sobre las razones que la llevan a comer, creencias relacionadas con la forma de comer y creencias sobre cómo resolver el problema.

**Creencias sobre las razones que la llevan a comer.** En este momento final del proceso de la consultante, este tipo de creencias fue mencionado únicamente en dos ocasiones, en donde hace referencia a que cree comer como una forma de evitar hacer cosas de otros ámbitos de su vida, que en realidad no desea hacer por las emociones desagradables que le causan. Concordando con las ideas de Rojas y García-Méndez (2017), las personas con alteraciones alimentarias suelen reportar sentir hambre ante un problema, lo cual sugiere dificultad para distinguir el hambre de las emociones. En este sentido, puede observarse un cambio ya que la consultante fue mostrando un pensamiento mayormente realista con respecto a las razones que la llevan a comer, en donde fue reconociendo como sus emociones y pensamientos influían en las acciones que toma, lo cual anteriormente no alcanzaba a verlo. Esto puede verse en los siguientes fragmentos:

C: Por ejemplo, el jueves pasado tenía (1) no, el miércoles (2) estuve postergando hacer tarea ¿no? porque tenía que entregarla y estaba muy cansada y lo postergaba y lo postergaba y el día que tenía ya así el límite, **me sentía como muy estresada, como muy de “tengo que hacerla”, pero en lugar de ponerme a hacerla, era como “quiero dejar de sentir esta desesperación de que tengo que hacerla y fue comer (1) así comer, comer y comer (.) [...] (sesión 50)**

C: [...] Ya me di cuenta que cuando quiero comer, así cuando tengo la desesperación de querer llegar a comer, es porque **estoy en una situación que**

**no quiero estar (1) o sea (2) que digo “no quiero sentir esto, no quiero sentir esto” y lo que hago es como y me distraigo, ¿no? (sesión 57)**

Como puede verse en los fragmentos anteriores, la consultante utiliza al acto de comer como una forma de distraerse y evitar aquellas cosas que no quiere hacer y que le causan emociones desagradables. El cambio observado aquí, radica en que mientras en otros momentos del proceso no reconocía posibles razones que la llevaban a comer o mantenía creencias mayormente distorsionadas, en este momento ella muestra una mayor aceptación con respecto al hecho de que el comer en exceso se relaciona con otras áreas de su vida en donde no se siente satisfecha.

Dichas creencias cambiaron sólo en el sentido de que estuvieron enfocadas en un motivo que lleva a comer distinto a los mencionados en otras partes del proceso. Sin embargo, se mantuvo en el reconocimiento de posibles razones que promueven que coma en exceso y en una mayor claridad del vínculo que sus emociones tienen con el comer de manera excesiva. En relación con esto, Beck (2007) señala que si se consigue que un paciente identifique los desencadenantes de los pensamientos sabotadores que llevan a la ingesta excesiva de alimento, se hace menor la exposición a dichos pensamientos y la forma de reaccionar frente a ellos, cambia. En este caso, la consultante fue identificando con mayor claridad, los momentos, los pensamientos y las formas de sentirse que la llevaban a la ingesta excesiva.

**Creencias al momento de comer.** Al final de su proceso psicoterapéutico, la consultante dejó de mencionar como lo hacía en el momento intermedio de éste mismo, creencias relacionadas con no poder controlar lo que come o con no poder seguir una dieta. En cambio, comenzó a hablar sobre creencias relacionadas con tener un mayor control sobre su alimentación. En concordancia con esto, Baile y González (2016) mencionan que, dentro de una de las fases del tratamiento del

trastorno por atracón, se busca además de desarrollar habilidades para manejar dificultades asociadas a que se desencadene la ingesta compulsiva, identificar y cambiar modos de pensar problemáticos. Este cambio de creencias fue mencionado en una ocasión al final del proceso, lo cual a su vez sugiere que fue viviéndose con mayor naturalidad. El siguiente fragmento refleja lo mencionado:

C: Yo dije “¿de qué se trata pues? ¿de qué se trata estar así mal conmigo?” Y no sé, como que eso me movió mucho [reflexionar acerca de que quien se hace daño es ella] y ni siquiera lo pienso Andrea, nomás llego y no sé si recuerdo el dolor [de estómago por comer] o que **y al menos por esta semana me pude controlar y sí me siento mucho más controlada con ese tema, pues.** (sesión 57).

El fragmento anterior muestra como la forma en la que la consultante comenzó a pensar con respecto a la manera en la que comía, en donde fue aceptando que se estaba haciendo daño comiendo de esa manera, provocó movimientos internos en ella que la llevaron a controlar sus atracones. Al respecto, Beck (2007) señala que la manera en la que se piensa con respecto a la comida o a una dieta, influye directamente en como una persona se siente a nivel emocional y como el sentirse así, la lleva a comportarse. En este caso, la consultante percibió a su situación con la comida desde un ángulo distinto al que acostumbraba, lo cual la llevó a experimentar emociones que provocaron que disminuyera de manera considerable los atracones.

**Creencias sobre cómo resolver el problema.** En este momento del proceso de la consultante, comenzó a realizar acciones a partir de un cambio de creencias, que la fueron ayudando a disminuir emociones desagradables. En el momento intermedio del proceso, la consultante logró reconocer que salir de su problemática se encontraba en sus manos. Sin embargo, en este momento del proceso, además de comenzar a tomar acciones a partir de su cambio de

pensamiento, comenzó a reconocer y aceptar que las restricciones que tan normalizadas tenía, eran una gran parte de su problema. En relación con esto, Baile y González (2016) refieren que la restricción alimentaria lleva a un incremento del apetito, sensación de hambre, ansia y sentimientos negativos, lo cual provoca que tenga lugar un atracón que posteriormente genera estados de culpa que llevan de nuevo a la restricción alimentaria, provocando así un círculo vicioso. El siguiente fragmento muestra lo anterior:

C: [...] La verdad sí siento que no es la solución (.). O sea yo lo siento en mí, en mi interior que no es la solución. **No es la solución estarme restringiendo de comer cuando tengo hambre, pues.** Eso solo me provoca más ganas de comer y es lo que llevo haciendo mucho tiempo. *(sesión 50)*

Por otro lado, como se mencionó antes, la consultante comenzó a ejercer pequeñas acciones que comenzó a tomar a partir de su pensamiento. Dichas acciones estuvieron relacionadas con administrar sus actividades diarias, con la intención de dejar de saturar sus días lo cual le provocaba emociones desagradables que la llevaban a los episodios de atracón. Esto puede verse en el siguiente fragmento:

C: El llegar a mi casa y decir, sólo tengo que hacer esto (2) ésta pequeña cosita tengo que hacer, es todo (.). y ya después, me puedo ir a acostar [...] **el hecho de toda mi semana llevármela relajadita de “nomás voy a hacer esto, nomás esto” (.). algo pequeño, me está ayudando mucho.** *(sesión 57)*

Los fragmentos anteriores muestran la forma en la que más que únicamente reconocer la responsabilidad que tiene en su problemática, fue cuestionando y profundizando aquello que hace e influye de manera negativa a su problema, lo cual la llevó a nuevas creencias relacionadas con el cómo resolver su problema. Esto a su vez, la



fue llevando de acuerdo con Baile y González (2016) a un estadio de su tratamiento en donde después de haber tomado la decisión de cambio, se ponen en marcha las primeras acciones que promueven que se afiance dicha decisión de cambio.

A manera de resumen, similar al caso de la categoría de emociones, en la presente categoría denominada creencias asociadas al trastorno por atracón, al inicio del proceso pudo verse como la consultante profundizaba poco en sus creencias y tendía a justificarse con no conocer los motivos de sus comportamientos. Esto refleja como posiblemente experimentaba dificultades para reconocer ante alguien más su problemática con la alimentación. Así mismo, sus creencias se relacionaban con tener la sensación de desconectarse de sí misma al momento de comer y con la falta de control sobre lo que come. Posteriormente, en un momento intermedio del proceso, pudo observarse la manera en la que la consultante fue profundizando en mayor medida en sus creencias, en donde incluyó creencias que no habían sido mencionadas antes, lo cual sugiere que fue logrando tener mayor apertura con respecto a hablar sobre su problemática. De igual manera, un factor relevante en este momento del proceso es que la consultante comenzó a incluir en su discurso, creencias relacionadas sobre cómo resolver el problema, las cuales antes no eran tomadas en cuenta.

Por último, en el momento final de su proceso, las creencias de las que hablaba se fueron percibiendo más realistas al reconocer su responsabilidad en su problemática. Así mismo, fue hablando de cambios positivos en el control que tiene sobre la comida y a tener pequeñas acciones buscando avanzar en su situación.

#### **4.2 Emociones Asociadas al Trastorno por Atracón**

La presente categoría buscó distinguir las distintas emociones mayormente presentes en alguien que vive con episodios de atracones, así como los cambios en

éstas, en tres diferentes momentos de su proceso psicoterapéutico: (a) inicio, (b) intermedio y (c) final. Esto a través del discurso de la consultante con respecto a lo que experimentaba a nivel emocional en relación con su problemática con la ingesta excesiva de alimento, en donde las partes de los fragmentos mostradas en negritas resaltan lo más relevante de estos mismos.

#### ***a) Emociones al Inicio del Proceso Psicoterapéutico***

Con respecto al inicio del proceso psicoterapéutico de la consultante, se analizaron las sesiones 2 y 5, al ser éstas en donde más logró hablar sobre su situación con los atracones. La consultante presentó dificultades con hablar sobre su problemática al inicio del proceso, por lo que su discurso era reservado. Se le dificultaba el identificar sus emociones, así como nombrarlas. Tendía a hablar en pasado, a contradecirse en diversas ocasiones y a evitar hablar sobre la situación que vive con los atracones de comida. No obstante, dentro de las emociones mencionadas por la consultante al inicio de su proceso, se encuentran la culpa relacionada con la sobreingesta de alimento, el temor a hablar sobre sus atracones, frustración relacionada con tener que seguir un plan alimenticio y de ejercicio, así como con el pensar con frecuencia en comida y coraje e impotencia relacionadas con la pérdida de control sobre lo que come.

**Culpa.** En cuanto a la culpa relacionada con la sobreingesta de alimento se refiere a la emoción que tiene lugar después de que realiza los atracones. De acuerdo con Baile y González (2016) tras un atracón en la mayoría de los casos aparece una sensación de culpabilidad que en ocasiones va a desembocar en una variable intermedia en lo que respecta a la insatisfacción corporal y en otras ocasiones aparecerá sin que se vea implicado el desagrado de la propia imagen. Ésta fue mencionada en 2 ocasiones, lo cual puede verse en los siguientes fragmentos:

C: Am (1) primero, cuando lo hacía [comer en exceso], cuando empezaba (1) era como: o de “¡ah! ya”, era como de pude hacer lo que yo quise ¿no? esto quería hacer y esto hice (.) **y cuando estaba terminando, totalmente culpa, culpa y sintiéndome mal conmigo.** (sesión 2)

C: Sí o sea, como tanto que es inevitable sentirme mal después [de comer en exceso] y no me siento mal solo un rato, eh (2) es como, o sea dura varias horas eso que siento (.) **es como mucha culpa**, creo. (sesión 5)

Los fragmentos anteriores hacen referencia a la culpa que la consultante vive después de realizar un atracón, a pesar de que, durante este mismo, las sensaciones suelen ser agradables. Sin embargo, es notorio como incluso llega a dudar al momento de nombrar aquello que estaba sintiendo después de los atracones. Baile y González (2016) refieren que esta culpabilidad a su vez, es la que mantiene las ineficaces dietas que posteriormente llevan a que tenga lugar un nuevo atracón, convirtiéndolo así en un círculo vicioso.

**Temor.** Así mismo, el temor asociado a hablar sobre sus atracones fue una de las emociones presentes en la consultante y el cual fue mencionado en dos ocasiones en una de las sesiones iniciales. En el presente ejemplo, así como en el anteriormente mencionado sobre la culpa, es notorio como la consultante presentaba dificultades para identificar y expresar emociones, por lo que las mencionaba muy poco y con diversas confusiones reflejadas en su discurso. Nowakowski et al. (2013), señalan que el crecer en un contexto en el que las emociones eran percibidas como algo inaceptable, promueve que posteriormente las emociones puedan verse como algo malo o algo que no debe ni de experimentarse ni expresarse. Los siguientes fragmentos reflejan la forma en la que el temor fue mencionado:

T: Ok, como si costara trabajo mostrarte, ser quien tú realmente eres, ¿de dónde podrá venir eso? ¿Cómo era la Lucía adolescente y como era la Lucía niña?

C: Pues (2) pues era muy introvertida, era insegura. **Este (1) tenía temor de expresar, de mostrar mi cuerpo, de mostrarme yo, tenía miedo de mostrar mis sentimientos, era aprehensiva (.)** yo me acuerdo que (2) no sé si siga siendo muy aprehensiva con las personas y (2) y pues no sé, este tal vez temerosa de no hacer las cosas bien, de no sentirme suficiente. *(sesión 5)*

A continuación, se muestra el segundo de los fragmentos del inicio del proceso, en donde el temor fue mencionado:

C: Irme a vivir sola me dio chance de hacer estas cosas que estuve reprimida de hacer por el miedo a desagradar ¿no? **o por el temor a ser juzgada como algo que hice mal (.) aquí fue donde empecé a comer más.** *(sesión 5)*

En los fragmentos anteriores, puede observarse como la consultante se muestra dudosa de si en la actualidad aún se siente de la manera en la que se sentía anteriormente. Nowakowski et al. (2013), mencionan que las personas que presentan alteraciones en la conducta alimentaria, tal como sucede en el trastorno por atracón, tienen dificultades específicas con la identificación y expresión de las propias emociones y tienden a tener un estilo cognitivo que se enfoca mayormente en factores externos, más que en los propios internos.

**Frustración.** Aunado a lo anterior, la consultante de igual forma experimentó frustración al inicio de su proceso, en donde dicho término se refiere, por un lado, a aquello que siente cuando alguien más le dice que es lo que tiene que hacer, tomando como ejemplo el caso de tener que seguir una dieta o hacer ejercicio, tal y como se lo sugirió el entrenador del gimnasio de la consultante al

ella buscar su apoyo para conseguir sus metas físicas. Esto puede observarse en el siguiente fragmento mencionado por la consultante:

C: [...] Entonces sí, fíjate ahorita que lo platicamos [el tema de su dieta], **como que para mí es algo frustrante el hecho de que te digan que tienes que hacer algo que no nazca de mí (1)** o sea, que yo haga algo porque alguien me lo dijo y no porque me nació, como que ya ni siquiera lo siento mío y por ende, ni siquiera le echo ganas ¿no? *(sesión 2)*

En el fragmento anterior, puede observarse un ejemplo de las contradicciones que la consultante tendía a tener al inicio de su proceso, al referir sentir frustración por tener que seguir un plan alimenticio y de ejercicio, cuando fue ella quien buscó eso mismo con la intención de bajar de peso. Esto a su vez, permite ver la poca claridad con la que contaba la consultante. De acuerdo con Beck (2011), las emociones negativas son dolorosas y por lo mismo, llegan a ser disfuncionales al influir en la capacidad para pensar claramente, resolver problemas y lograr tener satisfacción con lo que se hace.

Por otro lado, la frustración fue también mencionada por la consultante haciendo referencia a ser esa emoción lo que la lleva a comenzar a pensar en que es lo que va a cenar al llegar a su casa. En esta ocasión, la consultante al no contar con una adecuada gestión de su frustración comenzó a pensar en lo que iba a llegar a comer a su casa, como un intento de regular lo que estaba sintiendo, tal y como Wolz (2016) refiere que sucede. Esto puede verse en el fragmento posterior:

C: Lo que pasa es que, llegaba del trabajo (1) **y como que sentía una frustración no sé porque y eso hacía que solamente llega lle llegara pensando ¿qué voy a cenar?** *(sesión 2)*

Por lo tanto, el pasado fragmento hace referencia a como la frustración fue aquello que llevó a la consultante a pensar en que iba a cenar y posteriormente hacerlo de forma excesiva. De acuerdo con Beck (2007), algunos de los desencadenantes emocionales en cuanto al acto de comer, son sentimientos desagradables dentro de los cuales entran el enfado, la tristeza, la ansiedad, la frustración o el aburrimiento, lo cual lleva a que se utilice el acto de comer como un consuelo ante alguna situación que se pueda estar viviendo.

**Impotencia y coraje.** Otras de las emociones que la consultante mencionó, aunque lo hizo únicamente en una ocasión y sin profundizar en ellas, fueron impotencia y coraje. La consultante nombra a la impotencia y al coraje como emociones que experimenta después de realizar un atracón, en el siguiente fragmento:

C: Cuando terminaba de comer sentía mucha culpa, pero además de sentir culpa **sentía algo así como impotencia, impotencia, coraje, todo eso sentía, sí, todo eso sentía y bueno, me sentía super mal pues.** (sesión 2)

Como puede verse, en el fragmento anterior, puede notarse una falta de claridad con respecto a lo que siente de manera específica. Cuadro y Baile (2015), señalan que las emociones que se experimentan al realizar un atracón tienen que ver con el placer, mientras que aquellas que se experimentan al finalizar el atracón son principalmente ansiedad intensa, culpa, disgusto y vergüenza. Como puede verse, existe una discrepancia entre lo que los autores mencionan como las emociones características después de un atracón y lo que menciona la consultante, lo cual podría deberse a la falta de claridad por parte de la consultante para identificar lo que siente, lo cual le pudo haber provocado confusión con respecto a la emoción que estaba experimentando.

### ***b) Emociones en el Intermedio del Proceso Psicoterapéutico***

En el intermedio del proceso psicoterapéutico con la consultante, ésta fue capaz de identificar y nombrar una mayor cantidad de emociones, así como de profundizar en ellas, lo cual llevó a que se fueran dando algunos cambios en sus emociones que se presentan a continuación. En esta parte del proceso, las emociones mencionadas por la consultante fueron satisfacción al momento de comer, culpa después de los atracones, miedo relacionado a ser juzgada, estrés como predisponente a los atracones, vergüenza por comer en exceso, tristeza relacionada con el adquirir consciencia del daño que se provoca y ansiedad.

**Satisfacción.** Comenzando con la satisfacción al momento de comer, ésta fue mencionada en 5 ocasiones en 3 sesiones y se refiere a la sensación placentera que el estar comiendo le provoca a la consultante. Ésta es una emoción que no había sido nombrada anteriormente por la consultante, lo cual permite ver que fue disminuyendo su dificultad por expresar e identificar sus emociones. De igual manera, esto sugiere que comenzó a nombrar no únicamente las emociones desagradables, sino que también fue reconociendo los beneficios que obtiene en el hecho de comer. Cuadro y Baile (2015), señalan que las sensaciones experimentadas al momento de un atracón se encuentran llenas de placer, lo cual lleva a buscar que se repitan. Esto puede observarse en el próximo fragmento:

T: ¿Cómo se da el cambio de quererte tomar un vaso de leche a terminar tomando el litro de leche entero?

C: Pierdo por completo la noción de, de estoy haciendo algo que me va a hacer sentir mal [comer en exceso] **y querer volver a sentir esa como (1) satisfacción eh, momentánea.** Como de “quiero volver a repetirlo, quiero volver a repetirlo” y

por eso otra vez como y otra vez como a pesar de que ya comí (1) por ejemplo (2) un vaso de leche con un pedazo de pan ¿no? y ya lo comí (.) y es como de “se acabó, no manches quiero volver a repetirlo” **y es otra vez y otra vez, como esa sensación de volver a sentir esa satisfacción y de querer repetirla y repetirla y repetirla.** (sesión 31)

El fragmento anterior hace referencia a la satisfacción que la consultante siente al momento de comer, la cual provoca que quiera seguir comiendo. Beck (2007) menciona que existen sensaciones agradables que funcionan como desencadenantes al momento de comer, en donde se piensa que la emoción positiva no va a terminar mientras no se deje de comer.

La satisfacción también fue mencionada en el siguiente fragmento:

C: Quisiera no hacerlo (1) pero sintiendo esa misma satisfacción, no sé pues (.) o sea, me digo a mi misma “ok, ya lo hice y lo quería no haber hecho”, **pero ¿cómo controlo esta sensación de (2) o sea como llego a tener esa satisfacción y ese placer que tuve cuando estaba comiendo? No sé si lo pueda tener.**

**Entonces ¿Cómo lo puedo obtener si no es solo comiendo, pues?** (sesión 31)

En el fragmento mostrado, a pesar de que la consultante duda poder mejorar, comenzó a considerar el hecho de que existe la posibilidad de obtener la misma sensación de otras formas, lo cual sugiere un avance. Al respecto, Beck (2007) refiere que, así como la decisión de comer puede llevar a una persona a reducir su tensión, la decisión de no hacerlo también puede provocar lo mismo aunque se crea que el hecho de comer es lo que llevará a un alivio.



**Culpa.** Continuando con otra de las emociones mencionadas por la consultante, la culpa, la cual fue mencionada en 7 ocasiones en 3 sesiones, se refiere a lo que sentía después de un atracón y después de consumir lo que una dieta le prohibía. Los fragmentos posteriores muestran como al igual que en el inicio del proceso, la consultante reconoció la culpa con la distinción de que, en esta parte del proceso, reconoce a la culpa no únicamente después de los atracones, sino que la reconoce también en el comer lo que no debería comer:

C: Sí (.) sí, eh **la sensación de culpabilidad la reconozco inmediatamente (1)** es como me siento después de comer. *(sesión 36)*

En otra de las sesiones expresó lo siguiente:

C: Pero (2) o sea cuando no es, cuando no tenía la dieta, era como, era como de “chin, comí esto en exceso” ¿no? comí esto en exceso y estuvo mal (.) pero ahora es ahora es (1) **sé que no debo comer en específico leche y es la que voy a comer, o sea es como (1) como sumarle más culpa a la situación.** *(sesión 31)*

Como es notorio en el fragmento anterior, en la consultante los alimentos prohibidos provocan que el deseo aumente y tenga lugar la sobre ingesta, llevando así a la culpabilidad. De acuerdo con Fairburn (2013), la mitad de las personas con trastorno por atracón, con frecuencia describen a algunos alimentos como prohibidos, malos o peligrosos.

**Temor.** Otra de las emociones mencionadas por la consultante en 6 ocasiones en 3 sesiones, fue el temor, en esta ocasión relacionado con el hablar sobre sus atracones con su entrenador del gimnasio, quien además de entrenarla, le proporciona sus dietas. Sin embargo, a diferencia del inicio del proceso, la consultante utilizó en mayor medida su pensamiento y de esta forma el temor a

hablar sobre sus atracones disminuyó, lo cual la llevó a enfrentar la situación de hablar sobre lo que le sucede. Esto puede observarse en los siguientes fragmentos:

C: [...] Llegué [con su entrenador] y pues ya así como de (2) pues la clásica bromilla de “mucho gusto” de así como de “milagro que vienes” y así pero (1) como que yo traía este chip de “a ver este no tengo porque sentirme como muy de hice algo mal, como de (1) ya no valgo ni poquito de lo que valía (3), de lo que valgo por haber fallado en esto [no cumplir con la dieta], entonces dije “a ver, le tengo que bajar a eso **y con esa mentalidad la verdad me pegó mucho menos pues, no sentí tanto temor**, o sea fue como de cualquier comentario que me hizo, en ese momento lo tomé como de bueno pues, soy una de sus ochenta mil alumnas, entonces no creo que a él le afecté como yo creo que le afecta. (sesión 36)

Como puede verse en el fragmento anterior, la consultante sustituyó algunos de sus pensamientos irracionales por otros más racionales y así, logró disminuir el temor y enfrentar la situación. En este caso, la consultante identificó algunos de los pensamientos que tienen que ver con su temor, tales como el pensar que su entrenador la iba a juzgar por no cumplir la dieta o el pensar que hizo algo mal. Posteriormente, los diferenció de lo que se encontraba sintiendo y de esta forma, enfrentó una situación que le costaba trabajo por la emoción que le representaba. Beck (2011) afirma que como terapeuta es importante que una vez teniendo claridad con respecto a lo que le perturba al paciente, le muestra empatía en cuanto a sus emociones a lo largo de todo el proceso para ayudarlo a evaluar aquellos pensamientos disfuncionales que se encuentran detrás y que impactan su estado de ánimo.

Así mismo, otro de los cambios que se observaron en la consultante con respecto al temor asociado a hablar de sus atracones, es que al ir reconociendo y aceptando en

mayor medida su situación con la ingesta excesiva de comida, el temor por reconocerlo ante las personas más cercanas a ella disminuyó y esto le fue de ayuda para ir aumentando el número de personas a quienes les tenía la confianza de expresárselo. El siguiente fragmento de la consultante puede mostrarlo:

C: Sí, yo la verdad sí lo siento más a carne viva [el vivir con atracones], por el hecho de que ya lo hablo con Jorge, ya lo hablo con una amiga, lo hablo más con Jorge. Lo hablo contigo y es como que ya lo tengo más presente y no lo, no lo ignoro tanto, el hecho de que tengo ese problema pues. Ya lo tengo más presente en la cabeza, no sé si este mejor o si este peor, pero ya lo tengo más presente.

*(sesión 33)*

Cárdenas (2016) afirma que las emociones que se experimentan y las percepciones que se tienen, hacen que empiecen ciertos mecanismos de reacción para enfrentar diversas amenazas interpretadas por una persona. El fragmento anterior por parte de la consultante refleja como al disminuir el temor y cambiar ciertas percepciones por medio de su proceso, provocó que las situaciones a las que más les temía perdieran en parte su carácter de amenaza y de esta forma, logró enfrentarlas de una forma distinta.

**Estrés.** Pasando a otra de las emociones mencionadas por la consultante, se encuentra el estrés el cual lo mencionó únicamente en una ocasión en 3 sesiones, en donde éste se encuentra relacionado con el tener que hablar sobre su problema con alguien más, en este caso con su entrenador del gimnasio. El estrés es algo que no había sido mencionado anteriormente por la consultante en lo que llevaba de su proceso, por lo que fue otra de las emociones que alcanzó a reconocer y expresar una vez que comenzó a hablar más sobre lo que vive con los atracones. El estrés lo mencionó en el siguiente fragmento:

C: Pero pues, no sé o sea, no (.) **la verdad sí me da mucho estrés el saber que tengo que hablar con él de esto** [su sobreingesta de alimentos].

Fairburn (2013) refiere que las personas con trastorno por atracón tienden fuertemente a comer en exceso cuando se sienten infelices o estresados, lo cual se vuelve tan manifiesto que es así como empiezan a desarrollar los episodios de atracones. En el fragmento anterior, la consultante no se refiere al estrés como lo que le provoca el comer en exceso, sino a lo que le causa la idea de tener que externar su situación. Esto podría tener que ver con una confusión de términos al no tener claro con exactitud que estaba sintiendo. Sin embargo, anteriormente ya había mencionado al temor como aquello que le causaba la idea de hablar con su entrenador y no al estrés, por lo que podría ser que hubiera interpretado al temor como estrés.

**Vergüenza.** Por otro lado, la vergüenza fue otra de las emociones mencionadas en esta parte del proceso de la consultante y la cual no se había mencionado anteriormente. Similar a lo anteriormente mencionado, ésta fue referida en dos ocasiones en una de las sesiones, como aquello que le causa el hablar sobre cómo se siente con respecto a sus atracones y como aquello que le causa el hecho de que la vean comer. Baile y González (2016) mencionan que un episodio de atracón va siempre acompañado por sentimientos posteriores de vergüenza, los cuales tienen que ver con la cantidad y la manera en la que se consumió alimento. Los fragmentos posteriores, ejemplifican lo mencionado:

C: Yo desde (1) desde este punto de (1) en el que yo estoy, de cómo me siento, una **no es fácil decirlo [reconocer que realiza atracones], da vergüenza. Es la, es la palabra (2) da vergüenza.** (sesión 33)

El segundo de los fragmentos hace referencia a la vergüenza como lo que le causa su comportamiento:

C: [...] como tengo tanto sueño pero no quiero estarme cabeceando, lo quiero solucionar comiendo ¿no? y otra vez es de no tengo hambre, pero tengo que comer algo pues ¿no? **y ahí se le agrega el hecho de que estoy en público y es así como de AY, que no me vean comer tantas veces al día.** (sesión 33)

Los fragmentos anteriores permiten dar cuenta de la forma en la que la consultante experimenta una emoción que no había mencionado anteriormente. Gómez-Candela et al. (2018) refieren que los pacientes con trastorno por atracón suelen avergonzarse de su comportamiento y por ende su diagnóstico puede ser complicado, ya que generalmente no consultan por ello. Tomando en cuenta que uno de los principales motivos por lo que no consultan por ello es por la vergüenza que les implica el reconocer su problema, sugiere un cambio en ella.

**Tristeza.** De igual manera, la tristeza fue mencionada en dos ocasiones en el intermedio del proceso psicoterapéutico a diferencia del inicio del mismo, en donde la consultante no alcanzaba a reconocer a la tristeza en su vivencia. En la primera ocasión, la tristeza tiene que ver con lo que siente al recordar y relacionar a las restricciones que ella misma se impone después de haber realizado un atracón a manera de castigo, con las restricciones con respecto a la comida que experimentó por parte de su mamá cuando era niña. Esto puede verse en el fragmento que se muestra a continuación:

T: ¿Qué te hace sentir el recordarlo [las restricciones de alimento que vivía en su niñez], el visualizarlo de esa forma?

C: **Tristeza, mucha tristeza** (3) porque, creo que no era necesaria tanta abstinencia pues [relacionada con comer], o sea yo sé que teníamos mucha (2) no había mucho dinero, pero tampoco nos moríamos de hambre pues [cuando era niña]. Entonces creo que era demasiada restricción [había muchos alimentos que su mamá no le permitía comer] (3) muy dura, muy estricta. Que no era necesaria tanta restricción pues y menos con una niña. *(sesión 33)*

La segunda ocasión en que la tristeza fue mencionada, tiene que ver con lo que la consultante siente al ir reconociendo que quien se hace daño es ella misma. Esto se ve reflejado en el siguiente fragmento:

C: O sea ¿por qué no paro de hacerme daño pues, si sé que me hace daño? <llora> o sea yo no, no puedo parar. Entonces, ya es así como de (2) chin, ¿en serio yo tengo totalmente la responsabilidad de esto? **Y si me, pues si me, me hace sentirme triste el hecho de yo hacer (2) estarme haciendo daño** (3) y pues sí, saber que soy yo, yo, yo y nomás yo. *(sesión 33)*

En los dos fragmentos anteriores, la tristeza es reconocida en un momento del proceso en donde comenzó a cuestionar y, por ende, a profundizar en mayor medida en sus emociones. Ambos fragmentos muestran como la presencia de la tristeza en la consultante tiene que ver con el cuestionar etapas de su vida, en donde vivió situaciones que pudieron haber tenido impacto en su problemática actual con los atracones y con el ir cuestionando y reconociendo su papel y responsabilidad en su situación. Fairburn et al. (1998) menciona que, dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno por atracón, se encuentran experiencias adversas en la infancia, así como la exposición repetida a comentarios negativos sobre la figura, el peso o forma de comer, por parte de familiares. Identificar y reconocer esta parte, sugiere el desarrollo de una

mayor conciencia de la problemática que se padece, lo cual es uno de los objetivos en el tratamiento del trastorno por atracón de acuerdo con Baile y González (2016).

**Ansiedad.** La ansiedad fue otra de las emociones referidas por la consultante y que de igual forma como otras ya mencionadas, no había sido identificada ni mencionada por ella. Benjet et al. (2012) señalan que, dentro de los factores con mayor prevalencia en las personas con trastorno por atracón, se encuentran la ansiedad y la impulsividad. La ansiedad fue mencionada en dos ocasiones en dos sesiones distintas y hace referencia a una de las emociones predisponentes a los atracones de comida que la consultante presenta. La primera mención de la ansiedad tiene que ver con que la consultante utiliza a la comida como una forma poco eficaz de intentar regular esta emoción. Esto puede verse en el siguiente fragmento:

C: [...] Otra que he estado notando [cosa que le sucede en el día a día] es que **si no duermo bien, me da muchísima ansiedad en el trabajo y esa ansiedad es porque, o sea la quiero tapar con comer** pues [...] (sesión 33)

Como puede verse, la consultante encuentra en la comida, una solución a la ansiedad que le causa el no haber dormido bien. Por otro lado, la segunda mención de la ansiedad en una de las sesiones posteriores a la anterior muestra un cambio. Esto debido a que la consultante comienza a identificar herramientas que le aportan a la disminución de su ansiedad. Esto puede se observa en el siguiente fragmento:

C: [...] **cuando no me siento con esa ansiedad o con esa cul:pa, es porque hice algo que para mí fue provechoso, productivo** (.) Algo que me distrajo la mente y en estos momentos, muchas veces ni pienso en comer [...] (sesión 36)

En este último fragmento, permite dar cuenta de cómo la consultante identificó una forma distinta al hecho de comer, con la que su ansiedad puede disminuir. Fairburn (2013) refiere que, dentro del tratamiento de los atracones de comida, se hace un énfasis importante en que vaya reduciendo la vulnerabilidad a utilizar a los atracones para regular emociones adversas. Aunque en este momento la consultante aún presentaba dificultades para regular sus emociones, comenzó a cuestionar e identificar otras formas de afrontar algunas de las emociones desagradables que su problemática le traía, como lo es en este caso la ansiedad.

### ***c) Emociones al Final del Proceso Psicoterapéutico***

El final del proceso psicoterapéutico fue el momento en donde pudieron observarse distintos cambios. Esto debido a que dejó de referirse a emociones tales como la satisfacción que le trae el comer, la vergüenza y el estrés, mencionó una emoción nueva que le causa bienestar y con respecto a emociones que ya había mencionado antes, les fue dando un nuevo significado. Dentro de este momento del proceso, las emociones mencionadas fueron miedo relacionado con recaer y con las acciones que implemente, tristeza relacionada con responsabilizarse de su problema, culpa y tranquilidad.

**Miedo.** Dentro de las emociones mencionadas por la consultante al final del proceso psicoterapéutico, se encuentra primeramente el miedo, el cual fue mencionado en 2 ocasiones en diferentes sesiones y se refiere a aquello que siente al pensar en el riesgo de poder recaer en su problema con los atracones y pensamientos negativos que lo acompañan, por un lado, y a lo que experimenta con las decisiones que va tomando con respecto a reducir los atracones, por otro. Esto permitió ver como las razones que la llevan a sentir miedo en esta parte del proceso cambiaron. Beck (2011) refiere que las creencias subyacentes dan lugar a



ciertos pensamientos automáticos en una situación específica y esto a su vez, influye sobre lo que se experimenta a nivel emocional. En el siguiente fragmento, puede verse el miedo a las recaídas:

C: [...] Ahorita lo que estoy trabajando es dejar de comer en la noche [en exceso], para no tener mis arranques [atracones] y sí me he sentido un poco mejor, pero la sensación de esta de como cuando dejas una droga, pues está presente (.) El miedo de recaer está presente (.) **Tengo poco que lo estoy haciendo pero pues tengo todos estos miedos ¿no? como de repente recaer** [...] (sesión 40)

En el segundo fragmento en donde el miedo fue mencionado, la consultante había comenzado a tomar acciones buscando su mejoría con respecto a los atracones, sin embargo, menciona el miedo como lo que siente al no saber si se encuentra tomando las decisiones correctas. Esto puede verse de la siguiente forma:

C: [...] **Entonces estoy entre que tengo miedo y no sé si hacerlo o no de tomar acciones como las que estoy haciendo de dejar el azúcar, de procurarme no tener nada a la mano (1), como este tipo de acciones para que me ayuden**, pero pues también pienso en si en realidad me están ayudando o solo estoy tapando un parche [...] (sesión 50)

En lo referido por la consultante en los fragmentos anteriores, puede verse como el miedo se cambió. Es decir, pasó de deberse a la idea de ser juzgada de la consultante, a estar mayormente relacionado con recaer y con la incertidumbre de si está tomando las mejores decisiones para su bienestar. De acuerdo con Beck (2007), después de un proceso en el que ha habido avances, con frecuencia llega un momento en el que se duda si se puede seguir avanzando al olvidarse de que las herramientas adquiridas y el mérito

de los avances son propios de la persona. En este caso, la consultante fue teniendo avances y ahora su miedo se trasladó a si va a poder seguir avanzando o no.

**Tristeza.** Otra de las emociones mencionadas por la consultante fue la tristeza. Ésta fue mencionada en solo una ocasión, lo cual sugiere que la tristeza disminuyó al no ser mencionada con frecuencia. De igual manera, la tristeza fue mencionada con un significado distinto a como había sido mencionada anteriormente. En esta ocasión, se refiere a lo que la consultante experimenta al caer en cuenta de la responsabilidad que tiene en su problema y que antes no alcanzaba a ver. Esto puede verse en el fragmento que se muestra a continuación:

C: [...] como que me llegó [reflexionar que busca cumplir con expectativas ajenas] y como que caí en el veinte, pero dije si es cierto pues, o sea no manches, o sea estoy tan presente y tan de no le voy a fallar a alguien más y yo todos los días me fallo ¿no? **(2) le estoy haciendo daño a mi cuerpo [cuando tiene atracones] entonces la verdad si estaba muy triste pues [...]. (sesión 57)**

El fragmento anterior, muestra como la tristeza viene del darse cuenta del daño que le estuvieron haciendo los atracones y de que quien se falla es ella misma. Baile y González (2016) señala que la naturaleza no controlable del atracón provoca que la persona bloquee de la conciencia aquellos estados afectivos o cognitivos que le son insoportables, como el sentimiento de abandono o de soledad. Aquí, la consultante comenzó a reconocer con dolor, el hecho de que se había abandonado a ella misma por estar intentando cumplir con las expectativas de los demás para sentirse aceptada.

**Culpa.** La culpa fue una de las emociones en las que la consultante presentó un cambio. Fue mencionada en únicamente una ocasión para referirse a que había dejado de sentirla en una situación en la que las tías de su pareja le

habían hecho comentarios negativos sobre su cuerpo y forma de comer. Además de esta ocasión, la consultante dejó de mencionarla en este último momento del proceso, lo cual surgiere de que la culpa dejó de ser un tema relevante para ella. Quiñones et al. (2012), refieren que un proceso psicoterapéutico persigue que el paciente adquiera un nuevo significado libre de sufrimiento en donde exista una mayor regulación emocional y cognitiva. La forma en la que la consultante habló sobre la culpa a manera de cambio, lo refleja el siguiente fragmento:

C: [...] sí hicieron comentarios del huevo [las tías de su pareja] y de qué se debe comer, como por ejemplo decían que más de una tortilla ya te sacaba lonjita y pues yo estoy acostumbrada a desayunar más de una tortilla por mi mamá (2) pero te digo esto Andrea, porque no sé qué pasó que no me importaron sus comentarios, como que se me resbalaron y yo seguí comiendo normal y sin prohibirme las tortillas, pues. **Ya no sentí culpa (2) me, me sentí muy bien con eso.** (sesión 63)

Como puede verse en el fragmento anterior, la consultante se enfrentó a una situación que anteriormente le representaba una amenaza y obtuvo buenos resultados. Cuadro y Baile (2015), refieren que el tratamiento cognitivo conductual en el trastorno por atracón incluye resultados de mejora en factores como la autoestima y el ajuste social. En esta ocasión, cambió el significado que la consultante le adjudicó a la situación social en la que se encontraba, impactando de manera positiva en sus emociones.

**Tranquilidad.** Otra de las emociones mencionadas por la consultante al final de su proceso, se trata de la tranquilidad. Ésta fue mencionada en únicamente una ocasión. Baile y González (2016) refieren como una de las metas principales en el tratamiento de atracones, el modificar pensamientos y hábitos. Al inicio y en el intermedio del proceso, había presencia de frustración, angustia,

estrés y ansiedad, emociones que al final de proceso no fueron mencionadas y en cambio, la tranquilidad fue mencionada por primera vez a causa de un cambio de perspectiva con respecto a las dietas. En el siguiente fragmento puede observarse dicho cambio:

C: [...] A la vez no sé (1) como nunca había visto una dieta desde esta perspectiva en donde no quiero bajar de peso ni nada, sino que solo quiero com:o tener más información (2) información de que le hace bien a mi cuerpo (2) **me siento como de “bueno, estamos haciendo algo diferente” y eso me da tranquilidad en mis días.**(sesión 63)

El fragmento anterior permite ver como la consultante percibe a su dieta de una forma distinta a como lo hacía anteriormente, en donde le da mayor prioridad a hacerle bien a su cuerpo y en donde esto mismo, le trae tranquilidad. Vázquez (2019) señala que la terapia en casos de trastorno por atracón produce mejoras relevantes en las preocupaciones con respecto al peso, insatisfacción corporal y pensamientos relacionados con la alimentación. La tranquilidad no es mencionada dentro de los avances en el tratamiento de un trastorno por atracón, sin embargo, esto podría deberse a que dicha tranquilidad es lo que a la consultante le representa el tomar acciones distintas a las que por mucho tiempo tomó y que la desgastaban de forma importante, mientras que a otras personas podrían representarle otras emociones agradables diferentes a partir del contexto en el que se desarrolló su propia problemática.

Como pudo verse a lo largo de la presente categoría de emociones asociadas al trastorno por atracón, al inicio del proceso, la consultante tendía a evitar hablar y conectar con lo que sentía, razón por la cual nombraba muy poco sus emociones y de manera muy general. Sin embargo, con el paso de las sesiones y en un momento intermedio del proceso, la consultante fue logrando ir teniendo una mayor claridad con respecto a lo que

sentía, lo cual a su vez provocó que pudiera hablar en mayor medida sobre sus emociones, así como profundizar más en ellas. Finalmente, en el último momento del proceso, hubo muchas emociones que la consultante dejó de mencionar, lo cual sugiere que muchas de las emociones negativas que experimentaba, dejaron de tener relevancia en su vida. Así mismo, comenzó a incluir en su discurso emociones que no habían sido mencionadas con anterioridad como lo es la tranquilidad. Esto permite dar cuenta como la evolución de las emociones de la consultante en relación con trastorno por atracón, la fue llevando a transformar algunas de sus emociones en otras que le eran más favorables. Esto a su vez permitió avanzar al mismo tiempo en categorías de las que se hablarán más adelante.

### **4.3 Comportamientos Asociados al Trastorno por Atracón**

La presente categoría busca distinguir los comportamientos que se fueron dando en la consultante a partir de los cambios que se dieron en sus creencias y en sus emociones. Esto a través de discurso de la consultante en relación con su problemática con los atracones y en tres momentos distintos de su proceso: (a) inicio, (b) intermedio y (c) final.

#### ***a) Comportamientos al Inicio del Proceso Psicoterapéutico***

Al inicio del proceso, los comportamientos mencionados por la consultante fueron pocos. Al igual que sucedió con las emociones y con las creencias, ella tendía a hablar muy poco sobre su situación y por ende no tenía apertura en este sentido. Los comportamientos que fueron mencionados por la consultante se relacionan con el comer, como lo es el comer en exceso y por otro lado, con la frecuencia de los atracones. Fuera de lo mencionado, su discurso era reservado, lo cual permite considerar la posibilidad de que como señalan Baile y González (2016), la vergüenza característica del trastorno a

reconocer las propias conductas relacionadas con la comida hubiera podido tener que ver en esto.

**Comportamientos relacionados con comer.** El presente apartado se refiere a aquellos comportamientos que tienen que ver con el acto de comer. En este momento inicial del proceso de la consultante, este tipo de comportamientos fue mencionado en dos ocasiones y ambas fueron en relación con comer en exceso, en donde comer en exceso hace referencia a ingerir una mayor cantidad de alimento de lo que generalmente se consideraría normal, llegando incluso a provocar consecuencias físicas. Con concordando con el DSM V (APA, 2014), dentro de los comportamientos característicos del trastorno por atracón, se encuentre el comer hasta sentirse desagradablemente lleno y cuando no se tiene hambre. Lo antes dicho, puede verse en los siguientes fragmentos mencionados por la consultante:

C: Cuando yo llegaba a mi cocina Andrea, era empezar a comer (.) y empezaba a comer a comer a comer, **hasta el punto en el que me dolía el estómago de que no dejaba de comer [...]** (sesión 2)

C: [...] Uy, se empezó a agravar hace unos tres meses [su problemática con los atracones] (1) tres, tres, cuatro meses así de que literal **ya estaba muy mal o sea, ya me ponía mal del estómago (.) O sea, hubo en día en donde hasta terminé en el hospital.** [por comer en exceso] (sesión 2)

Como puede verse en los fragmentos anteriores, la ingesta de comida era tan excesiva que incluso le provocaba dolores de estómago y en las situaciones más graves, acudir al hospital. Siguiendo con lo planteado en el DSM V (APA, 2014) la ingesta excesiva de alimento se acompaña de una sensación de pérdida de control en donde no

es posible dejar de comer a pesar de distintos estímulos distractores que puedan presentarse. En este caso, es claro como la consultante no logra parar de comer a pesar de comenzar a sentirse considerablemente mal en el nivel físico, lo cual habla de una falta de control sobre lo que come.

**Frecuencia de los atracones.** Este apartado, se relaciona con la cantidad de veces que la consultante presentaba episodios de atracón en un tiempo determinado. En este primer momento del proceso, la consultante mencionó en 4 ocasiones aspectos relacionados con la frecuencia en la que tenían lugar los atracones de comida, la cual era alta. Al respecto, Hernández y Ledón (2018) señalan que las personas que padecen de un trastorno por atracón tienen una alimentación compulsiva en donde la frecuencia de sus episodios de atracón es de más de 3 veces por semana. Lo anterior puede verse en los siguientes fragmentos:

C: [...] Empecé a escuchar podcasts y eh, y escuché que o sea es normal que cuando tengas un día estresado hagas eso [comer más de lo normal], pero una vez cada 2 meses, 3 meses pues, no diario (1) **Entonces yo dije, “no manches yo lo estoy haciendo diario”** [...] (sesión 2)

C: [...] Hace unos tres meses (1) tres, tres, cuatro meses así de que literal ya estaba muy mal o sea, ya me ponía mal del estómago (1) y ya tenía un buen tiempo (.) yo **creo que ya tenía como (1) 5 meses así [con atracones diarios]. O sea ya, yo creo que todo el 2020 así estuve.** (sesión 2)

Los fragmentos anteriores permiten dar cuenta de que al inicio del proceso psicoterapéutico de la consultante, los atracones se presentaban todos los días, por lo que la frecuencia era alta. Baile y González (2016) hablan sobre la importancia de incluir

dentro de la evaluación del trastorno por atracón, la frecuencia y características de los atracones. En este caso, la frecuencia era bastante alta, lo cual al inicio del proceso fue un factor de gran relevancia a considerar ya que sugería una problemática grande.

### ***b) Comportamientos en el Intermedio del Proceso Psicoterapéutico***

En el intermedio del proceso la consultante comenzó a reflejar una mayor apertura con respecto a su problemática, lo cual a su vez permitió que incluyera en su discurso más comportamientos de los que se observaron al inicio del proceso. Al ser un momento del proceso de la consultante en el que al mismo tiempo comenzó a identificar y reconocer en mayor medida sus emociones, así como sus creencias, esto tuvo un impacto de igual forma en el hecho de comenzar a reconocer y hablar más sobre la forma en la que manifestaba lo que sentía y pensaba. Los comportamientos mencionados por la consultante en este momento del proceso se relacionaron con comer, con la frecuencia de los atracones y con la vergüenza.

**Comportamientos relacionados con comer.** A diferencia del inicio del proceso en donde en lo que respecta a los comportamientos relacionados con comer, la consultante únicamente se refirió al comer en exceso, en este momento intermedio del proceso, en su discurso se vieron incluidas nuevas manifestaciones además de la ya mencionada, como lo es el comer por cansancio y comer lo prohibido.

Comenzando con el hecho de comer en exceso, el discurso de la consultante en este momento intermedio del proceso hace referencia a ingerir más alimento del que tenía planeado o del que le gustaría ingerir. El comer en exceso fue mencionado en 10 ocasiones, lo cual sugiere que era algo relevante en su vida en ese momento. En este sentido, mientras que al inicio del proceso la consultante hablaba únicamente sobre el



hecho de que comía tanto que terminaba sintiéndose físicamente mal, en esta ocasión, comenzó a ser más descriptiva con respecto a los momentos y a la manera en la que se da el comer en exceso. Esto puede verse en los siguientes fragmentos:

C: [...] O sea, no, no sé, me compro un litro de leche (1) y es literal **en los momentos en los que estoy así como de “¡ay! no quiero, no quiero, no quiero” [consumir leche], en donde me acabo el litro de leche.** (sesión 31)

C: [...] habíamos acabado de cenar [su pareja y ella] y nos habíamos traído unas sobras de donas que compramos, pero en serio yo estaba muy llena (.). Entonces, eh, mi sensación fue de (1) no quiero tener esta tentación en la semana, pues mejor me la como ahorita, pues ya me las comí. **Y AUN ESTANDO MUY LLENA, me las comí y fue así como de ¿qué estoy haciendo y que acabo de hacer?** (sesión 33)

Ambos fragmentos anteriores muestran la forma en la que la consultante comía en exceso. De igual manera puede verse, como comenzó a ser más clara y específica con respecto al momento en el que tienen lugar los atracones, así como de los pensamientos que la llevan a comer en exceso. Fairburn (2013) menciona que en quienes presentan episodios de atracones, con frecuencia tienen preocupaciones que tienen que ver con la conducta de comer en exceso y de igual forma, es frecuente que fracasen en sus intentos de detenerse. En este caso, la consultante muestra en sus fragmentos que comía de formas en las que inicialmente no quería hacerlo y que se cuestionaba qué es lo que estaba haciendo después de un atracón, reflejando preocupación.

Otro de los comportamientos mencionados por la consultante dentro de los comportamientos que se relacionan con comer y el cual no había sido mencionado con anterioridad, se trata del comer por cansancio. Esto fue mencionado en 2 ocasiones y

hace referencia a que la consultante comía cada vez que se sentía cansada, partiendo de las creencias relacionadas con que esa es la solución a su cansancio con las que contaba en este momento del proceso. Al respecto, Baile y González (2016), mencionan que, dentro de la comorbilidad asociada al trastorno por atracón, se encuentran las alteraciones en los patrones de sueño, las cuales incluyen una baja eficacia de sueño y despertares frecuentes. La consultante es una persona que dormía poco, lo cual se veía reflejado en el cansancio experimentado en sus días, el cual muchas veces buscaba eliminar comiendo. Esto puede verse en los siguientes fragmentos:

C: [...] esto de no rendir en mi trabajo es porque no duermo lo suficiente (1) y, y **hay veces que literal me estoy durmiendo en frente de la pantalla y lo que hago es pues comer algo dulce ¿no? [...]** (sesión 36)

C: [...] Y luego, ok **no quiero que me vean cabecear y termino comiendo, pero ¿qué como? Pues no como fruta, no como verdura, como una cosa dulce que me haga así como de levantarme** y eso también me hace sentir mal. (sesión 36)

Los fragmentos anteriores muestran que la consultante comía cada vez que se encontraba cansada, lo cual se deriva de la falta de higiene de sueño con la que contaba. Aunado a esto, es notorio que lo que buscaba comer en este tipo de situaciones, eran alimentos dulces. Baile y González (2016), refieren que, por lo general, la comida ingerida en los atracones consiste en aquella que las personas con trastorno por atracón se auto prohíben como lo son las grasas o alimentos dulces. Por el contrario, de acuerdo con el DSM (APA, 2014), más que el buscar un alimento específico, los atracones se caracterizan más por la cantidad de alimento que se consume. Sin embargo, en el caso de la consultante, el hecho de buscar comer alimentos dulces como respuesta a su

cansancio, pudiera tener que ver con las creencias que mantenía con respecto a que los alimentos dulces son las que van a eliminar su cansancio.

Por otro lado, el último de los comportamientos relacionados con el comer que fue mencionado por la consultante en este momento intermedio de su proceso, tiene que ver con comer lo prohibido. Esto fue mencionado en 5 ocasiones, cuando anteriormente la consultante no había mencionado este tipo de comportamientos, lo cual sugiere una mayor conciencia en ella con respecto a factores asociados a los comportamientos que tiene relacionados con comer. En relación con esto, Rodríguez et al. (2017), señalan que, en el trastorno por atracón, la recompensa en respuesta al malestar emocional que se experimenta se busca en el comer alimentos que se tienen “prohibidos”. En este caso, el discurso de la consultante tiene que ver con comer aquello que tenía prohibido comer en la dieta que le proporcionaba su entrenador. Esto puede verse en los siguientes fragmentos:

C: [...] literal lo he hecho [comer] con lo que sé que no debo de hacer, que es azúcar, galletas, leche, quesos, **todo eso que sé que no debo, es lo que estoy comiendo.** (sesión 31)

C: [...] cuando no tenía la dieta era como, era como de “chin, comí esto en exceso” ¿no? “comí esto en exceso y estuvo mal” (.) pero ahora es, ahora es, **sé que no debo de comer en específico leche y es la que como [...]** (sesión 31)

Los fragmentos anteriores reflejan el comportamiento que la consultante presenta con respecto a comer lo que ella sabe que no debe comer, ya sea por un régimen alimenticio o porque le hace mal a su cuerpo. A diferencia del inicio del proceso, puede observarse que la consultante en esta ocasión identificó un factor que antes no alcanzaba a percibir, que es el hecho de que muchas veces lo que come es eso que le prohíben que

coma, lo cual la fue acercando a comprender en mayor medida su problemática. Al respecto, Fairburn (2013) menciona que la mayoría de los episodios de atracón se componen de comida que la persona en cuestión intenta evitar, lo cual es primordial para la comprensión de la causa de muchos de los episodios de atracón, así como para la superación de un trastorno por atracón.

**Frecuencia de los atracones.** En este momento intermedio del proceso la consultante mencionó en únicamente una ocasión, aspectos relacionados con la frecuencia de los atracones, lo cual habla de que la afectación que al inicio del proceso le causaba la alta frecuencia con la que se presentaban los episodios de atracón, fue disminuyendo y por ésta misma razón, disminuyeron las menciones relacionadas con la frecuencia. En esta ocasión, el discurso de la consultante hizo referencia a una disminución de la frecuencia con la que tenían lugar sus episodios de atracón. Esto puede verse en el siguiente fragmento:

T: ¿cómo lo viviste esta semana?

C: No, no tan, no tan graves (1) no tan de quedar muy mal. **O sea, si tuve atracones, pero no los tuve diario (1) y este, fue como 2 veces esta semana (2)** o sea, si los tuve pues pero no al grado de que me hicieran sentir muy mal físicamente. *(sesión 33)*

Como puede verse, el fragmento anterior hace referencia a una disminución tanto de la frecuencia de los atracones de la consultante, como de su gravedad, lo cual nos habla de un cambio. En relación con esto mismo, Baile y González (2016) refieren que dos de los principales objetivos en el tratamiento del trastorno por atracón, son la disminución de la frecuencia con la que se dan los atracones, así como la cantidad de alimentos que se ingiere en éstos mismos.

**Comportamientos relacionados con la vergüenza.** Continuando con los comportamientos que guardan relación con la vergüenza característica de quienes padecen de un trastorno por atracón, fueron comportamientos que la consultante no había reconocido antes y fue en este momento intermedio de su proceso, que comenzó a reconocerlos. Al respecto, Fariburn (2013) refiere que algunas personas se sienten tan avergonzadas de sus atracones que buscan constantemente ocultarlo, lo cual puede ser exitoso por muchos años. El mismo autor refiere que una forma de lograr esto, es comer de manera relativamente normal frente a otros con la intención de ocultar su problema. En el siguiente fragmento, puede verse como la consultante comenzó a hablar más sobre momentos de su vida en donde la vergüenza la llevó a comer a escondidas:

C: Hubo un tiempo en donde vendían unas cajas como tipo de cereal pero de esas galletitas y era como de “agárralo” (.) o sea, sin que me viera nadie. **Según yo agarraba un puño y me la escondía y luego sin que nadie me viera me lo comía.** (sesión 31)

El fragmento anterior muestra la manera en la que la consultante ocultaba la comida y se ocultaba para comérsela. Esto es algo que antes no había reconocido probablemente por la misma vergüenza ya antes mencionada y característica del trastorno que muchas veces impide que las personas con atracones reconozcan su problemática, tal y como lo refieren Baile y González (2016). Por otro lado, con el paso de las sesiones, debido a que la consultante fue siendo capaz de hablar más sobre su problemática, se fueron observando cambios en cuanto a los comportamientos asociados a la vergüenza. Esto puede verse en el siguiente fragmento:

C: [...] Como no tengo el, no tengo el guardián ese que me esté vigilando pues [su pensamiento persecutorio] y (1) no sé, ahorita que lo mencionas, cuando estoy con

J y cuando estoy con mis amigas, siento un poco de libertad de, en el tema de la comida. Como (2) **como que me siento más, más libre de comer y de que no me vayan a decir “oye, pero ya comiste un montón” (2) y pues, con ellos ya como sin sentir tanta vergüenza como antes.** (sesión 33)

El fragmento anterior permite dar cuenta de un cambio que la consultante presentó en este momento intermedio del proceso, al ir logrando comer frente a más personas, sin sentir la necesidad de ocultarse, cuando anteriormente era algo que hacía, aunque se tardó en lograr reconocerlo. Baile y González (2016), mencionan que comer sin compañía es algo recurrente por la vergüenza de las altas cantidades de comida que ingieren. Sin embargo, en este caso puede verse como la vergüenza al ir disminuyendo, la consultante logró incluir en su comportamiento el hecho de comenzar a comer frente a un mayor número de personas.

**Comportamientos relacionados con resolver el problema.** En este momento intermedio del proceso, fue la primera ocasión en la que la consultante incluyó en su discurso comportamientos relacionados con cómo resolver el problema. Esto se refiere a pequeñas acciones que la consultante fue ejerciendo, con el objetivo de disminuir los atracones y todo lo que éstos le implicaban. El comportamiento relacionado con resolver el problema mencionado por la consultante se trata de evitar ver la tele al comer. Esto hace referencia a que la consultante dejó de hacer actividades que previamente había identificado que le aportaban a que comiera en exceso. Esto fue mencionado en una ocasión y puede observarse en el siguiente fragmento:

C: Entonces sí, como que me di cuenta que cuando empiezo a ver la tele o algo, me hace tener ganas de comer impulsivamente. Entonces, **he tratado de evitar**

**esto, eh, eso fue hace poquito, la verdad hace poquito Andrea, que hice como esta relación y como que si trato de evitarlo. (sesión 33)**

El fragmento anterior permite ver la manera en la que la consultante a través de los avances que a la par fue teniendo a nivel de sus creencias y emociones, fue logrando reflejarlo en su comportamiento por medio de pequeñas acciones que buscaban mejorar su problemática. En relación con esto, Fairburn (2013) refiere que, dentro de uno de los estadios del tratamiento del trastorno por atracón, se encuentra el trabajar con el desarrollo de habilidades para lidiar con las dificultades del día a día que pudieran generar o facilitar que tenga lugar un atracón.

### ***c) Comportamientos al Final del Proceso Psicoterapéutico***

Al final del proceso de la consultante, muchos de los comportamientos dañinos que presentó en otras partes del proceso, se vieron disminuidos. Con respecto a los comportamientos relacionados con comer, en donde se veían incluidos el comer en exceso, comer alimentos prohibidos y comer por cansancio, dejaron de ser mencionados. Esto sugiere a su vez, una disminución de la relevancia que a ella le implicaban en su vida estos mismos. Así mismo, en esta parte del proceso comenzó a incluir en su discurso, comportamientos relacionados con resolver el problema, los cuales no habían sido mencionados con anterioridad. En resumen, los comportamientos mencionados por la consultante en este momento final de su proceso fueron los relacionados con la frecuencia de sus atracones y los relacionados con resolver su problema.

Partiendo con los comportamientos mencionados por la consultante relacionados con la frecuencia de los atracones, en el discurso de la consultante al final de su proceso pudo observarse un cambio. Mientras que al inicio del proceso los atracones tenían lugar

todos los días y en el intermedio de éste mismo disminuyeron a presentarse únicamente un par de veces por semana, al final de su proceso dejaron de presentarse por periodos más largos de tiempo. En relación con esto, Vázquez (2019) refiere que los objetivos fundamentales en el tratamiento del trastorno por atracón son el reducir la frecuencia de los atracones y disminuir la cantidad de alimentos que se ingiere en estos. La consultante habló sobre la frecuencia de sus atracones únicamente en una ocasión y esto puede observarse en el siguiente fragmento:

C: Mira, de hecho quería platicarte esto Andrea, que toda la semana pasada y bueno (2) eh, **las últimas 3 semanas me controlé exitosamente en esto de mis comidonas**, no tuve atracones (2) pero no sé por qué. O sea, no sé qué me pasó.  
(sesión 57)

El fragmento anterior refleja un cambio significativo con respecto a la frecuencia de los atracones de la consultante en donde logró no tener ni un episodio de atracón a lo largo de tres semanas. Al respecto, Baile y González (2016) señalan que la reducción y eliminación de los atracones deben ser el principal objetivo en el tratamiento del trastorno por atracón y de esta forma es probable que otros síntomas que se pudieran haber trabajado en otro momento del proceso, mejoren de forma automática. En este caso, la consultante disminuyó de manera considerable los atracones hasta este momento y de por consiguiente, su calidad de vida también comenzó a mejorar.

**Comportamientos relacionados con resolver el problema.** Al final del proceso, se pudo observar un cambio en los comportamientos relacionados con resolver el problema con respecto al intermedio del proceso, ya que la consultante incluyó un mayor número de alternativas de acción que buscaban la mejora de su problemática con los atracones. Dicho de otro modo, comenzó a actuar en mayor



medida a favor de su mejoría debido a los cambios que a su vez se estaban dando a nivel emocional y cognitivo.

El primer comportamiento mencionado por la consultante en este momento del proceso asociado a resolver el problema se trata de dejar de comer de manera excesiva en las noches, que era uno de los momentos del día en donde le sucedía. Esto fue mencionado en una de las sesiones y puede verse en el siguiente fragmento:

**C: Ahorita lo que estoy trabajando es dejar de comer así en la noche [en exceso], para no tener mis arranques y sí me he sentido un poco mejor,** pero la sensación de esta como de cuando dejas una droga pues está presente (.) el temor de recaer está presente [...] *(sesión 50)*

En el fragmento anterior, pesar de que la consultante refleja un miedo a recaer en los atracones en este momento del día, ha logrado detener la ingesta excesiva de alimento y reconoce como esto la ha hecho sentir mejor. Esto debido al cambio en las creencias relacionadas con no poder que la consultante mantenía, el cual le permitió reflejarlo a nivel comportamental. De esta forma, concordando con las ideas de Beck (2007), así como el hecho de no comer disminuye la tensión que se experimenta, la decisión contraria que es el hecho de no comer es capaz de provocar la misma disminución de tensión.

Otro de los comportamientos relacionados con resolver el problema que fueron mencionados por la consultante en este momento del proceso, el cual fue mencionado en una de las sesiones, fue que logró escuchar en mayor medida a su cuerpo, lo cual le permitió satisfacer distintas necesidades con lo que realmente correspondía en ese momento y no siempre con la ingesta de comida. Concordando con las ideas de Beck (2007), a pesar de que la comida puede ser eficaz como un distractor temporal, en

realidad no resuelve la problemática responsable de que una persona se sienta mal. Lo anterior puede verse reflejado en el siguiente fragmento:

C: Sí, yo he notado que me ayuda mucho el satisfacer la primera necesidad que por lo regular sí es sueño pues (1), llegando estoy cansada y pues no, literal no quiero hacer nada. **Entonces es como en lugar de complacer a mi cuerpo con comida, mejor lo complazco con lo que verdaderamente quiero pues.** Es como descubrir lo que verdaderamente quiero en ese momento. No tratar de taparlo con ésta otra cosa, que ni siquiera sé por qué me voy a ir por ahí ¿no? (sesión 57)

El fragmento anterior, refleja otro cambio por parte de la consultante al tener una mayor conciencia de lo que su cuerpo le pide en un momento determinado, lo cual a su vez la ha llevado a satisfacer sus necesidades prestándole atención a su cuerpo y no haciéndolo de manera automática con la ingesta de alimento, como anteriormente con frecuencia lo hacía. De acuerdo con Baile y González (2016), una de las técnicas que permiten la modificación de patrones y pensamientos perjudiciales de alimentación, se trata de las auto instrucciones. En este caso, la consultante a partir de que logró percibir su situación desde perspectivas distintas y hablarse a sí misma de manera distinta, fue que pudo ir regulando en mayor medida su comportamiento relacionado con buscar cubrir distintas necesidades con comida.

Finalmente, otro de los comportamientos relacionados con resolver el problema mencionado por la consultante, fue el hecho de sustituir la ingesta excesiva de alimento con otras acciones y alimentos más saludables para ella. Esto no había sido mencionado anteriormente, lo cual sugiere otro cambio significativo en su proceso. Al respecto, Fairburn (2013) señala como parte del tratamiento de problemáticas relacionadas con

atracones, el buscar alternativas a los atracones, es decir, realizar actividades que los sustituyan. El siguiente fragmento refleja lo ya mencionado:

C: [...] Lo que sí (2) noté que logré hacer, es hacerme consciente del momento y yo en automático ponerme un límite. **En lugar de no sé, decir “tengo ganas de ahorita comer pero es que si como voy a perder el control”, dije “creo que es momento para salir con mi perra” [a pasearla como actividad sustituta],** pero en ese rato estaba haciendo tarea y yo misma dije **“bueno, me como una fruta”** y luego estaba así y dije **“no, todavía tengo ansiedad, bueno voy por un vaso de agua de sabor” y así o sea como que tratando de manejar más conscientemente la situación** (.) [...] (sesión 57)

El fragmento anterior refleja tal y como la consultante misma lo menciona, una mayor conciencia de su situación lo cual le permitió que con mayor facilidad identificara los momentos en donde se sentía con la necesidad de comer y posteriormente sustituirlo con actividades que le generan sentimientos de placer o con alimentos en cantidades moderadas. De acuerdo con Fairburn (2013), uno de los precipitadores del cambio tiene que ver con ir logrando no dejarse vencer por la urgencia por comer, para lo cual una gran estrategia es distraerse a uno mismo con alguna actividad que se disfrute y que pueda tomarse como actividad alternativa a un atracón. En este caso, la consultante utilizó como alternativas a comer en exceso, la realización de actividades placenteras para ella como lo es pasear a su perra y de igual manera, logró cubrir sus necesidades sin necesidad de presentar atracones.

Como pudo observarse a lo largo de la presente categoría sobre comportamientos asociados al trastorno por atracón, al inicio del proceso la consultante tendía a hacer énfasis únicamente en el comer en exceso, más se le dificultaba profundizar en este y otros comportamientos. Su discurso era reservado y de igual manera, la frecuencia con la

que presentaba los atracones era muy alta al presentarse diariamente, lo cual refleja que los atracones en ese momento para ella eran un estilo de vida. Posteriormente, en el intermedio de su proceso psicoterapéutico, comenzaron a verse unos cambios debido a que la consultante comenzó a incluir en su discurso un mayor número de comportamientos incluidos aquellos relacionados con la vergüenza, lo cual es algo significativo al ser dicha emoción muchas veces obstaculizador en personas con alteraciones de la conducta alimentaria. De igual manera, en este momento de su proceso, la frecuencia de los atracones disminuyó de presentarse diariamente, a presentarse sólo un par de veces por semana siendo esto un cambio significativo en su proceso. Por otro lado, en el momento final de su proceso fue en donde se pudo observar un mayor número de cambios. Esto ya que los atracones dejaron de presentarse en periodos de aproximadamente 3 semanas y de igual manera, comenzó a hablar sobre comportamientos que se relacionaban con resolver el problema, lo cual no había sido mencionado antes y a su vez es algo importante ya que comenzó a tomar acciones buscando ponerle una solución a su problema con la comida.

#### **4.4 Discusión**

Considerando los hallazgos anteriores, se ve que la categoría en la que pudieron verse primero algunos cambios significativos fue en las creencias asociadas al trastorno por atracón. Fue a partir de los cambios en las creencias que las categorías de comportamientos y emociones fueron modificándose. De acuerdo con Beck (2011), una vez que los pensamientos que fueron identificados como disfuncionales se someten a la reflexión racional, las emociones y por consiguiente los comportamientos suelen modificarse.

En lo que respecta al inicio del proceso psicoterapéutico, fue notorio como la consultante presentó dificultades considerables en cuanto a reconocer y hablar sobre sus

creencias, emociones y comportamientos. Estas dificultades se hacían evidentes con la tendencia que tenía la consultante a hablar sobre su problemática en pasado. Baile y González (2016) refieren que uno de los motivos que más dificulta el tratamiento de alguien con trastorno por atracón es la vergüenza que experimentan con respecto a sus comportamientos y la cual los lleva en muchas ocasiones a no reconocer frente a alguien su problema y a no buscar ayuda profesional. Esto podría explicar por qué tendía a hablar de su problema como si ya hubiera sido resuelto.

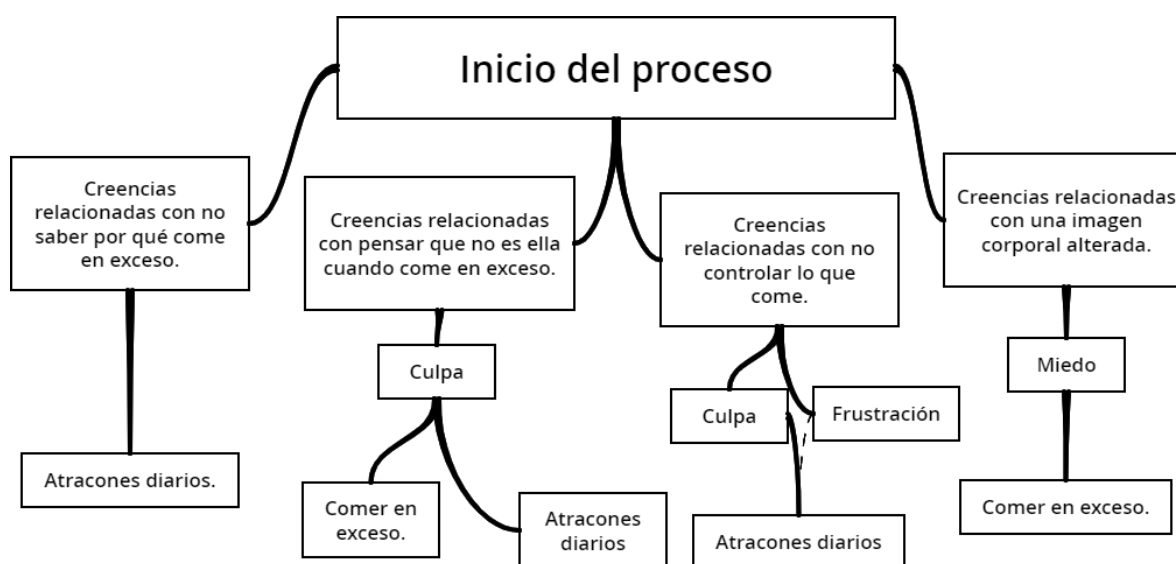
Las creencias identificadas en la consultante al inicio de su proceso tenían que ver con no controlar la ingesta de alimento sintiendo que no era ella misma quien se encontraba comiendo en exceso. Además, se identificó una imagen corporal alterada en donde había presencia de insatisfacción y comparaciones, así como se justificaba en no saber por qué comía en exceso. Estas formas de pensar a su vez llevaban a que la consultante experimentara emociones tales como culpa, impotencia y coraje por creerse incapaz de controlar su ingesta, temor de mostrar su cuerpo y de reconocer frente a alguien su problemática y frustración por la creencia de no sentirse capaz de controlar su ingesta y por no saber las razones que la llevaban a alimentarse de ese modo. Como bien afirman Rojas y García-Méndez (2017), las ganas de comer más que el hambre, guardan relación con evitar una experiencia emocional o con una incapacidad para regularla. Por consiguiente, las creencias disfuncionales que la consultante presentaba, así como la falta de regulación emocional que formaba parte de ella, la llevaban a tener comportamientos como lo es el comer en exceso y a tener una frecuencia diaria de atracones.

Como se puede ver en la Figura 1, al inicio del proceso psicoterapéutico existía una relación entre el tipo de creencia, la emoción y los comportamientos derivados a partir de dichas creencias y emociones. Las creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida de control en la ingesta de comida y con las alteraciones en la imagen corporal,

llevaban a la consultante a experimentar emociones como la culpa, frustración y miedo y esto provocaba que comiera en exceso con una frecuencia alta.

### Figura 1

*Creencias, Emociones y Comportamientos al Inicio del Proceso Psicoterapéutico*



Nota: Elaboración propia

Posteriormente en el momento intermedio del proceso psicoterapéutico de la consultante, los hallazgos permitieron dar cuenta de diferentes cambios principalmente relacionados con el lograr una mayor conciencia de su problemática al tener una mayor apertura para hablar sobre sus atracones y lo que implicaban. En relación con esto, comenzó a hablar en tiempo presente lo cual permite ver que se dio un cambio en la conciencia que tenía con respecto a su problemática. Las creencias cambiaron en el sentido de que pasó de tener un discurso significativamente reservado, a incluir un mayor número de creencias en este mismo y a profundizar más en ellas. Beck (2011) señala que uno de los primeros pasos en la terapia es identificar los propios pensamientos

automáticos. La consultante comenzó a mencionar creencias relacionadas con los demás, a considerar posibles razones que la llevaban a comer en exceso, a reconocer distorsiones en su pensamiento relacionadas con su imagen corporal y a hablar sobre cómo resolver su problema.

Esto provocó que al mismo tiempo fuera identificando un mayor número de emociones que se asociaban a sus creencias. Además, comenzó a profundizar en ellas y a permitirse experimentarlas. Dejó de mencionar emociones tales como la impotencia, el coraje y la frustración, lo cual sugiere que dejaron de tener relevancia en su vida y comenzó a incluir en su discurso emociones que no habían sido mencionadas con anterioridad. Una de ellas es la satisfacción que reconoció obtener mediante la comida, Baile y González (2016) refieren que, en las personas con trastorno por atracón, muchas veces, se busca en el acto de comer la satisfacción que no se encuentra en otras áreas de la vida.

De igual manera, a partir de sus creencias relacionadas con no poder controlar lo que comía, reconoció al estrés como un predisponente a los atracones. Así mismo, mencionó por primera ocasión a la tristeza al tener consciencia de que era ella quien se hacía daño. Este cambio se debió a incluir pensamientos sobre cómo resolver el problema y a que comenzó a reconocer las distorsiones cognitivas relacionadas con su propio cuerpo. Concordando con Beck (2011), la respuesta emocional se encuentra condicionada por la forma en la que se percibe una situación, por lo que el comenzar a percibir situaciones desde un ángulo distinto, tuvo un impacto directo en la experiencia emocional de la consultante. Aunado a esto, la vergüenza por su comportamiento alimentario fue mencionada por primera vez por la consultante y de igual forma, fue disminuyendo con el paso de las sesiones debido a que fue hablando con mayor libertad sobre el comer en exceso.

Por otro lado, la culpa y el temor fueron emociones que se mantuvieron desde el inicio del proceso psicoterapéutico hasta el momento intermedio del mismo. Sin embargo, a pesar de que la culpa se seguía relacionando con comer en exceso, el temor que en un inicio la consultante refería con respecto a mostrar su cuerpo, en este momento del proceso tuvo un cambio al ser sustituido por temor a ser juzgada por los demás debido a su problemática con la comida. Esto refleja un incremento en la capacidad en la consultante de cuestionar en mayor medida a las creencias que originaban a su temor. No obstante, como bien afirma Beck (2011), las creencias centrales negativas son con frecuencia generalizadas y absolutas por lo que con dificultad una persona logra identificar los datos que podrían indicar lo contrario. A pesar de que la consultante logró reconocer más lo que pensaba y sentía, seguía considerando como verdaderas las creencias relacionadas con el ser juzgada.

Los cambios ya mencionados que se fueron dando en las creencias y que a su vez tuvieron impacto en las emociones de la consultante, permitieron al mismo tiempo que tuviera una mayor apertura a hablar sobre sus comportamientos asociados al trastorno por atracón los cuales al mismo tiempo también se iban modificando. Al inicio del proceso psicoterapéutico, mencionaba únicamente al comer en exceso. Sin embargo, en el intermedio de este fue obteniendo una mayor claridad sobre la forma y los momentos en los que se presentaba el comportamiento de comer en exceso, lo cual la llevó a hablar sobre comportamientos de comer por cansancio de su día y de comer lo prohibido, en donde este último comportamiento se relaciona con la satisfacción ya mencionada que reconoció por primera vez, la cual experimenta precisamente al momento de comer lo prohibido.

Beck (2007) señala que la terapia cognitiva ayuda a neutralizar los pensamientos sabotadores para que de este modo los sentimientos se vivan como más agradables y a



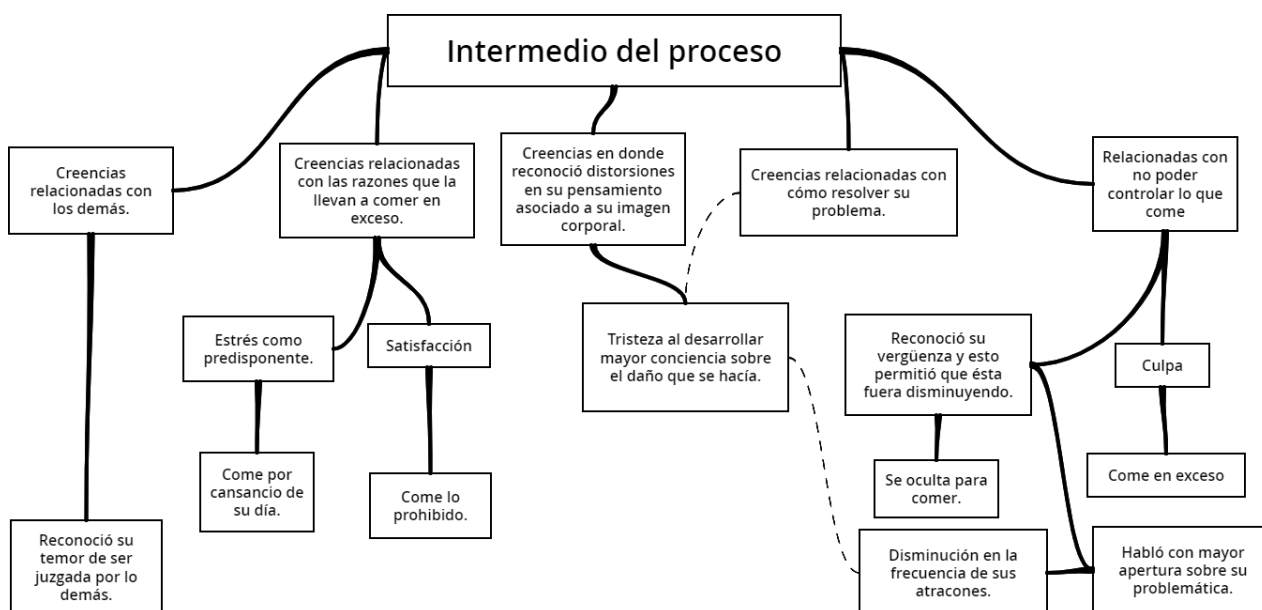
consecuencia de esto el comportamiento sea mayormente saludable. A pesar de que en este momento del proceso la consultante aún no se comportaba de formas más saludables para ella misma, sí logró reconocer ciertos factores que predisponían a sus comportamientos de atracones.

Así mismo, la vergüenza que comenzó a reconocer en el momento intermedio del proceso permitió que hablara sobre comportamientos de ocultación al momento de comer. Con el paso de las sesiones la vergüenza de la consultante comenzó a disminuir aunado a lo ya mencionado con respecto a que comenzó a reconocer las distorsiones en su pensamiento, a darle un nuevo significado al miedo y a identificar las emociones que tenían que ver con una mayor conciencia del daño que se hacía. Beck (2011) refiere que cuando los pensamientos disfuncionales se someten a una reflexión racional, por lo general tiene lugar una modificación en las emociones y después, en el comportamiento. Por consiguiente, lo anterior llevó a la consultante a tener comportamientos más saludables como el lograr hablar con mayor libertad con distintas personas sobre su problema con la alimentación y el disminuir la frecuencia de sus atracones de presentarse diariamente a presentarse únicamente un par de veces por semana.

Como se puede ver en la figura 2, las creencias en el intermedio del proceso psicoterapéutico fueron presentando cambios, los cuales guardan relación con que la consultante fuera nombrando un mayor número de emociones y comportamientos. Los cambios presentados en las creencias y emociones se relacionaron a su vez con una disminución en la frecuencia de sus atracones.

## **Figura 2**

*Creencias, Emociones y Comportamientos en el Intermedio del Proceso Psicoterapéutico*



Nota: Elaboración propia

Por último, en el momento final del proceso los hallazgos nos permiten ver que tuvieron lugar distintos cambios relevantes en las creencias, emociones y comportamientos con respecto a los momentos anteriores del proceso psicoterapéutico de la consultante. Mientras que en el intermedio del proceso sus creencias comenzaron a incluir posibles razones de su ingesta excesiva de alimento, al final de este las sustituyó por creencias mayormente racionales como lo son el comer para hacer las cosas que no quiere hacer y el comer para distraerse de lo que no quiere sentir.

De igual manera, las creencias que mantenía con respecto a no poder controlar lo que comía fueron sustituidas por creencias sobre que no le sucedía nada si no seguía comiendo. Concordando con Beck (2007), la terapia una vez que ayudó a identificar pensamientos sabotadores, busca ayudar a reaccionar de maneras distintas ante ellos para sentirse mejor. Por otro lado, las creencias relacionadas con su responsabilidad en el resolver su problema se mantuvieron, aunque a diferencia del intermedio del proceso,

comenzó a incluir aspectos específicos que había ido descubriendo que le ayudaban a disminuir los atracones, lo cual nos habla de que los cambios que se fueron dando en las creencias y a su vez en las emociones la llevaron a actuar buscando resolver su situación.

La tristeza mencionada en el momento intermedio del proceso de la consultante se mantuvo, lo cual nos habla de la conciencia que la consultante mantuvo hasta ese momento de su problemática y de su responsabilidad en el daño que se hacía a sí misma. Emociones como la vergüenza, satisfacción, ansiedad y estrés dejaron de ser mencionadas, lo cual nos permite ver que los cambios que tuvo en sus creencias permitieron que dichas emociones dejaran de ser relevantes y obstaculizadoras en su día a día. Sin embargo, al haber ido reconociendo y aceptando a sus emociones desagradables como desencadenantes de sus comportamientos de atracón, posteriormente provocó que la culpa dejara de presentarse. De igual manera, permitió que el miedo a ser juzgada fuera transformado por un miedo a tener una recaída, lo cual habla de que la consultante ya se experimentaba y reconocía en una posición de avance. No menos importante es que fue en este momento del proceso en el que la consultante mencionó por primera vez a la tranquilidad, siendo esto algo relevante al sugerirnos que de tener sus días saturados de emociones desagradables, comenzó a experimentar emociones agradables con base en su cambio de creencias.

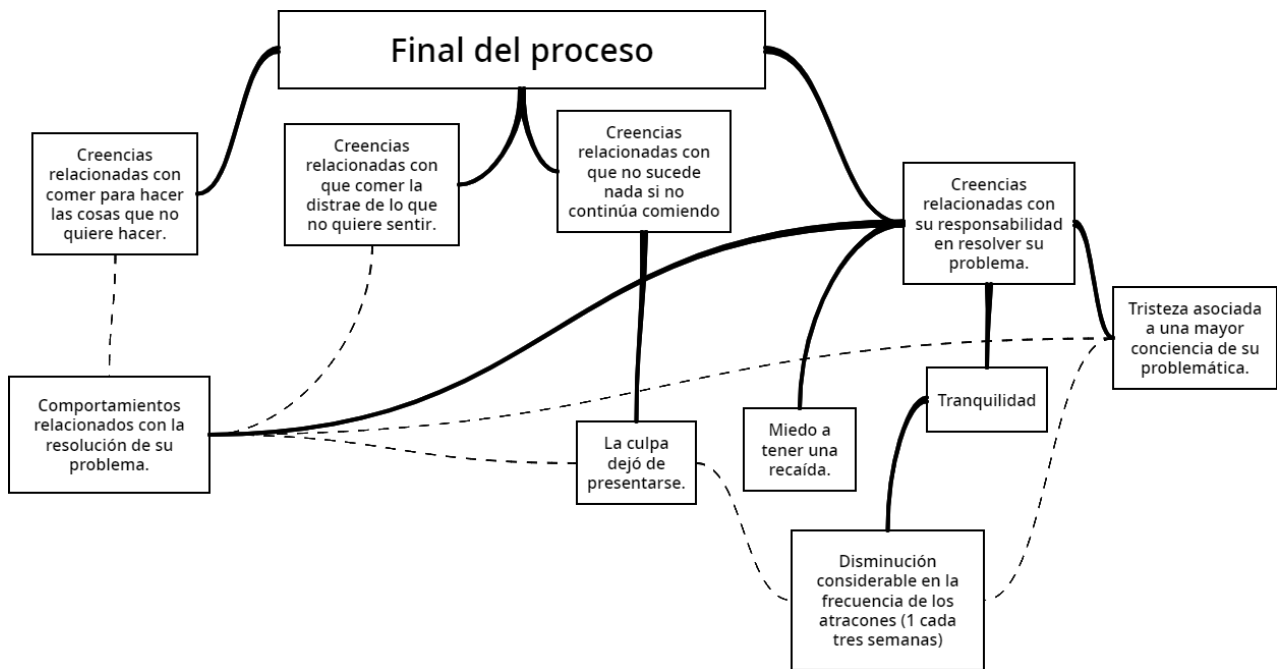
Por consiguiente, las creencias que comenzaron a reflejar una mayor aceptación, así como a incluir aspectos más realistas y mayores vías de acción, llevaron a la consultante a tener comportamientos como actividades sustitutas, evitación de estímulos que descubrió que le aportaban a sus ganas de comer e ingerir alimentos alternos y en menores cantidades cuando se veía en la necesidad de comer. Fairburn (2013) menciona que, como parte importante en un tratamiento relacionado con los atracones, está el aprender a resolver problemas cuando los pensamientos que se tienen son verdaderos.

Los hábitos que la consultante fue implementando, así como la disminución de emociones desagradables y la resignificación de diversas situaciones relacionadas con la alimentación, provocó que los atracones dejaran de presentarse con frecuencia. Pasaron de presentarse un par de veces por semana como sucedía en el intermedio del proceso, a presentarse aproximadamente cada mes si es que se presentaba, lo cual de acuerdo con Baile y González (2016) es considerado el objetivo principal en el tratamiento del trastorno por atracón. En el siguiente esquema, puede observarse con mayor claridad los hallazgos en el momento final del proceso.

Como puede verse en la Figura 3, los cambios que tuvieron lugar en las creencias al final del proceso psicoterapéutico, en donde adquirieron una mayor racionalidad, guardan relación con la disminución de las emociones desagradables en la consultante y la inclusión de nuevas emociones agradables. Esto a su vez, se relacionó con los comportamientos de la consultante al disminuir considerablemente los episodios de atracón.

### **Figura 3**

*Creencias, Emociones y Comportamientos al Final del Proceso Psicoterapéutico*



Nota: Elaboración propia

## Capítulo V. Conclusiones

Finalmente, el presente capítulo aborda las conclusiones, los alcances y las limitaciones obtenidas a partir de los hallazgos del actual trabajo de obtención de grado en el cual se buscó identificar y describir los cambios a nivel de emociones, creencias y comportamientos en una persona con trastorno por atracón que pudieron darse a partir de un proceso psicoterapéutico.

Las alteraciones en la conducta alimentaria en diversas ocasiones terminan en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Dentro de dichos trastornos, los más conocidos son la anorexia y la bulimia por lo que por mucho tiempo los tratamientos psicoterapéuticos para las problemáticas relacionadas con la conducta alimentaria, estuvieron basados en estos padecimientos incluido el tratamiento del trastorno por

atracción el cual se basaba en el tratamiento de la bulimia. Sin embargo, debido a que a partir del año 2013 se comenzó a considerar al trastorno por atracción como un trastorno independiente a la bulimia a pesar de que cuentan con distintas características, la información existente relativa a su tratamiento es poca en comparación de la que ya existe sobre la bulimia y la anorexia.

De igual manera, la información existente sobre el trastorno por atracción ha permitido dar cuenta de que una de las mayores limitantes en su tratamiento psicoterapéutico es la característica vergüenza con las que las personas que lo padecen viven y la cual los lleva con frecuencia a evitar buscar ayuda profesional por la dificultad que les representa el reconocer ante alguien sus comportamientos alimentarios.

Es por lo anterior por lo que en el presente trabajo de obtención de grado se pretende generar más información sobre las características de alguien con trastorno por atracción que asiste a psicoterapia, así como los cambios internos que pueden darse si se busca ayuda profesional también en este ámbito y no únicamente en uno nutricional o médico. Por lo tanto, a partir del caso abordado en el presente trabajo y retomando la pregunta de investigación y los objetivos anteriormente planteados, los hallazgos muestran distintos cambios significativos a nivel emocional, cognitivo y comportamental a lo largo del proceso psicoterapéutico.

En lo que respecta a los alcances del presente trabajo de obtención de grado, los casos de trastorno por atracción han ido incrementando con el paso del tiempo, tomando en cuenta que la cultura de la dieta con la que se vive en México y a partir de la cual muchas veces se adquieren creencias irracionales con respecto a la alimentación y se les asigna un valor moral a los alimentos, impacta de manera negativa en el aumento de casos de este padecimiento. Por consiguiente, conocer los cambios en las emociones, el pensamiento y el comportamiento que una persona con trastorno por atracción puede tener

al asistir a psicoterapia, permite cuestionar la relevancia y el impacto que un tratamiento integral, en donde se incluya el ámbito psicoterapéutico, tiene en quienes viven con trastorno por atracón. Esto ya que a pesar de ser un trastorno en donde distintos ámbitos se ven afectados y por consiguiente lo óptimo es un tratamiento interdisciplinario, la evidencia muestra que el ámbito psicológico incluso más que el empleo de antidepresivos en este tipo de problemáticas es de gran relevancia para poder llegar a cambios profundos que impacten en la disminución en cantidad y frecuencia de los episodios de atracón.

Como se puede ver en el presente trabajo, a partir de un proceso psicoterapéutico basado principalmente en la terapia cognitivo conductual en donde se emplearon distintas herramientas como lo son autorregistros, entrenamiento en respuesta alternativa y reestructuración cognitiva, fue que la consultante logró tener un cambio sólido en sus creencias y emociones, impactando estas a su vez en su manera de afrontar las situaciones que se le presentaban en su vida cotidiana y en la disminución de sus episodios de atracón.

En relación con lo anterior, para que dichos cambios tuvieran lugar fue relevante desde un inicio el emplear y desarrollar en la relación terapéutica aspectos de importancia para la práctica psicoterapéutica en los diversos enfoques como lo son la escucha activa, empatía, alianza terapéutica y la motivación para el cambio. Esto permitió que se fuera construyendo una relación terapéutica en donde la consultante fue experimentándose segura para hablar sobre situaciones que le causaban incomodidad en un inicio. De igual forma, el explorar y analizar factores de su contexto social y de su dinámica familiar, permitió que la consultante fuera comprendiendo en mayor medida y generando consciencia sobre como fue que se fueron construyendo sus representaciones con respecto a la comida, así como su relación con esta misma.

Aunado a esto, partiendo del hecho de que las creencias disfuncionales de la consultante daban lugar a ingestas excesivas de alimento y de que la terapia cognitivo conductual es hasta el momento la que cuenta con mayor evidencia sobre su eficacia en esta problemática, herramientas cognitivo conductuales fueron factores clave para que la modificación de creencias en la consultante y a su vez en emociones y comportamientos tuvieran lugar. El empleo de estrategias como lo son la reestructuración cognitiva, autorregistros y entrenamiento en respuesta alternativa, permitieron que la consultante generara conciencia sobre sus creencias centrales y pensamientos automáticos que en este caso desencadenaban los episodios de atracón. Esto a su vez fue provocando que dichos pensamientos fueran sustituyéndose por unos más racionales y que la conducta alimentaria relacionada con los atracones se fuera viendo cada vez más reducida.

Por lo tanto, considerando la relativamente novedosa independencia del trastorno por atracón de la bulimia, el presente trabajo aporta información sobre el impacto que puede tener un tratamiento psicoterapéutico específico dentro de un tratamiento multidisciplinario para el trastorno por atracón y no uno adaptado de otro trastorno de la conducta alimentaria, como solía hacerse antes con el tratamiento de la bulimia sin tomar en cuenta que ambos padecimientos tienen características distintas.

De igual manera, sugiere la importancia de construir una relación psicoterapéutica basada en la empatía y en la escucha activa desde un inicio tomando en cuenta las características del trastorno y la dificultad que experimentan quienes lo padecen para expresar sus creencias y emociones. Por otro lado, sugiere el empleo de distintas herramientas psicoterapéuticas principalmente basadas en un enfoque cognitivo conductual al haber mostrado ser eficaz en el tratamiento de este trastorno, como algo capaz de generar un impacto relevante en la modificación de creencias irracionales lo cual



a su vez lleva a una modificación en un ámbito emocional y conductual en alguien con trastorno por atracón.

No menos importante fue el aporte que el presente trabajo tuvo en mi propia práctica como psicoterapeuta ya que me permitió desarrollar distintas herramientas para el trabajo con alteraciones de la conducta alimentaria que tan frecuentes son hoy en día, en donde a su vez aprendí a diferenciar características del trastorno por atracón que en muchas situaciones eran bastante similares a las de otros trastornos de la conducta alimentaria. Dentro de las mencionadas herramientas que me percaté que fui desarrollando, se encuentran la capacidad de análisis de todos los factores implicados en una problemática y el vínculo entre estos que provoca que dicha problemática tenga lugar, habilidades para generar una adecuada alianza terapéutica que tan importante es en este tipo de casos, el conocer las formas de abordar pensamientos irracionales, así como las estrategias que colaboran a la sustitución de estos por unos más racionales, la capacidad de análisis e identificación sobre la forma en la que creencias, emociones y comportamientos se encuentran vinculados. En relación con esto, me percaté de la importancia que una buena relación terapéutica tiene en este tipo de casos en donde la vergüenza es característica y a su vez es una barrera para poder generar cambios. Dicho de otro modo, fui testigo del factor tan relevante que es la psicoterapia dentro de un tratamiento integral para que una persona pueda presentar cambios desde el interior y a largo plazo y no únicamente en ámbitos superficiales como lo es el aspecto del cuerpo.

Ahora bien, una de las limitantes que se encuentran en el trabajo es el hecho de que se encuentre basado en un caso único, ya que a pesar de que permite que se aborde y analice una problemática de manera profunda, no es generalizable. Al estar el presente trabajo basado en un estudio de caso único, los resultados obtenidos se enfocan

únicamente en las características del caso analizado lo cual no puede generalizarse a otro género, estrato social o cultura.

Otra de las limitantes en el presente trabajo fue que se encuentra enfocado en el ámbito psicoterapéutico, cuando en este tipo de problemáticas es relevante que el tratamiento sea integral de tal forma que incluya un tratamiento nutricional y en algunas ocasiones otros tratamientos médicos. Por consiguiente, esto limita que se conozca el impacto que un tratamiento integral pueda tener en alguien con trastorno por atracón. Por lo anterior, valdría la pena que se realizaran futuros estudios incluyentes de un mayor número de participantes, así como incluyentes de otros tratamientos además de únicamente el psicológico. Asimismo, un área de oportunidad que podría ser útil para futuras investigaciones es el que exista una mayor profundización y énfasis en la forma en la que se consigue que los cambios en las tres categorías tengan lugar, ya que los objetivos del presente trabajo estuvieron enfocados en los cambios, más no en la manera en la que se llegó a ellos.

### Referencias bibliográficas:

- American Psychiatric Association- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª.ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arístegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., Ben Dov, P., Dagnino, P., Echávarri, O. & Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-143.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522204>
- Baile, J.I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*, 142 (1), 128-129.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>
- Baile, J.I. y González, M.J. (2016). *Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison.
- Beck, J. (2007). *El método Beck para adelgazar* (1st ed.). Gedisa.
- Beck, J. (2011). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600005&lng=es&tlng=es)
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Eudeba.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bulik, C. M., Brownley, K. A., & Shapiro, J. R. (2007). Diagnosis and management of binge eating disorder. *World psychiatry:official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 142–148.
- Cárdenas, A.S. (2016). *Relación entre patrones de impulsividad y conductas alimentarias típicas en pacientes con obesidad pertenecientes al programa de Cirugía Bariátrica del Hospital “Carlos Andrade Marín” de Quito* [Informe Final del Trabajo de Titulación del Psicólogo Clínico]. Universidad Central del Ecuador.  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7122/1/T-UCE-0007-244c.pdf>
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: Analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97-107.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Da Silva, A.A., dos Santos, D., Vaz, A.R., Lima, J.L., Axt, G., Murillo-Rodríguez, E., Monteiro, D., Cid, L., Machado, S., Telles-Correia, D. (2020). Correlation between levels of physical activity and anxiety in patients with binge-eating disorder. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(3), 55-64.  
<https://www.redalyc.org/journal/2270/227064713005/html/>
- Escandón-Nagel, N., Però, M., Grau, A., Soriano, J. & Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 52-59.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003>
- Fairburn, C. (2013). *Overcoming Binge Eating: The Proven Program to Learn why You Binge and How You Can Stop*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P.J., Davies, B.A., O'Connor, M.E. (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>

- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J.C., Valdés, N., Vilches, O. & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
- Flores, M. D. (2016). Perspectiva antropológica de los trastornos de la alimentación: el caso del atracón. *Estudios Sociales*, 25(47), 114-140. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41744004005>
- Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 19(2), 242-250. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634205>
- Godoy L, F. A. (2014). sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. *Revista chilena de nutrición*, 41(3), 260-263. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182014000300005>
- Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., Campos del Portillo, R., Virgili Casas, M.N., Martínez Olmos, M.A., Mories Álvarez, M.T., Castro Alija, M.J. & Martín Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35n2/1699-5198-nh-35-02-00489.pdf>
- Hernández, J., Ledón, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29 (2), 1-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce-2018/rce182i.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.

- Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 5-15.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.352>
- Martínez M., M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4033>
- Medrano, L. A., Galleano, C., Galera, M. & del Valle, R. (2010). Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios. *Liberabit*, 16(2), 183-192. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a08v16n2>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2004). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. *British Psychological Society (UK)*.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23346610/>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1-14.  
<https://dx.doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>
- Quiñones, Á., Melipillán, R., y Ugarte, C. (2012). Indicadores de Procesos de Éxito en Psicoterapia Cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 247-254.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021005>
- Palomino-Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286-291. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>

- Rodríguez Guarín, M., Gempeler Rueda, J., Mayor Arias, N., Patiño Sarmiento, C., Lozano Cortés, L., & Pérez Muñoz, V. (2017). Emotion dysregulation and eating symptoms: Analysis of group sessions in patients with eating disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 72-81.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>
- Rojas Ramírez, A. T., & García-Méndez, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 45(3), 85-95. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Reyes, T. (1999). Métodos cualitativos de investigación: Los grupos focales y el estudio de caso. *Fórum Empresarial*, 4(2), 74-87. <https://doi.org/10.33801/fe.v4i2.2913>
- Santacoloma A.M. & Quiroga, L.A. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 7-15. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.2201/314>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo (5ª ed.). México, Trillas.
- Swanson, S. A., Saito, N., Borges, G., Benjet, C, Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M.E. & Breslau, J. (2012). Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the US. *Journal of Psychiatric Research*, 46(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.008>
- Tinto, J.A. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de

España y el efecto país de origen. *Provincia*, (29), 135-173.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>

Vázquez, S.A. (2019). *Abordaje desde la terapia cognitivo conductual para los siguientes trastornos de la conducta alimentaria: trastorno no especificado, trastorno por atracón, trastorno evitativo restrictivo, pica y rumiación* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Udelar.FP.

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/23010>

Wilson, G. T., Wilfley, D.E., Agras, W.S. & Bryson, S.W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94-101. [doi:](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170)

[10.1001/archgenpsychiatry.2009.170](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170)

Wolz, I. (2016). *Emotions in Eating Disorders: The Interplay of Emotion Regulation and Inhibitory Control in Appetite and Eating Behaviour*. Faculty of Medicine, University of Barcelona.

Woods, P.J. & Grieger, R.M. (1995). Bulimia: Estudio de un caso mediante las cogniciones y anotaciones del análisis cognitivo-comportamental de los trastornos alimentarios. *Revista de Toxicomanías*, (3), 6-12. [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET03\\_2.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET03_2.pdf)



## Anexos

### Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado.

#### AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a 29 de septiembre de 2020.

(Nombre del psicoterapeuta en formación)

\_\_\_\_\_  
Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con los maestros y sus compañeros de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación; y que tanto sus maestros como los compañeros de clase asumen también este compromiso.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus maestros y compañeros lo platicado en mis sesiones de psicoterapia.

#### AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.