



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
COGNOSCITIVO-CONDUCTUAL EN MUJERES CON
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE ALTO RIESGO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES

JURADO DE EXAMEN DE GRADO:
DIRECTORA: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
COMITE: Dra. Lucy María Reidl Martínez
Dra. Claudia Unikel Santoncini
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA TEÓRICO-PRÁCTICA	13
1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria	13
1.2.1 Conceptos y Definiciones	13
1.2.2 Epidemiología	17
1.2.3 Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	19
1.2.3.1 Definición de factor de riesgo.	19
1.2.3.2 Factores de riesgo asociados con la imagen corporal.	20
1.2.3.3 Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria.	20
1.2.3.4 Factores de riesgo asociados con el desarrollo puberal/madurativo.	21
1.2.3.5 Factores de riesgo asociados con las prácticas compensatorias.	22
1.2.3.6 Factores de Riesgo Biológicos	23
1.2.3.7 Factores Psicológicos	25
1.2.3.8 Factores Familiares	26
1.2.3.9 Factores Socioculturales.....	27
1.2.5 Modelo de las transiciones evolutivas de los TCA	30
1.2.6 Consecuencias médicas y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria	32
CAPÍTULO 2. PREVENCIÓN DE LOS	36
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	36
2.1 Psicología de la Salud.....	36
2.1.1 Concepto de salud.....	36
2.1.2 Sistema de Salud Mexicano	37
2.1.3 Promoción de la Salud	39
2.2 Prevención de los TCA en el Extranjero	41
2.2.1. Prevención Universal.....	41
2.2.1.1 Programas Psicoeducativos Universales	41
2.2.1.2 Programas Interactivos Universales.....	42
2.2.2 Prevención Enfocada	45
2.3 Prevención de los TCA en México	65
2.3.1 Programas Psicoeducativos y Entrenamiento de Habilidades Sociales.....	65
2.3.2 Disonancia Cognitiva.....	67
2.3.3 Formación de Audiencias Críticas y Programas Psicoeducativos.....	68
2.3.4 Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas.	69
2.4 Criterios establecidos para los programas de prevención de	72
los trastornos de la conducta alimentaria.....	72
CAPÍTULO 3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	75
3.1 Tratamientos psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria	75
3.2 Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	76
3.3 Características de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	77
3.4 Principales Conceptos de la Terapia Cognitivo-Conductual	78
3.5 Técnicas que se utilizan dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	80
3.5.1 Identificación y modificación de pensamientos automáticos	80
3.5.2 Identificación y modificación de creencias intermedias y centrales	82
3.5.3 Técnica de Resolución de Conflicto	84
3.6 Modelos de la Terapia Cognitivo-Conductual	89
3.6.1 Modelo Cognitivo Conductual de los Trastornos de la Alimentación	90
3.6.1.1 Manejo Cognitivo-Conductual para la Anorexia Nervosa.....	94
3.6.1.2 Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en la anorexia nervosa	99
3.6.1.3 Manejo Cognitivo-Conductual para la Bulimia Nervosa.....	108
3.6.1.4 Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la Bulimia Nervosa	110
3.6.1.5 Manejo cognitivo-conductual para el Trastorno por atracón	119

3.6.1.5 Manejo cognitivo-conductual para el Trastorno Compulsivo	120
3.6.1.6 Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno Compulsivo	122
CAPÍTULO 4. MÉTODO	131
4.1 Justificación del Problema	131
4.2 Problema de Investigación.....	131
4.3 Hipótesis general de trabajo.....	132
4.4 Hipótesis específicas de trabajo	132
4.5 Definición de Variables	133
4.5.1 Variables dependientes	133
4.5.1.1 Factores de riesgo asociados a los TCA:.....	133
4.5.2 Variable Independiente	135
4.5.2.1 Intervención cognitivo-conductual	135
4.6 Tipo de estudio	137
Investigación cuasiexperimental, clínica y longitudinal.....	137
4.7 Diseño	137
4.8 Muestra	137
4.9 Instrumentos, mediciones y aparatos.....	138
4.9.1 Instrumentos	138
4.9.1.1 Guía de Entrevista Individual	138
4.9.1.2 Escala de Autoestima “Yo como persona”	138
4.9.1.3 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).....	138
4.9.1.4 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)	139
4.9.1.5 Escala de Insatisfacción y Alteración Corporal.....	139
4.9.2 Aparatos	140
4.10 Materiales.....	141
4.11 Procedimiento	142
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	146
5.1 Análisis Descriptivo de la Muestra	146
5.2 Análisis Previo y Posterior a la Intervención.....	148
5.3 Primer Seguimiento a 3 meses	151
5.4 Segundo Seguimiento a 6 meses	153
5.5 Análisis de Medidas Repetidas	154
5.5.1 Participantes con conducta alimentaria compulsiva.....	155
5.5.2 Participantes que realizan dieta crónica restrictiva	158
5.6 Análisis de Contenido.....	160
5.6.1. Participantes que comen de forma compulsiva.....	160
5.6.1.1. Relación de las variables medidas con el contenido de las sesiones del programa de intervención y los cambios observados.....	161
5.6.2. Participantes que se alimentan de forma restrictiva.....	165
5.6.2.1. Relación de las variables medidas con el contenido de las sesiones del programa de intervención y los cambios observados.....	165
5.6.3. Ejemplificación de un caso clínico	169
5.6.3.1 Información recopilada en la entrevista psicológica inicial.....	169
5.6.3.2 Puntajes de las pruebas psicológicas y mediciones semanales.....	172
5.6.3.3 Información recopilada en la entrevista nutricional	173
5.6.3.4 Entrega de resultados e invitación al programa	175
5.6.3.5 Sesión Psicológica 1	175
5.6.3.6 Sesión Psicológica 2	176
5.6.3.7 Sesión Psicológica 3.....	177
5.6.3.8 Sesión Nutricional 4 y 5	177
5.6.3.9 Sesión Psicológica 6	178
5.6.3.10 Sesión Nutricional 6.....	178
5.6.3.11 Sesión Psicológica 7.....	179
5.6.3.12 Sesión Nutricional 7.....	180
5.6.3.14 Sesión Nutricional 8.....	182
5.6.3.15 Sesión Psicológica 9.....	183

5.6.3.16 Sesión Nutricional 9.....	183
5.6.3.17 Sesión Psicológica 10.....	184
5.6.3.18 Sesión Nutricional 10.....	186
5.6.3.19 Sesión Psicológica 11.....	186
5.6.3.20 Sesión Nutricional 11.....	187
5.6.3.21 Sesión Psicológica 12.....	188
5.6.3.22 Sesión Nutricional 12.....	189
5.6.3.23 Sesión Psicológica 13.....	190
5.6.3.24 Sesión Nutricional 13.....	190
5.6.3.25 Sesión Psicológica 14.....	191
5.6.3.26 Sesión Nutricional 14.....	191
5.6.3.27 Sesión Psicológica 15.....	192
5.6.3.28 Sesión Nutricional 15.....	193
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	194
Discusión	194
Conclusiones.....	203
Limitaciones	206
Sugerencias	207
REFERENCIAS	208
APÉNDICE “A” ENTREVISTA INDIVIDUAL	224
Entrevista Individual sobre Conductas Alimentarias de Alto Riesgo (De la Vega & Gómez-Peresmitré).....	225
APÉNDICE “B” INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	227
Yo, como persona (Reidl)	228
Inventario de Desórdenes de la Alimentación (Garner y Olmsted)	229
EFRATA, Factor 1 y Factor 6 (Gómez Pérez-Mitré).....	230
APÉNDICE “C” FORMATOS DE TRABAJO	231
Formato de registro de alimentación diaria (De la Vega, 2008).....	232
Hoja de Registro Semanal (De la Vega).....	233
Formato para la supervisión semanal de los casos: Psicóloga (De Vega & Ávila)	234
Formato para la supervisión semanal de los casos: Nutrióloga (De Vega & Ávila).....	243
APÉNDICE “D” HISTORIAS DE CASO.....	252
Participantes con conductas alimentarias compulsivas	253
Participantes que se alimentaban de forma restrictiva	258

Índice de Tablas

TABLAS

Tabla 1. Complicaciones físicas de la AN.....	33
Tabla 2. Registro de pensamientos automáticos.....	81
Tabla 3. Contenido de las sesiones del programa de intervención.....	136
Tabla 4. Diseño Pre-prueba – Pos-prueba.....	137
Tabla 5. Diseño experimental de medidas repetidas con (N = 1).....	137
Tabla 6. Descripción de la muestra.....	148
Tabla 7. Resultados de las variables antes y después de la intervención.....	150
Tabla 8. Resultados de las variables pre-intervención y seguimiento a 3 meses.....	152
Tabla 9. Resultados de las variables pre-intervención y seguimiento a 6 meses.....	154
Tabla 10. Pensamientos irracionales con respecto a los hábitos de alimentación (1)	161
Tabla 11. Pensamientos irracionales con respecto a los hábitos de alimentación (2)	166
Tabla 12. Puntajes de la participante.....	172
Tabla 13. Registro de Pensamientos de Mariana (1).....	180
Tabla 14. Registro de Pensamientos de Mariana (2).....	182
Tabla 15. Modificación de Creencias Centrales de Mariana	189

Índice de Figuras

FIGURAS

Figura 1. Modelo de las Transiciones Evolutivas.....	31
Figura 2. Distribución de la población según su condición de aseguramiento.....	38
Figura 3. Tratamientos utilizados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.....	75
Figura 4. Modelo Integral de la teoría cognitivo-conductual de los TCA.....	94
Figura 5. Procedimiento de la investigación.....	145
Figura 6. Medición semanal de Isabel.....	156
Figura 7. Medición semanal de Adriana.....	157
Figura 8. Medición semanal de Liliana.....	157
Figura 9. Medición semanal de Sheila.....	158
Figura 10. Medición semanal de Norma.....	159
Figura 11. Medición semanal de Tatiana.....	160
Figura 12. Familiograma.....	170
Figura 13. Mediciones Semanales de Mariana.....	173
Figura 14. Autoestima Global.....	185

Agradecimientos

A mis tutores:

Dra. Gilda Gómez Pérez Mitré, por todas las enseñanzas que me proporcionó en este proceso de formación, ayudándome a desarrollar mis habilidades como investigadora.

Dra. Lucy Reidl, por su guía y apoyo para poder desarrollar este proyecto en la UNAM.

Dra. Claudia Unikel, por su compromiso, por compartir sus conocimientos con entusiasmo y dedicación, adentrándome en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y sobre todo por su guía para llevar a buen fin este trabajo.

Dr. Samuel Jurado y *Dra. Teresita de Jesús*, por sus revisiones y aportaciones para la realización de esta investigación.

A mis profesoras con cariño y admiración:

Dr. Ariel Vite, por ser alguien completamente identificado con su profesión, comprometido con su trabajo, dedicado a guiar y apoyar a sus alumnos, enriqueciendo el área del conocimiento de la psicología experimental. Además de ser un pilar fundamental en el desarrollo de este trabajo y en mi formación en el doctorado.

Dra. Laura Hernández, por su compromiso y por sus enseñanzas para darle estructura a esta investigación desde el primer semestre del doctorado.

A las Instituciones en donde se llevó a cabo el Programa de Conductas Alimentarias de Alto Riesgo:

Centro de Servicio Psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, especialmente a la Lic. Rebeca Sánchez, por el apoyo que me brindó en cada fase del proyecto (capacitación, implementación y supervisión). Asimismo gracias a Paty, Miguel y Susana por orientarme en la logística del centro y por apoyarme en la adquisición y canalización de las participantes del programa.

Dirección General de Servicios Médicos (UNAM), mi sincero agradecimiento al Dr. Lindorfo Cárdenas, (Subdirector del Área de Atención Médica) por darme la oportunidad de laborar junto con mi equipo de trabajo en las instalaciones del Sistema de Orientación en Salud; así como también por las facilidades dadas para la capacitación del personal, la implementación del programa y la supervisión semanal de los casos. De igual forma a la Dra. Mireya Sánchez (Jefa de Sistema de Orientación en Salud) por su dedicación, guía y apoyo para la realización de esta investigación. A la Maestras en Psicología Rosa Aurora Alquicira y María del Carmen Martínez, y a las Dras. Leticia Guevara y María Yáñez, quienes comprometidas con su profesión, propiciaron la implementación de este programa.

A mis colaboradores:

Los psicólogos: Jessica Ivonne Mendoza, Ivonne Lizbeth Vizcarra, Lucero Martínez, Roberto Lazo, Abigail Alba, Silvia Platas, Claudia Hernández, Laura Mercado, Martha Ramos, Gisela Ortega, Vanesa Reyes, Rosa Aurora Alquicira y Maricarmen Martínez.

Las nutriólogas: Flor Idalia Álvarez, Anilú de Padua, Lorena Torres Arévalo, Alejandra García, Lorena López Aranda, Atziri Guzmán, Julene Bosh, Brenda Martinez, Alejandra Visárraga, Sonia Collado y Viridiana Vásquez.

Quienes con dedicación y responsabilidad trabajaron día a día por el Programa de Conductas Alimentarias de Alto Riesgo, pero sobretodo con su motivación para ayudar a las participantes del mismo.

A Jessica Ivonne e Ivonne Lizbeth, quienes con entusiasmo y profesionalismo, contribuyeron de manera invaluable a la realización de este trabajo, las quiero y las admiro mucho.

A las participantes:

Aquellas mujeres que confiaron en el Programa de Conductas Alimentarias de Riesgo y que nos permitieron probar su eficacia.

A la Coordinación del Programa de Maestría Doctorado:

Dr. Juan José Sánchez Sosa, Dr. Alejandro León, Lic. Iveth Reyes Rodríguez y Lic. Martha Erika Hernández, por el apoyo recibido durante este periodo de estudios.

A la UNAM y al CONACYT:

Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de prepararme una vez más, enriqueciendo mi vida con los conocimientos adquiridos dentro de sus aulas y al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología por el financiamiento de estos estudios.

Dedicatorias

Dedico este trabajo a:

Mis *padres*, porque en cada paso de mi vida han estado ahí, para guiarme y apoyarme.

Mis *abuelos* quienes siempre tuvieron un buen consejo que dar.

Mi *hermano*, por ser mi cómplice y compañero.

Mi esposo, *Adolfo*, a quién amo profundamente y que ha estado a mi lado en todo momento, cruzando los caminos fáciles y difíciles que esta vida nos pone, resurgiendo y fortaleciéndonos día a día.

Ese *ser maravilloso* que iluminara mi vida el tiempo que estuvo dentro de mí.

Paco, Serpil y Aylin, mi pequeña familia, con quien a pesar de la distancia física, emocionalmente siempre están a nuestro lado.

Mi *gran familia* De la Vega, Ochoa, Rosales, Serdán Rosales, Bernal, Zúñiga, padrinos, madrinas, tíos (a), primos (a), y sobrinos (a) quienes me han acompañado en este proceso; especialmente a Maru, Mimis, Alfredo, Paty, Grace, Gaby, Freddy, Oscar y Beto.

Los *Dres. Shein, Rosita y Max*, por su guía dentro de la psicología.

Los *Dres. Janet Shein y David Szydlo*, por darme la oportunidad de ampliar mi conocimiento sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La *Dra. Olga Gómez y al Dr. David Aurón*, por haber formado un equipo de trabajo profesional dentro de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Centro Médico ABC.

La *Maestra en Psicología Inés López Zavaleta* por su escucha reflexiva durante este periodo de maduración y fortalecimiento emocional.

Jesús y Bety por ayudarme a darle forma a este logro, pero sobre todo por la mano que recibí en una de las experiencias más dolorosas que me ha puesto la vida.

Heidi, José, Beatriz, Verónica, Cristián, Raquel, Eva, Yolanda, María Luisa, Jessica, Jaqueline, Claudio, Nancy, Lupita, Daniel, Guadalupe, Ricardo, Esteban, Eduardo, Jorge y Alex, mis amigos y hermanos, quienes en todo momento tienen una palabra de aliento y con quienes puedo compartir alegrías, tristezas y experiencias placenteras pero sobretodo aprendizajes.

RESUMEN

El objetivo de este estudio en dos etapas fue probar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional en 30 mujeres de entre 17 y 26 años con conductas alimentarias de riesgo. Se trabajó con un diseño de preprueba – posprueba con dos seguimientos: tres y seis meses después de la intervención en un grupo experimental, combinado con el diseño experimental de medidas repetidas con (N = 1) mediante la estrategia de series intra. Los instrumentos que se utilizaron antes, después y en los dos seguimientos fueron: Guía de Entrevista Individual, Inventario de Trastorno de la Conducta Alimentaria, Escala de Factores Asociados con Trastornos Alimentarios, Escala de alteración e Insatisfacción Corporal. Para las medidas repetidas se empleó un formato de registro semanal, durante las 15 semanas del tratamiento. Los análisis estadísticos incluyeron: Prueba t para grupos relacionados (pre-post, primer y segundo seguimiento), tamaño del efecto mediante la prueba de Cohen y significancia clínica a través del Índice de Cambio Confiable. En las medidas repetidas se obtuvo el porcentaje de los pensamientos, sentimientos y acciones de cada participante durante la intervención y posteriormente se graficaron. Se obtuvieron resultados estadística y clínicamente significativos en la esfera cognitivo-conductual: disminución de insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ineficacia y autoestima negativa; aumento de autoestima positiva, tanto en las mediciones pre-post, como en las de primer y segundo seguimiento. En conclusión, la intervención ayudó a disminuir las conductas alimentarias de riesgo y, en consecuencia, aumentó la probabilidad de no desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Palabras Clave: Terapia cognitivo-conductual, Apoyo Nutricio, Conductas Alimentarias de Riesgo, Prevención, Trastornos de la Conducta Alimentaria.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the efficacy of a cognitive behavioral intervention with a nutritional support, in 30 women, between 17 and 26 years old, who had high risk eating behaviors. The design was pre-post test with two follow-ups: three and six months after intervention in an experimental group, combined with a repeated measures design (N = 1) through the strategy of intra series. The instruments used before, after and the two follow-up studies were: Individual Interview, Eating Disorder Inventory, Scale of Related Factors with Eating Disorders, Scale Distortion and Body Dissatisfaction. For the repeated measure analysis was employed a weekly record format during the 15 weeks of intervention. Statistical analysis included: t test for related groups (pre-post, first and second follow-up), the effect size was tested by Cohen test and clinical significance was tested by reliable change index. Repeated measures were obtained by the percentage of the thoughts, feelings and actions of each participant during the intervention and then were plotted. The results showed changes which had statistical and clinical significance in the cognitive and behavioral areas: body dissatisfaction, compulsive eating behavior, restrictive dieting, interoceptive awareness, maturity fears, and ineffectiveness, also positive and negative self-esteem. It was concluded that this intervention aids to reduce risky eating behaviors, decreasing the probability to develop an eating disorder.

Key words: Cognitive Behavior Therapy, Nutritional Support, High Risk Eating Behaviors, Prevention, Eating Disorders.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la mayoría de las mujeres occidentales están insatisfechas con su cuerpo y su aspecto físico, ya que perciben que tienen sobrepeso, lo cual da como resultado sentimientos de inadecuación e impotencia. Esto se debe, entre otras cosas, a los cambios de los patrones dietéticos, a la influencia de los medios de comunicación que establecen estándares irreales de belleza, al sobrevalorar la esbeltez del cuerpo mediante la moda, y a las nuevas competencias y roles de la mujer que confunden a las jóvenes.

Además, la dinámica familiar tiene un papel importante en el desarrollo de estos trastornos en los que pueden presentarse, entre otros, malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura corporal y conflictos familiares, como divorcio, historias de depresión, alcoholismo, poca comunicación, sobreprotección, rigidez en el establecimiento de límites y mezcla de los roles familiares.

Asimismo, hay factores individuales, de personalidad y psicosociales que también predisponen la presencia de conductas alimentarias inapropiadas: sobrepeso, perfeccionismo, autocontrol, miedo a la maduración, dificultades para ser autónomo y autoestima negativa, lo que provoca que las mujeres no se percaten del valor que tienen independientemente de la forma de su cuerpo.

Ahora bien debido a que no se han desarrollado programas de intervención en donde se proponga utilizar cuatro componentes de la terapia cognitivo conductual (psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas) en mujeres con conductas alimentarias de riesgo, es necesario implementar programas que les ayuden a mejorar sus hábitos alimentarios y a modificar sus pensamientos negativos con respecto a la comida y a su imagen corporal, de modo que logren aceptar su cuerpo y elevar su autoestima. De esta manera se

aporta al campo de la psicología clínica y de la salud, la instrumentación y evaluación de una intervención aplicada a mujeres con conductas alimentarias de riesgo y se contribuye, al mismo tiempo al incremento del conocimiento teórico práctico en este campo de investigación y de la clínica.

En el capítulo uno se aborda la perspectiva teórica-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria y de las conductas alimentarias de riesgo, en el capítulo siguiente se incluyen los programas de prevención que se han llevado a cabo tanto en México como en el extranjero, en el capítulo 3 se aborda el tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria y la evidencia clínica que lo sustenta. El capítulo 4 describe el método utilizado para realizar la investigación; el capítulo 5 muestra los resultados de la misma y el capítulo 6 plantea las posibles explicaciones de los resultados obtenidos a través de la investigación; por último se subrayan las limitaciones del estudio.

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVA TEÓRICO-PRÁCTICA

1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.2.1 Conceptos y Definiciones

El *Manual Estadístico y Diagnóstico de Enfermedades Mentales* (DSM-IV-TR, 2002) clasifica tres Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): a) Anorexia Nervosa (AN) b) Bulimia Nervosa (BN) y c) Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANES), los cuales se diagnostican de acuerdo con los siguientes criterios:

La AN se presenta cuando el paciente manifiesta: a) rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando edad y talla; b) miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso por debajo del peso corporal; c) alteración de la percepción del peso y la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación que comporta el bajo peso corporal, y d) en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea por lo menos en tres ciclos menstruales consecutivos. Se presenta de dos formas: *tipo restrictivo no purgativo* en el que durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas y *tipo compulsivo/ purgativo* en el cual, durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas.

Para la BN los criterios de diagnóstico son: a) presencia de atracones, que es la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las

personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Asimismo hay una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento; b) conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida para no subir de peso, como provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo; c) los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, en promedio al menos dos veces a la semana, durante un periodo de tres meses; d) la autovaloración está exageradamente influida por el peso y silueta corporales y e) la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de AN. Existen dos tipos, el *tipo purgativo* en el que el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes diuréticos o enemas en exceso y el *tipo no purgativo* en el que el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno y el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Por último los *TANES* se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, por ejemplo:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte del individuo de peso normal.
5. Masticar y expulsar pero no tragar grandes cantidades de comida.
6. Trastorno Compulsivo: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN (DSM-IV-TR, 2002, pp. 553-564).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) (OMS,1992) clasifica a los TCA del siguiente modo: a) AN, b) AN atípica, c) BN, d) BN atípica, e) Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, f) Vómitos en otras alteraciones psicológicas, g) otros TCA y h) TCA sin especificación.

Estos son los criterios de la *CIE-10* para el diagnóstico de la AN:

1. Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal [IMC] o de Quetelet menor de 17.5) o de la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
2. La pérdida de peso es provocada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

3. Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
4. Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía (pp. 219-220).

Para el diagnóstico de BN, se deben presentar las siguientes alteraciones:

1. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, anorexigénicos, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la BN se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
3. El trastorno psicopatológico básico de la BN consiste en un miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un objetivo ponderal muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre,

existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz de AN puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea (p. 222).

1.2.2 Epidemiología

En los estudios epidemiológicos que se han hecho sobre los TCA se ha encontrado que la incidencia de la AN es alrededor de ocho por cada 100,000 personas al año; observándose una tendencia ascendente en la AN a partir de los años setenta y el mayor incremento se ha dado en las mujeres que tienen entre 15 y 24 años de edad. El promedio de las tasas de prevalencia muestra 0.3% para la AN y 1 % para la BN (Hoek, 2006).

Asimismo, en una encuesta realizada en Estados Unidos en 2001 y 2003, se observó que la prevalencia de los TCA de acuerdo con los criterios de diagnóstico del DSM-IV es de .9% para la AN, 1.5% para BN, y de 3.5% para el Trastorno Compulsivo (TC) en las mujeres y de .3%, .5% y 2.0% en los varones, respectivamente. En donde la AN se asocia con el IMC bajo (menor que 18.5), mientras que el TC se relaciona con obesidad severa (IMC mayor que 40); por último, con respecto al rango de edad en que en que comienzan a presentarse estos trastornos, este es entre 18 y 25 años, siendo la AN la que se presenta a menor edad (18 años) —observándose que de los 10 a los 15 años es la etapa de mayor riesgo— mientras que el TC es el que se presenta a mayor edad (25 años) (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

En México, se han hecho pocas investigaciones sobre la prevalencia de los TCA. Medina et al. (2003) analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y encontraron que la prevalencia de la BN es de 1.8 % en mujeres y de 0.6 % en hombres, mientras

que no se hallaron casos de AN, probablemente debido al tamaño de la muestra. Por su parte, la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente llevada a cabo en el Distrito Federal reportó 0.2% de AN y 0.9% de BN en mujeres, en una muestra representativa de 3005 adolescentes entre 12 y 19 años con hogar fijo (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas y Fleiz, 2008). Otros estudios se han enfocado en las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en población estudiantil del Distrito Federal por medio de la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol (Unikel et al., 2000; Unikel, Bojorquez-Chapela, Villatoro, Fleiz y Medina, 2006). Entre los resultados obtenidos, sobresale el hecho de que a 15.4% de las mujeres le preocupa engordar, 15% hace ejercicio para bajar de peso y 4.9% practica atracones (Unikel et al., 2000). Asimismo, de 1997 a 2003 aumentaron la preocupación por engordar de 15.3 a 29.8%, el uso de métodos purgativos de 1.9 a 8 % y los atracones con sensación de falta de control de 3.3 a 5.9%; también se encontró que el porcentaje de mujeres que presentaba al menos tres indicadores de riesgo se elevó de 3.4 a 9.6 % (Unikel, Bojorquez-Chapela, Villatoro, Fleiz y Medina, 2006). Por su parte, a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición llevada a cabo en 2006, se obtuvo la prevalencia de las conductas alimentarias anormales, para lo cual se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) con dos puntos de corte: moderado y alto, en adolescentes entre 10 y 19 años de edad (n=25166) en ambos sexos. Los resultados indican que el .08% de los participantes se encontró en alto riesgo de desarrollar un TCA (0.4% hombres y 1.0% mujeres). La edad de mayor riesgo fue > 15 años en hombres y > a 13 años en mujeres (Barriguet, Unikel, Aguilar, Córdoba y Hernández, 2009).

Recientemente, Unikel et al. (2010) investigó la prevalencia de CAR en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años de edad — los datos se recabaron entre los años 2006 y 2009— en 17 estados de la república mexicana, para ello se utilizó el CBCAR. Los resultados muestran que la prevalencia total de las CAR-moderado fue de 14.2% y las CAR-alto de 6.8%. Asimismo para

CAR-alto se identificaron diferencias estadísticamente significativas por estado, en donde el Estado de México tuvo la prevalencia más alta (12.1%), y la más baja Aguascalientes (2.1%), mientras que el Distrito Federal obtuvo un 7.6%. Por último el análisis por edad mostró una tendencia ascendente tanto para CAR-moderado (12.5% a los 15 años y 17.3% a los 18 años) como para CAR-alto (6.1% a los 15 años y 10.1% a los 19 años). El análisis para cada pregunta del CBCAR para la categoría de respuesta más alta (dos o más veces en una semana), mostró que 16.6% de las adolescentes se preocuparon por engordar, 9.6% practicaron ejercicio con la finalidad de bajar de peso, 4.1% practicaron dietas restrictivas, 3.5% reportaron atracones de comida y 2.1% hicieron ayunos.

1.2.3 Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

1.2.3.1 Definición de factor de riesgo.

Señala Gómez-Peresmitré et al. (2006) que los Factores de Riesgo (FR) son aquellas condiciones (estímulos, conductas y características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, contribuyendo a su desajuste o desequilibrio; en la medida en que hacen vulnerable al individuo, incrementan la probabilidad de que aparezca una enfermedad. La distinción esencial entre un TCA y los FR es que el primero es un síndrome que comprende un conjunto de síntomas cuantitativa y cualitativamente agrupados, mientras que los segundos pueden considerarse manifestaciones o síntomas aislados, sin que se cumplan totalmente los criterios desde el punto de vista cuantitativo ni cualitativo.

Afirma esta misma investigadora, que la prevalencia de los factores de riesgo en población escolar se ha logrado establecer a través del trabajo de investigación que se ha venido realizando

desde los años noventa. Una de estas investigaciones (Gómez-Peresmitré, 2001), realizada en una muestra (N=8673) agrupó niños y niñas desde muy temprana edad (prepúberes de 6 a 9 años) hasta adolescentes (13 a 19 años).

Los FR que inciden en el desarrollo de los TCA, de acuerdo con Gómez-Peresmitré (1999) se dividen en cuatro grandes grupos, que se asocian con: a) imagen corporal, b) conducta alimentaria, c) desarrollo puberal/madurativo y d) prácticas compensatorias.

1.2.3.2 Factores de riesgo asociados con la imagen corporal.

Los FR asociados con la *imagen corporal* incluyen: insatisfacción corporal; alteración (sobreestimación/subestimación); preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; atractivo ligado a la delgadez, entre otras. Los factores asociados con la imagen corporal, entre ellos la insatisfacción y la alteración de la misma, se relacionan significativamente con conductas dirigidas al control de peso (dieta restrictiva y en general conducta alimentaria anómala) y son predictores de los trastornos de la conducta alimentaria.

1.2.3.3 Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria.

Dentro de los FR asociados con la *conducta alimentaria* se encuentran: el seguimiento de dieta restrictiva, atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, evitación de algunos tiempos de comida (desayuno, comida, cena); disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico y consumo de productos “light”.

Las jóvenes que realizan dieta restrictiva para bajar de peso tienen más propensión a desarrollar trastornos de la alimentación, ya que la restricción calórica y/o la práctica de ayunos provocan un aumento en el apetito que puede desembocar en atracones.

Generalmente, las mujeres comienzan a hacer una dieta restrictiva cuando hay una gran diferencia entre la percepción de su figura corporal real y su figura corporal ideal, es decir, entre su cuerpo y el ideal social, lo cual les genera insatisfacción. Muy pocas mujeres logran bajar de peso mediante dietas restrictivas, y cuando lo logran de forma rápida, es probable que vuelvan a subir, lo que se conoce como síndrome de yoyo. Asimismo, quienes hacen restrictiva tienen mayor fluctuación en el peso lo que provoca cambios en el metabolismo de su ingesta— y, a medida que repiten las dietas restrictivas, provocan que el organismo desarrolle mecanismos de defensa de ahorro metabólico, por lo que difícilmente pierden el peso deseado. Esto produce en ellas una sensación de fracaso, disminución de su autoestima y aumento de estrés, por lo que algunas se convierten en dietistas crónicas y otras desarrollan un TCA como la BN (Heatherton & Polivy, 1992).

1.2.3.4 Factores de riesgo asociados con el desarrollo puberal/madurativo.

Entre los FR asociados de *tipo puberal/madurativo* se encuentran: el peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/tardía y amenorrea.

Puesto que la pubertad es un periodo de rápido crecimiento físico y de cambio psicológico, ésta se ha visto como una posible fuente de actitudes hacia la imagen corporal que pueden contribuir a la percepción global del individuo, por lo que si en esta etapa tanto hombres como mujeres no logran la maduración sexual, en el tiempo esperado, ya que pueden ser precoz o tardía,

pueden presentar un marcado interés o involucrarse de forma activa en dietas para el control del peso que, y como se mencionó en el apartado anterior, conlleva al desarrollo de un TCA.

1.2.3.5 Factores de riesgo asociados con las prácticas compensatorias.

Los FR asociados con las *prácticas compensatorias* son: el ejercicio excesivo (diez horas o más por semana) y el uso de algunos productos con el propósito de control de peso, tales como: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua (más de dos litros de agua al día) y fibra. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Los laxantes son sustancias ineficaces para eliminar las calorías, ya que afectan la forma en que se vacía el intestino grueso, y no al intestino delgado, donde se absorben los nutrientes. Su empleo exagerado produce una pérdida de sólo 5% de las calorías ingeridas. La diarrea ocasionada se debe al aumento de la secreción de agua y sodio hacia el interior del intestino grueso, además los laxantes estimulan en forma directa la contractibilidad del mismo. La disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso. De esta forma, los laxantes sólo vuelven disfuncional el intestino, debido a la pérdida de contractibilidad natural, y producen desequilibrios electrolíticos y deshidratación, que llevan a serias complicaciones médicas. Por su parte, los diuréticos actúan en los riñones, ocasionan un aumento en la pérdida de potasio y agua mediante la orina. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Los tres tipos de *diuréticos* que existen son los *de tiazida, de asa y ahorradores de potasio*. Los diuréticos *tiazida* incluyen clorotiazida, hidroclorotiazida y metolazona. El mecanismo de acción de los diuréticos tiazídicos es la inhibición de la reabsorción de cloruro de sodio en el túbulo distal renal provocando natriuresis —pérdida de una cantidad mayor de sodio en la orina superior a la normal— de manera que hay una disminución en el volumen extracelular y edema

intersticial. Los efectos secundarios de las tiazidas son: hiperglucemia, hiperuricemia, hiperlipidemia (principalmente en los triglicéridos), hiponatramia e hipercalcemia. Los diuréticos *asa* son furosemida torsemida y ácido etacrínico. En contraste con las tiazidas, estas actúan en la rama ascendente del asa de Henle e inhiben la reabsorción de sodio por bloqueo de la bomba de sodio-potasio-cloro. Así como en los diuréticos tiazídicos, la natriuresis, la reducción del edema y el decremento del volumen provocan la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, y como consecuencia se presenta el hiperaldosteronismo, el cual resulta en hipocalcemia y alcalosis metabólica; otros efectos secundarios que se presentan son hipomagnesemia, hipocalcemia e hiperuricemia. Por último *los diuréticos ahorradores de potasio*, incluyen espironolactona, amilorida y triamtereno. En contraste con las anteriores clases de diuréticos que actúan sobre un transportador, esta clase de diuréticos actúan en los canales epiteliales de sodio, por lo que se da una pérdida de sodio y agua sin causar una pérdida de potasio. Los principales efectos secundarios son hiperpotasemia y la acidosis metabólica (Mascolo, Chu, & Mehler, 2011).

Al igual que con los laxantes, la disminución del peso se debe a la pérdida de agua y no de tejido graso, lo cual significa que la persona puede estar seriamente deshidratada y no necesariamente más delgada. Asimismo, muchas de las personas con desórdenes de la alimentación utilizan el ejercicio para quemar las calorías como una forma de purgarse y no subir de peso (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

1.2.3.6 Factores de Riesgo Biológicos

Hoy en día, hay suficiente evidencia de que los TCA, no sólo están influidos por factores ambientales, sino también de forma genética, a través de ciertos neurotransmisores tales como: receptores de dopamina, serotonina y noradrenalina, además de genes enzimáticos degradadores

de monoaminoxidasa (MAO); los cuales se encuentran implicados en la regulación del apetito (Monteleone & Maj, 2008).

Particularmente, existen alteraciones en el funcionamiento del sistema serotoninérgico; esto debido a que la serotonina aparte de estar implicada en la regulación del apetito, también se relaciona con la conducta sexual, la respuesta al estrés, la sintomatología obsesiva y compulsiva, el perfeccionismo, la rigidez y las alteraciones del humor, fenómenos que de un modo u otro se presentan en la AN (Kaye, 2009).

La serotonina es un neurotransmisor ampliamente distribuido por el cerebro humano. Se sintetiza a partir de un aminoácido precursor, el *triptófano*, que es captado en el cerebro e hidroxilado gracias a la acción de una enzima, la *triptófano-5 hidroxilasa*. Esta reacción da lugar al 5-hidroxotriptófano, el cual, interviniendo la decarboxilasa, se transforma en 5-hidroxitriptamina (5-HT), es decir serotonina. Posteriormente, la monoaminoxidasa metaboliza la serotonina produciendo un metabolito, el ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA). Por lo que la investigación de la función serotoninérgica en patología psiquiátrica se ha centrado en identificar las relaciones entre conductas patológicas y los niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo (LCR); así que tras evaluar un grupo de pacientes anoréxicos, se descubrió que los niveles cefalorraquídeos de 5-HIAA eran bajos en la fase aguda del trastorno, normales al restaurarse el peso y elevados tras haber transcurrido un tiempo a partir de la recuperación, tendiendo a correlacionar estas oscilaciones de dichos niveles con ciertas manifestaciones conductuales de los pacientes. Además se cree que dichas tasas de 5-HIAA aumentadas en LCR pudieran constituir un *rasgo* antes de iniciarse la AN, dado el comportamiento inhibido y ansioso de los pacientes anoréxicos (Toro, 2004).

Por su parte Calati, Ronchi, Bellini y Serretti (2011) realizaron un metaanálisis en el cual buscaban comprobar si el polimorfismo de la serotonina (Alelo S 5-HTTLPR), representaba un

factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, para ello seleccionaron 15 estudios de casos con grupo control en donde se estudiara la asociación entre el 5-HTTLPR y los TCA, a través de las frecuencias de dicho genotipo en pacientes con AN, BN y TA. Los resultados mostraron que efectivamente la presencia del polimorfismo 5-HTTLPR es un factor de riesgo, en pacientes con AN, por el contrario no lo es en pacientes con TA.

Con respecto a los neurotransmisores dopaminérgicos, estos se encuentran relacionados tanto con el sistema motor de la regulación del peso corporal y de la conducta alimentaria, como con el sistema de recompensa; todos estos rubros se encuentran implicados en pacientes con TCA (Nestler, 2006). Asimismo se ha comprobado que varios polimorfismos del receptor de dopamina del gen 2 (DRD₂) y del gen 4 (DRD₄) se han asociado con los TCA, siendo el primero el gen que contribuye como factor de riesgo para el desarrollo de la AN (Bergen et al., 2005).

Por otro lado, se ha comprobado que las mujeres familiares de pacientes con TCA tienen un alto riesgo de desarrollar este tipo de trastornos —AN 5.1% y BN 4.3%—, lo cual hace pensar en una influencia genética, sobre todo entre hermanas (García-Camba, 2002; Toro, 2004). Los resultados de Kortegeard, Hoerder y Joergersen (2001) apoyan esta idea, pues en un estudio compararon los autorreportes de los TCA de 34,142 gemelos monocigotos y dicigotos y encontraron que los puntajes obtenidos muestran diferencias significativas en comparación con la población en general.

1.2.3.7 Factores Psicológicos

Los factores psicológicos individuales que se encuentran relacionados con los TCA son: a) una marcada tendencia al perfeccionismo y al autocontrol en el caso de la AN; b) impulsividad, en el caso de la BN; c) miedo a la maduración y a ser autónomo y dificultad para asumir

responsabilidades y d) autoestima baja y necesidad exagerada de aprobación externa, que les impide reconocer sus sentimientos y sensaciones corporales y darse cuenta de sus necesidades (Rodríguez, Gutiérrez, Vaz y García, 2006).

Fassino, Daga y Piero (2001) realizaron un estudio para analizar los perfiles de personalidad, temperamento y nivel de enojo en los pacientes con diferentes TCA. Estos investigadores encontraron un mayor nivel de enojo en pacientes bulímicas en comparación con pacientes anoréxicas; además hallaron diferencias en los tipos de personalidad, la forma para expresar el enojo y las actitudes hacia la comida. En cuanto a la BN, observaron que hay una relación con el trastorno límite de la personalidad, que se caracteriza, entre otros rasgos, por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como por un grado notable de impulsividad; asimismo, es común encontrar otros trastornos de personalidad Tipo B (antisocial, histriónico y narcisista) en dichas pacientes, mientras que en la AN los trastornos de la personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, sobre todo en la AN no purgativa.

1.2.3.8 Factores Familiares

A pesar de que no existe un acuerdo entre los autores de aceptar una tipología familiar determinada, hay una serie de características que pueden contribuir a desarrollar un trastorno alimentario: a) malos hábitos alimentarios, tanto por exceso (comidas rápidas y comidas ricas en grasas que puedan conducir al sobrepeso, con la necesidad posterior de perderlo lo antes posible), como por defecto (frecuentes dietas en la familia por estética); b) preocupación excesiva de los padres por la figura, las dietas hipocalóricas, la cual los hijos terminan por adoptar; c) antecedentes familiares de trastornos afectivos, y abuso de alcohol y drogas, y d) sobreprotección de los hijos,

pues ésta les provoca dificultades para resolver problemas y tomar decisiones por sí solos, por lo que al llegar a la adolescencia son vulnerables a la influencia de otras personas (Rodríguez, Gutiérrez, Vaz y García, 2006; pp. 16-17).

Los estudios en familiares han demostrado que existe mayor probabilidad de desarrollar un TCA si algún familiar de primer grado sufre de AN, BN u obesidad (Lilenfield, Kaye, Greeno, & Merikangas, 1998). También existe un riesgo mayor de sufrir TCA si en la familia hay algún miembro que padezca depresión o cuadros de abuso de alcohol y drogas (Ductor, 2005).

Palazzoli, Cirillo y Sorrento (1999) describen las relaciones de las pacientes con AN de acuerdo con su tipo de personalidad. Según estos autores, la AN de tipo restrictivo se asocia con rasgos de personalidad dependiente u obsesiva compulsiva, mientras que la AN de tipo purgativo se relaciona con rasgos de personalidad narcisista o limítrofe. Los mismos autores también describen las relaciones que las mujeres con BN pueden tener con sus padres. Afirman que pueden ser de dos tipos: por una parte, la relación puede ser muy cercana e intrusiva, de tal modo que tanto la madre como la hija se resisten a separarse y esta ansiedad ante la separación se vuelve a presentar en la adolescencia debido al desarrollo de la sexualidad, la identificación y la rivalidad femenina; por otra, estas pacientes pueden haber experimentado a su madre como ausente, inconsistente y negligente, lo que promueve una temprana separación.

1.2.3.9 Factores Socioculturales

De acuerdo con Rodríguez, Gutiérrez, Vaz y García (2006), aspectos sociales como la presión continua y creciente por la delgadez y el culto a la imagen física están implicados en el aumento de los TCA. Se ha observado que estos trastornos se dan en sociedades consumistas y competitivas donde la comida se encuentra en abundancia; sin embargo, paradójicamente, el éxito social está

asociado con la imagen de delgadez. Los medios de comunicación de estas sociedades constantemente envían mensajes que favorecen la pérdida de peso: imágenes cinematográficas, fotografías en revistas de moda, reportajes y anuncios publicitarios; además, las industrias relacionadas con el adelgazamiento (gimnasios, alimentos, dietéticos) han crecido exponencialmente, por lo que se ha impuesto la idea de que lo normal es estar en una dieta hipocalórica, delgado y en forma (García-Camba, 2002; Lambruschini & Leis, 2007; Toro, 2004; Toro y Vilardell, 1987).

Hoy en día, el Internet, también forma parte de esta influencia, de acuerdo con Toro (2004) una gran parte de la población pero especialmente, las adolescentes, se han entregado en los últimos años a una creciente utilización del internet, localizándose alrededor de 500 sitios *web* destinados a difundir la AN y a hacer proselitismo; lo cual es una promoción directa del trastorno, a través de sus mensajes se dan instrucciones para conseguir una pérdida rápida de peso, también se describe lo que hay que hacer para disimular los síntomas ante los médicos, se suministran imágenes que motiven a la AN, se promocionan grupos de “ayuda” en los que se compete a fin de conseguir la ansiada pérdida de peso, lo cual trae severas repercusiones en este grupo de edad.

En un estudio con grupos focales (familiares, jóvenes, profesionales de la salud y la educación, representantes de instituciones y agrupaciones), March et al. (2006) investigaron qué factores propician la aparición de los TCA desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Estos autores formaron cinco grupos focales y llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas. Los resultados del análisis de contenido mostraron que los participantes identificaron los siguientes elementos: a) la transformación de valores en la sociedad actual, b) el imperativo social de la delgadez, c) la difusión de modelos corporales y conductuales en los medios de comunicación, d) los roles de género y e) factores personales. En cuanto al papel de la familia, padres, maestros y representantes institucionales nombraron estilos educativos sobreprotectores y autoritarios,

mientras que los jóvenes atribuyen los TCA a cambios en los hábitos alimentarios en el medio familiar.

Toro (1996) describe la “cultura de la delgadez” y la “lipofobia” como hábitos del mundo occidental que satanizan todo lo relacionado con la obesidad y crean un mercado de adelgazamiento cosificando el cuerpo femenino. La dieta restrictiva es un factor sociocultural de gran importancia para la aparición de los TCA, pues se ha observado que las jóvenes que la siguen tienen riesgo de desarrollar BN ocho veces mayor que el resto de las jóvenes de su edad.

Otro aspecto muy importante son los estereotipos sexuales que la sociedad impone a las jóvenes. Se espera que ellas se relacionen con mayor frecuencia con otras personas en comparación con lo que se espera de los hombres, lo que las hace más vulnerables a las opiniones y comportamientos de los otros. Muestra de ello es que las mujeres: se involucran más en los vínculos que establecen, se preocupan más por los sentimientos y el bienestar de los otros, se interesan por tener una aprobación social y tratan de evadir la desaprobación, experimentan con mayor frecuencia sentimientos de vergüenza, además de que en situaciones interpersonales, responden de forma muy diferente que los hombres, por ejemplo: en una fiesta o reunión, sus conductas no verbales se relacionan con dar una impresión de gusto y placer, además de estar interesadas en las otras personas (Striegel-Moore, 1993).

Asimismo, estar preocupado por la apariencia corporal y hacer esfuerzos por preservar la belleza son dos aspectos muy importantes del estereotipo del rol sexual femenino. Las mujeres ajustan su conducta alimentaria para proyectar una impresión favorable; por ejemplo, en un restaurante las mujeres pueden comer menos que otras para demostrar superioridad o para competir. Detrás de esta conducta está la afirmación de la identidad que se consolida y refuerza durante la adolescencia (Striegel-Moore, 1993).

Sin embargo, cuando se fragmenta su identidad debido a las exigencias de su rol social, las mujeres experimentan incertidumbre, por lo que intentan controlar su vida mediante su cuerpo. Puesto que el peso es algo que puede ser controlado, al ejercitar dicho control, pueden satisfacer las expectativas sociales. Es así como las mujeres consideran que al controlar sus cuerpos elevarán su autoestima e incrementarán su sensación de poder, además de obtener autosatisfacción, aprobación social y sentimientos de logro. Su cuerpo se convierte entonces en el terreno para expresar su descontento y protesta; no obstante, al enfocarse en su cuerpo se distraen de lo que verdaderamente les está preocupando (Brown & Jasper, 1993).

1.2.5 Modelo de las transiciones evolutivas de los TCA

El modelo de las transiciones evolutivas (Smolak & Levine, 1994) hace hincapié en que las “predisposiciones” en la infancia se desarrollan y mantienen a causa de las bromas acerca del peso y la silueta y del ejemplo ofrecido por la familia y los pares sobre la preocupación por el peso. Este modelo también propone que el significado, la organización y las consecuencias de los factores de riesgo individuales y sociales se modifican durante la adolescencia temprana conforme la joven enfrenta las transformaciones de su cuerpo, sus sentimientos (incluyendo la sexualidad), sus capacidades cognitivas, las expectativas de los roles de género, las relaciones con otros jóvenes de ambos sexos y con su madre y/o padre. En especial, este modelo permite prever que para alrededor del 10 al 15% de las jóvenes los trastornos alimentarios son una respuesta a las exigencias de la transición de la adolescencia temprana y una manera de adaptarse a ellas. La alimentación problemática de esta minoría significativa es resultado de una transacción entre vulnerabilidades (por ejemplo, creencias esquemáticas en la importancia de la delgadez) y cambios adolescentes simultáneos (por ejemplo, aumento de peso y citas amorosas con muchachos, además de mayores

exigencias académicas). Estos caminos transicionales hacia una alimentación impropia se forman y ganan fuerza dentro de un contexto caracterizado por mensajes poderosos provenientes de la familia, los padres, los medios, los educadores y los profesionales de la medicina. Algunos ejemplos de estos mensajes culturalmente normativos pero patógenos son: a) “la delgadez es muy deseable e importante”, b) “las dietas restrictivas en calorías son un camino viable hacia la delgadez y una prueba de autocontrol” y 3) “el peso y la silueta de una mujer son el objeto legítimo de la crítica y el acoso público y de las bromas sobre la gordura”. Ver figura 1.

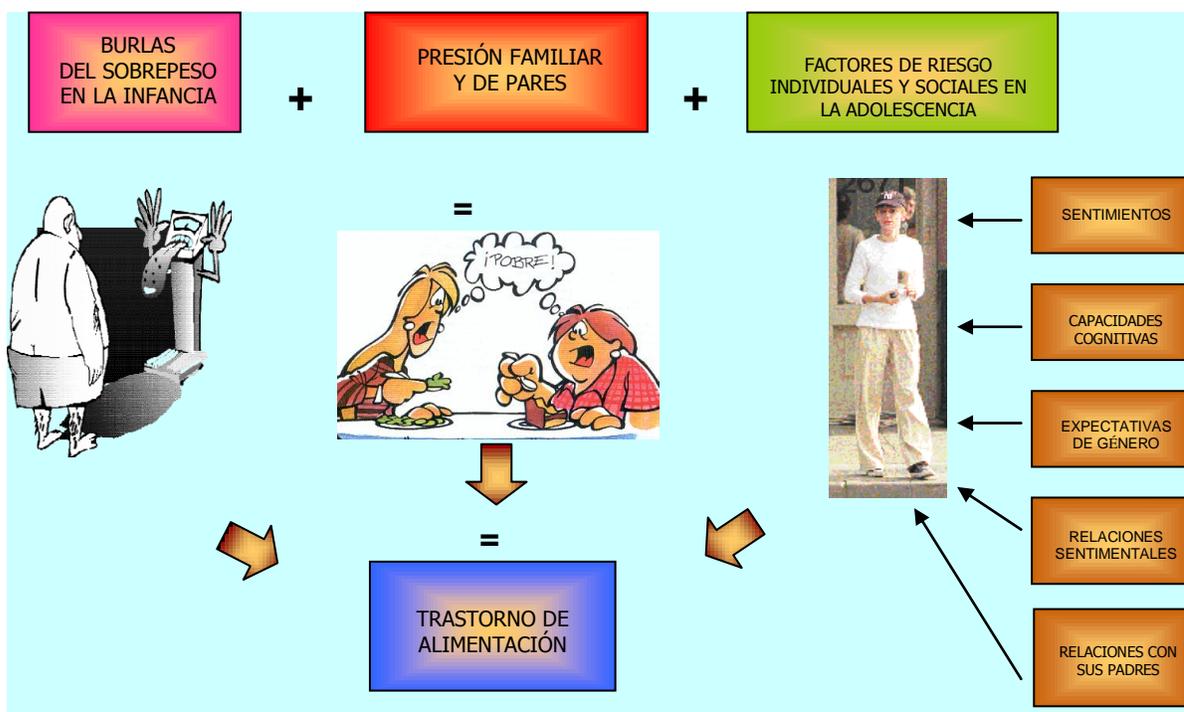


Figura 1. Modelo de las Transiciones Evolutivas.

El desarrollo normal de las mujeres adolescentes involucra retos que incluyen: a) ajustarse a los cambios biológicos de la pubertad (cambios hormonales, de estado de ánimo y físicos), b) crear relaciones heterosexuales, c) afrontar las expectativas que se tienen de ellas, por ejemplo, sobre su nivel académico, d) establecer metas para el futuro, como tener una carrera o formar una nueva familia (tanto en el papel de madres como en el de esposas) y, al mismo tiempo, conservar su

belleza y figura, y e) desarrollar un funcionamiento autónomo. Cuando no llegan a cumplir dichos retos, las mujeres adolescentes se refugian en la apariencia física y tienden a desarrollar algún TCA (Striegel-Moore, 1993, p.172).

1.2.6 Consecuencias médicas y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria

Consecuencias médicas. En el caso de las pacientes anoréxicas, se presentan problemas físicos, tales como caquexia (o delgadez extrema), signos de desnutrición, piel seca, arrugada y fría, y en ocasiones hinchazón de tobillos. Estas mujeres tienen el cabello seco y frágil, las uñas quebradizas y con lesiones micóticas (hongos) y vello excesivo en el cuerpo. Los dientes tienen el esmalte alterado y hay caries; los labios están secos o con lesiones. Además, su cara es pálida o amarillenta, tienen los ojos hundidos y sin brillo, el abdomen hundido y el vientre abultado (Fernández y Turón, 2002).

Este tipo de pacientes suele presentar osteopenia —disminución en la densidad mineral ósea—, que en ocasiones progresará hasta una osteoporosis potencialmente irreversible o con un número elevado de fracturas. Los dolores en las extremidades indicarán fracturas por estrés que quizás pasen desapercibidas con rayos X, pero que mediante una densitometría ósea son detectables. De igual forma, las pacientes con AN que desarrollan *amenorrea hipotrofenémica* desde la adolescencia hasta la juventud tienen mayor riesgo de sufrir osteoporosis, puesto que no sólo pierden masa ósea, sino que también dejan de producir hueso en una fase crítica del desarrollo. A consecuencia de ello, los pacientes prepuberales y en la pubertad temprana también corren el riesgo de que su crecimiento se detenga permanentemente (Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, 2001; ver tabla 1). Alvin, Zogheib, Rey y Losay (1993) encontraron que las pacientes anoréxicas presentaban bradicardia e

hipotensión, así como anomalías en su electroencefalograma. Otra de las complicaciones es la *polidipsia psicogénica* —aumento de sed— que se da principalmente en pacientes con trastornos psicóticos y en ocasiones se llega a presentar en pacientes con TCA, especialmente en la AN, lo que trae como consecuencia la disminución del volumen de plasma, misma que conlleva a la *hiponatremia* —baja de sodio en la sangre— alterándose el funcionamiento fisiológico de las células (Bahia, Chu & Mehler, 2011).

Tabla 1.

Complicaciones médicas de la AN.

Sistema orgánico	Síntomas	Signos	Resultados de las pruebas de laboratorio
Todo el cuerpo	Debilidad	Malnutrición	Peso: IMC bajo
Sistema nervioso central	Apatía, escasa concentración	Deterioro cognitivo, humor depresivo, irritable	Tomografía computarizada: Dilatación ventricular. Resonancia Magnética: Disminución de materia gris y blanca. Electroencefalograma: bradicardia, arritmias.
Esquelético	Dolor óseo con el ejercicio físico	Fragilidad, estatura corta, detención del crecimiento esquelético	Rayos X o exploración ósea para evaluar la densidad mineral
Muscular	Debilidad, dolores Musculares	Desgaste muscular	Anormalidades musculares enzimáticas en malnutrición grave
Reproductivo	Detención de la maduración o interés psicosexuales de libido	Pérdida de menstruación o amenorrea primaria, detención en el desarrollo sexual, problemas de fertilidad	Hipoestrogenemia, patrones prepuberales de secreción de LH, LFH, ausencia de desarrollo folicular.
Endocrino	Fatiga, intolerancia al frío	Baja temperatura corporal/hipotermia)	Niveles de cortisol plasmático, deshidratación, anomalías electrolíticas
Hematológico	Fatiga, intolerancia al frío	Hematomas ocasionales/anomalías en la coagulación	Anemia
Gastrointestinal	Vómitos, dolor abdominal, estreñimiento	Distensión abdominal tras las comidas	Vaciado gástrico retrasado.
Genitourina		Edemas con fóvea	
Integumentos	Cambios en el cabello	Lanugo	

Fuente: Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, 2001, pp. 28-29.

En el caso de las pacientes con BN, su cara generalmente es redonda con las mejillas hinchadas debido a que las glándulas salivares están agrandadas, lo cual es una prueba del vómito habitual. En contraste, su cuerpo es delgado y su aspecto físico no es bueno. Por otro lado, un efecto secundario a los problemas electrolíticos que tienen es la retención de fluidos. La amenorrea o

dificultades en la menstruación se pueden observar tanto en pacientes de bajo peso como en pacientes con peso normal, y la potencia sexual disminuye en ambos casos debido a que su metabolismo es lento. En el transcurso de la enfermedad, la mayoría de las pacientes presenta los siguientes síntomas: bradicardia, dificultades en la respiración, cansancio, presión baja, intolerancia al frío, dificultad en la regulación de la temperatura, dolor muscular, problemas gastrointestinales y dolor abdominal. También tienen problemas dentales: pérdida de esmalte, caries y, en algunas ocasiones, pérdida de dientes. Su piel es seca y fría debido a la deshidratación y al bajo metabolismo —por lo general la temperatura del cuerpo es baja—, puede tener cicatrices, cortadas y rozaduras, particularmente en los nudillos (Szydlo & Woolston, 2004).

Consecuencias psicológicas. De acuerdo con García-Camba (2002), las alteraciones cognitivas que se observan en las pacientes con TCA son: a) generalizaciones excesivas (“cuando comí hidratos de carbono estaba gorda, luego no los debo comer jamás”), b) magnificación de las consecuencias negativas (“si aumento un solo kilo, perderé completamente el control sobre mi peso”), c) pensamientos dicotómicos (“si no controlo del todo mi alimentación, no la podré controlar en absoluto”) y d) pensamiento supersticioso y sentimientos de ineficacia (“no podré hacerlo, no sirvo para nada”) (p.10).

Las pacientes anoréxicas presentan una alteración de la corporalidad, caracterizada por distorsión de su propia imagen corporal, y alteración de los estímulos procedentes del cuerpo, que provocan que no sientan hambre, saciedad, fatiga ni debilidad física. Al inicio del trastorno, las pacientes no están conscientes de su padecimiento. Tienden a ser manipuladoras, a recurrir a engaños y a aislarse socialmente. Se ha encontrado un mayor número de suicidios entre la población con AN que entre la población general (García-Camba, 2002).

De acuerdo con Vaz (2004), la tasa de mortalidad en las personas con TCA se encuentra entre 1 y 15%, diez veces mayor que la de la población general y mayor que las encontradas en

población psiquiátrica. El suicidio y las complicaciones médicas secundarias de la desnutrición son las principales causas de muerte entre estas pacientes (Mitchell & Crow, 2006; Crow, Eisenberg, Story & Newmak-Sztainer, 2008). Se estima que los actos suicidas ocurren entre 22 y 28% de la población con TCA, de los cuales entre 1 y 20% se consuman. Los métodos más comunes de suicidio son: a) intoxicación y envenenamiento (44.7%), b) ahorcamiento (15.8%), c) consumo de alcohol (13.2%) y d) precipitarse desde algún lugar alto (13.2%) (Vaz, 2004).

Además, la AN puede presentarse junto con otros trastornos, como de ansiedad de carácter fóbico y los del estado de ánimo, sobre todo de carácter depresivo. Por último, en AN también aparecen rasgos obsesivo-compulsivos (García-Camba, 2002).

En cuanto a los síntomas psicológicos de las pacientes bulímicas, puede haber depresión, problemas en la atención y la concentración, irritabilidad, aislamiento social y síntomas obsesivos-compulsivos (Szydlo & Woolston, 2004).

CAPÍTULO 2. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1 Psicología de la Salud

2.1.1 Concepto de salud

Un ser humano se encuentra *sano* cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente (Barua y Berenson, 1996).

Otro elemento que se relaciona con la salud es la *calidad de vida*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que viven con relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses (Harper & Power, 1998). Dentro de la calidad de vida se incluyen: los aspectos físicos (síntomas y dolor), las habilidades funcionales (actividad), el bienestar familiar, el bienestar emocional, la satisfacción con el tratamiento (incluidos aspectos financieros), la sexualidad e intimidad y el funcionamiento social. De estos factores, los más importantes son el bienestar físico y el emocional (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2005).

2.1.2 Sistema de Salud Mexicano

La atención a la salud constituye uno de los retos y prioridades más importantes para el país. Para dar respuesta a este reto, en 1937 se creó la Secretaría de Salud, con el propósito de proveer atención médica a toda la población y en 1984, se incorporó el derecho a la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos —Artículo 4º, capítulo 1 de las garantías individuales: toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución— (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011; Instituto de los Mexicanos en el Exterior [IME], 2009).

En la actualidad se cuenta con sistemas de salud en los que simultáneamente operan varios esquemas para prestar servicios. Estos esquemas, en general, dependen de las condiciones laborales de las personas, es decir, si son trabajadores de la iniciativa privada o de instituciones gubernamentales —Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Mexicano del Petróleo (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR)— las cuales ofrecen servicios de salud (incluyendo medicamentos), seguros por incapacidad, seguro de vida y pensión por retiro (IME, 2009; Rodríguez y Rojas, 1998).

De acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2011), hasta junio de 2010, 49 271 747 millones de mexicanos cuentan con seguridad social lo cual corresponde a 45.5% del total de la población mexicana. La distribución de la población según su condición de aseguramiento es: ISSSTE 48.5%, IMSS 27.5%, Sector Privado 14.3% y Otras 9.7% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006). Ver Figura 2.

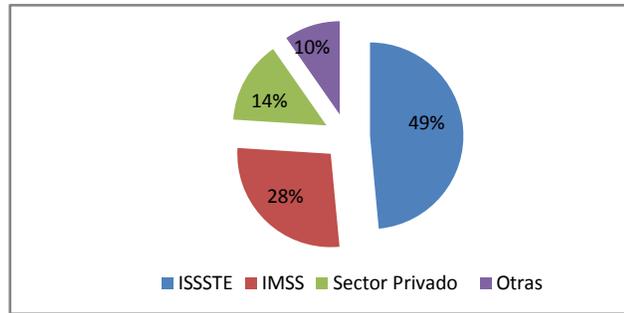


Figura 2. Distribución de la población según su condición de aseguramiento
 Fuente: Porcentajes tomados del Instituto Nacional de Salud Pública.

Mientras que la población sin seguridad social es de 59 124 464 millones de mexicanos lo que corresponde a un 54.5%, de acuerdo con cifras oficiales a junio de 2010 (SINAIS, 2011). Esta población no tiene capacidad de pago y recibe atención de los servicios de salud que ofrecen las instituciones de salud, los gobiernos de los estados y de los municipios (Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades). Además, hay sectores de la población con solvencia económica que optan por usar los servicios de medicina privada sin importar si tienen o no acceso a los servicios de seguridad social (IME, 2009; Rodríguez y Rojas, 1998).

En términos generales, los esquemas para la prestación de servicios de salud están organizados en tres niveles de atención. El primero es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud; en él se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento de los problemas más frecuentes, que por lo general no requieren de tecnología sofisticada, sino de personal calificado. En el segundo nivel, se ofrecen los servicios en clínicas de especialidades y hospitales generales, los cuales atienden los problemas de salud que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad. En el tercer nivel, se otorga la atención mediante subespecialidades en unidades hospitalarias especializadas, como los institutos de salud; en éste es donde se genera la mayor cantidad de investigación científica en el campo (Rodríguez y Rojas, 1998).

2.1.3 Promoción de la Salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Es por ello que la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: gobiernos, sector sanitario y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación (OMS, 2006).

Ahora bien, para dar sentido e importancia a la promoción dentro del campo de la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) afirma que los programas de promoción de la salud deben centrarse en cinco campos de acción: establecimiento de políticas públicas saludables, creación de entornos propicios para la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, adquisición de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud. Aunque el proceso de la promoción de la salud, se puede analizar desde muchos puntos de vista, de cara a los profesionales de la salud, se sintetizan en tres campos de actuación: prevenir, cuidar y educar.

La *prevención* involucra las medidas destinadas no solo evitar la aparición de la enfermedad tales como la reducción de los factores de riesgo y el incremento de los factores protectores, sino también a atenuar sus consecuencias, una vez establecida. Específicamente se distinguen tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Cada una de ellas actúa respectivamente antes, durante y después de la enfermedad.

Prevención primaria: es la prevención propiamente dicha. Comprende el conjunto de medidas encaminadas a *evitar* que se produzcan las enfermedades y otros trastornos de la salud e

implica a su vez tres niveles de intervención: a) *Universal*: dirigida a público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo, b) *Selectiva*: dirigida a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno es significativamente más alto que el promedio, esto según evidencia de su exposición a factores de riesgo psicológico o social y c) *Enfocada*: dirigida a aquellas personas en alto riesgo que presentan signos o síntomas mínimos, pero que permiten pronosticar el posible inicio de un trastorno o la predisposición para desarrollarlo, y que en ese momento aún no cumplen con los criterios para su diagnóstico.

Prevención secundaria: es el conjunto de medidas encaminadas a realizar una detección precoz de los trastornos de la salud; es decir, se trata de diagnosticar a tiempo las enfermedades favor de un mejor pronóstico. La medida principal de prevención secundaria es la prueba de *cribado*, que consiste en un procedimiento diagnóstico que permite detectar el desarrollo inicial de determinadas afecciones que surgen desapercibida o sorpresivamente. Los exámenes de detección precoz se pueden llevar a cabo en el marco de campañas colectivas, cuya intención es sensibilizar y motivar a la población de riesgo para que se someta a los mismos.

La prevención terciaria: es el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la *calidad de vida* del enfermo. Se aplican, por tanto, sobre personas que ya han sufrido la fase aguda de la enfermedad y que a consecuencia de ésta padecen deterioros o secuelas, ya sean de índole física, psíquica o social. Se trata pues, de medidas de rehabilitación, que suelen programarlas profesionales o instituciones especializadas: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, médicos rehabilitadores (Gallar, 2006; Pérez, Pinzón-Pérez & Alonso, 2007).

2.2 Prevención de los TCA en el Extranjero

2.2.1. Prevención Universal

Los ambientes escolares son y continúan siendo espacios adecuados para llevar a cabo programas de prevención. De acuerdo con Smolak (1999) los objetivos de la prevención dentro del ambiente escolar son: a) Incrementar el conocimiento de los efectos negativos de las dietas restrictivas y de otras formas de controlar el peso, de la diversidad y herencia del peso y las formas del cuerpo, de los cambios en la pubertad y los TCA, b) Desalentar las dietas hipocalóricas y promover una alimentación saludable, además de la realización del ejercicio por salud y entretenimiento, c) Desarrollar habilidades que promuevan que los jóvenes resistan las presiones sociales con respecto a la alimentación y d) Promover la aceptación de sí mismos y una imagen corporal positiva.

2.2.1.1 Programas Psicoeducativos Universales

Baranowski y Hetherington (2001) probaron la eficacia de un programa de prevención primaria universal de tipo psicoeducativo en TCA en dos grupos de mujeres preadolescentes (11 y 12 años), al primer grupo (N=16) se le dio una intervención psicoeducativa diseñada para combatir la baja autoestima, la conducta alimentaria, y las actitudes y creencias distorsionadas asociadas con los TCA, mientras que al segundo grupo (N=13) sólo se les dio información sobre la ingesta de frutas y verduras; ambos programas tuvieron una duración de 5 semanas. Las variables que se midieron antes, inmediatamente, y seis meses después de la aplicación del programa fueron: autoestima, imagen corporal, restricción alimentaria, y patología relacionada con los TCA. Los resultados muestran una disminución en la restricción alimentaria en ambos grupos, mientras que la

autoestima sólo se incrementó estadísticamente significativa de forma marginal ($p=.059$). Por lo que los autores concluyen que el hecho de establecer programas de alimentación saludable que enfatizan el incremento de ciertos tipos de alimentos, en lugar de enfocarse en bajar de peso evitando la ingesta de alimentos hipercalóricos, puede reducir una alimentación restrictiva en lugar de incrementarla.

2.2.1.2 Programas Interactivos Universales

Dalle-Grave, De Luca y Campello (2001) comprobaron la eficacia de un programa de prevención de TCA universal e interactivo dentro de un ambiente escolar, diseñado para reducir las dietas restrictivas y el nivel de preocupación por el peso y la forma del cuerpo. Para ello seleccionaron a 106 jóvenes (61 mujeres y 45 hombres) de 11 y 12 años de edad. Se formaron dos grupos, el primero de 55 jóvenes a los cuales se les aplicó el programa (grupo experimental) y el segundo de 51 jóvenes (grupo control). Dicho programa tuvo una duración de 6 semanas, dos horas por sesión de forma grupal. Después de seis meses, el grupo experimental recibió dos sesiones de reforzamiento de horas, en dos semanas consecutivas. Los instrumentos que utilizaron para hacer las mediciones fueron: Cuestionario de Desórdenes de la Alimentación, (EDE-Q, por sus siglas en inglés) la versión para niños de la Prueba de Actitudes hacia la Alimentación (CH-EAT), escala de autoestima de Rosemberg (RSES), y un cuestionario de conocimientos (KD) desarrollado por los autores de la investigación. A ambos grupos se les aplicaron los instrumentos una semana antes de la intervención, una semana después de su término, y en sesiones de seguimiento a seis y doce meses. Los resultados mostraron que en el grupo experimental hubo un incremento en el conocimiento y un decremento en algunas actitudes, manteniéndose los resultados un año después de la aplicación del programa. Los autores concluyen que los factores que influyeron en los resultados de la investigación fueron: a) implementar un programa interactivo, en lugar de hacerlo

sólo de tipo educacional, b) la manera sencilla en que se trabajó la reestructuración cognitiva, c) las tareas que se les dejaron y d) el juego de roles que se utilizó para enseñarles a afrontar los comentarios adversos relacionados con a la forma y el peso del cuerpo. Además de las actividades prácticas y los grupos de discusión, en donde cada sesión se planteaba un tema relacionado con los TCA y se les brindaba la oportunidad de expresar libremente su opinión.

Por su parte Scime y Cook-Cotone (2008) probaron la eficacia de un programa de prevención universal e interactivo con una orientación psicológica positiva en donde incluyeron sesiones de yoga como un componente corporal teórico-práctico, todo esto con la finalidad de reducir los factores de riesgo (insatisfacción corporal, conductas alimentarias alteradas, actitudes hacia la alimentación inadecuada) e incrementar los factores protectores (competencias, autoconcepto relacionado con el cuerpo y con lo social). Para ello se formaron 5 grupos a los cuales se les aplicó el programa durante 10 semanas en sesiones de 90 minutos cada una, entre Marzo de 2003 y Junio de 2005. En total 75 mujeres se inscribieron al programa. El primer grupo constó de 16 participantes, el segundo de 15, 14 en el tercero y 15 en el cuarto y quinto grupo. Todos los miembros de los grupos se encontraban en primero de secundaria. El grupo de comparación se conformó de 69 participantes a quienes no se les aplicó el programa (grupo control). Los instrumentos que utilizaron para la medición de las variables, fueron: a) Cuestionario de datos sociodemográficos (estatura, peso, grupo étnico, nivel educativo de los padres), b) Inventario de Desórdenes de la Alimentación (EDI-2) sólo las subescalas de impulso a la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal, c) Escalas para medir intenciones actuales y futuras relacionadas con las conductas alimentarias inadecuadas, d) Escala de eficacia del tratamiento, e) Escala de percepción del estrés (PSS) y f) Escala multidimensional de autoconcepto (MSCS, por sus siglas en inglés). Los resultados mostraron que el programa de prevención fue eficaz en la disminución de la insatisfacción corporal, siendo este uno de los FR más robustos dentro de los TCA; asimismo

las tendencias a pensar de forma repetitiva en la comida y a involucrarse en conductas alimentarias compulsivas, se redujeron; además el autoconcepto relacionado con el área social se incrementó significativamente; sin embargo las demás variables no obtuvieron los resultados esperados. Por lo que los autores concluyen que se deben implementar nuevos métodos que ayuden a reducir los FR relacionados con los TCA.

Otro programa de prevención universal de tipo interactivo del cual se comprobó su eficacia, fue el que implementaron Vanardo-Sullivan & Zucker (2004) al que nombraron “Programa Lógico Corporal”. Su propósito fue disminuir los FR asociados con los TCA (preocupación excesiva por el tamaño del cuerpo, insatisfacción con la forma y el peso corporal y baja autoestima). Asimismo para evitar efectos iatrogénicos, no se incluyó información educacional sobre los TCA —alimentación restrictiva, métodos purgativos, comer compulsivo, y los efectos físicos asociados con estas conductas—. Por el contrario el programa se enfocó al mejoramiento de la imagen corporal, la educación sobre los requerimientos nutricionales y el desarrollo de las habilidades de afrontamiento para poder encarar las burlas de los demás y los cambios físicos asociados a la pubertad. Asimismo se incorporó información sobre temas como: la comunicación, la autoestima y la resolución de problemas. El programa constó de tres sesiones interactivas y la población en la que se trabajó fueron jóvenes tanto hombres como mujeres de dos escuelas privadas de segundo y tercer grado de secundaria. La eficacia del programa se midió a través de la Evaluación Multiaxial de los Síntomas relacionados a los TCA (MAEDS, por sus siglas en inglés). Los resultados mostraron que el programa conlleva a disminuir las puntuaciones para las mujeres de la primera escuela en las escalas de: miedo a la obesidad y evitación de alimentos reto, sin embargo en la segunda escuela los resultados no fueron estadísticamente significativos; al respecto los autores mencionan que en la primer escuela, se aplicó el programa de forma espaciada durante varias semanas, mientras que en la segunda escuela fue de manera

consecutiva durante tres días, y quizás sea una de las razones por las que se obtuvieron dichos resultados.

2.2.2 Prevención Enfocada

De acuerdo con Gallar (2007), la prevención enfocada está dirigida a aquellas personas en alto riesgo que presentan signos o síntomas mínimos, pero que permiten pronosticar el posible inicio de un trastorno o la predisposición para desarrollarlo, y que en ese momento aún no cumplen con los criterios para su diagnóstico. Así que a través de los años, los programas de prevención han evolucionado, al principio sólo se basaban en proveer información sobre los TCA y sus consecuencias, posteriormente se vio la necesidad de enfocarse en las conductas y actitudes relacionadas con los FR, de manera que se pudiera analizar objetivamente los resultados de dichos programas (Varnardo, Sullivan & Sucker, 2004). Es por ello que en el siguiente apartado se hace referencia a las investigaciones que se han realizado para probar la eficacia de los programas de prevención enfocada, tanto psicoeducativos como interactivos.

2.2.2.1 Programas Psicoeducativos Enfocados.

Kaminski & McNamara (1996) realizaron una investigación para medir la eficacia de un programa psicoeducativo en una muestra de mujeres universitarias con alto riesgo a desarrollar un TCA. Para ello se asignaron de forma aleatoria al grupo experimental a 15 jóvenes y a un grupo control a 14 de estas. La media de edad fue de 18 años, el 72% cursaban el primer año de la licenciatura y el 28% estaban en segundo año.

Las jóvenes de ambos grupos tenían las siguientes características: baja autoestima, esfuerzos repetidos para bajar de peso, y otras conductas alimentarias disfuncionales o actitudes negativas. Las pruebas que se aplicaron para medir las variables dependientes fueron: el cuestionario de conductas alimentarias (EBQ), que consta de 30 preguntas las cuales detectan conductas anorécticas, bulímicas, de sobrepeso y de alimentación normal (sin dieta); del Inventario de Desórdenes de la Alimentación (EDI), las subescalas Perfeccionismo e Insatisfacción Corporal; la Escala de Autoestima de Rosenberg; el cuestionario de creencias en relación al atractivo físico (BAAQ); la escala de miedo a la evaluación negativa (FNE), la escala de estima corporal (BES).

El paquete de los 5 cuestionarios fueron administrados: en el examen de detección (pre-test), una semana después de la aplicación de la intervención (post-test), y 5 semanas posteriores a dicha intervención (seguimiento).

El programa psicoeducativo consistió en 8 sesiones de 90 minutos cada una, dentro de las cuales se les asignaban tareas de forma semanal, mismas que se revisaban durante la siguiente sesión. La primera sesión se dio la introducción al programa, en la segunda sesión se les enseñó información relacionada con las metas realistas en cuanto al peso, hábitos saludables de alimentación, y el círculo vicioso de las dietas. Los conceptos cognitivos se les enseñaron en la sesión tres. La cuarta semana se dedicó a trabajar la relación entre perfeccionismo, depresión y autoestima. Durante la quinta sesión se discutió sobre estrategias de comunicación asertiva. En la sexta sesión se trabajó con respecto a la presión social y los mensajes que contribuyen a la prevalencia de las dietas y a la baja autoestima. Mientras que en la penúltima sesión se trabajó la autoestima, el perfeccionismo y las presiones relacionadas con la imagen corporal. La última sesión se destinó para hacer un resumen de la información revisada durante las 7 sesiones anteriores y los miembros del grupo compartieron su experiencia.

Los resultados post-test y de seguimiento muestran que las participantes que recibieron la intervención, mejoraron de forma significativa sus niveles de: autoestima y satisfacción corporal, así como también tuvieron una reducción en su dependencia a los métodos potencialmente peligrosos para bajar de peso (píldoras de dieta, laxantes, diuréticos, vomitar, no tragar la comida, dietas líquidas, saltarse comidas y ayunar, en comparación con las participantes del grupo control.

Asimismo las participantes del grupo experimental informaron que tenían menos miedo a una evaluación negativa por parte de los demás, y por el contrario reprobaron más los estereotipos con respecto a la delgadez y al atractivo físico. Por último, también mostraron un nivel significativamente menor en la sub-escala de perfeccionismo al término de la intervención, sin embargo este cambio no se mantuvo en la sesión de seguimiento quizás porque esta característica puede ser parte de su personalidad y por lo tanto es más difícil de modificar.

Otra investigación en la que evaluó la efectividad de un programa psicoeducativo de promoción de habilidades para la vida, diseñado para mejorar la satisfacción de la imagen corporal y la autoestima global, además de reducir las conductas y actitudes negativas hacia la alimentación y los sentimientos de perfeccionismo que han sido identificados como factores predisponentes de los TCA, fue el realizado por Mcvey, Davis, Tweed y Shaw (2003).

Para ello un total de 258 jóvenes del sexo femenino con una media de edad de 11.8 años (grupo de intervención=182 y grupo control=76) contestaron los cuestionarios antes, en la sexta sesión del programa, una semana después, y 6 y 12 meses posteriores a la intervención.

Dentro del perfil de las participantes se puede observar que de acuerdo al IMC, todas ellas estaban dentro del 10% de su peso corporal con respecto a su nivel de edad ($M=17.98$, $DS=3.02$); asimismo al iniciar el estudio, 21.4% de las jóvenes afirmaron que ya habían tenido su periodo menstrual; con respecto a su imagen corporal 68% de las participantes se sentían bien con su

cuerpo, mientras que 26% mencionaron percibirse muy obesas, y 6% se sentían muy delgadas; por último 30% de las jóvenes mencionaron estar tratando de bajar de peso.

El programa de intervención se aplicó dentro del horario escolar, con grupos de discusión y presentaciones con diapositivas, durante 6 semanas en sesiones de 50 minutos cada una.

Las medidas que se utilizaron fueron: subescala de imagen corporal del cuestionario de imagen corporal para adolescentes, con el propósito de medir la satisfacción de la imagen corporal; la escala de 10 reactivos de Autoestima de Rosenberg se utilizó para medir la autoestima y los sentimientos en relación a uno mismo; la versión para niños de la prueba de actitud hacia la comida (ChEAT) se utilizó para medir las actitudes y conductas negativas, y finalmente la escala de perfeccionismo en el niño y el adolescente (CAPS) se usó para medir el perfeccionismo en sí mismo (e.g. altos estándares) y el perfeccionismo percibido (e.g. la percepción de que otros demandan perfección).

Para evaluar los resultados se utilizó el análisis de medidas repetidas (ANOVA-MR) de las cinco variables: satisfacción con la imagen corporal, autoestima global, actitudes y conductas alimentarias, y perfeccionismo hacia sí mismo y percibido. Los resultados indicaron que la intervención fue exitosa en mejorar la satisfacción de la imagen corporal y en la autoestima tras la aplicación de la intervención, sin embargo los resultados no se mantuvieron en las sesiones de seguimiento, a 6 y 9 meses y un año posterior a esta. Por el contrario si se mantuvieron los resultados estadísticamente significativos tanto en la post-intervención como en los seguimientos a 6 y 12 meses en el hecho de no realizar dietas y la actitud negativa hacia estas.

2.2.2.2 Programas Interactivos Enfocados.

Debido a que los programas de prevención de tipo psicoeducativos de carácter universal, han mostrado pocos resultados positivos, Stice, Mazoti, Weibel y Agras (2000) realizaron un estudio piloto basado en la disonancia cognitiva — la cual afirma que el establecimiento de cogniciones inconsistentes produce malestar psicológico, lo que motiva a las personas a modificar sus cogniciones para restaurar la consistencia— en un grupo de mujeres con alto nivel de preocupación por la imagen corporal.

Para ello 30 jóvenes de nivel licenciatura con preocupación por la imagen corporal fueron asignadas de forma no aleatoria a una intervención de 3 sesiones, en donde se argumentó de forma voluntaria en contra de ideal de belleza de la delgadez, o a un grupo control. Todas las sesiones fueron dadas por un psicólogo clínico y un co-terapeuta de nivel licenciatura, además se desarrolló un guión estandarizado para asegurar que se proporcionaran adecuadamente todos los componentes de la intervención.

En la primera sesión a las participantes se les preguntó si estarían dispuestas a desarrollar un programa de aceptación corporal para mujeres de bachillerato, mediante la discusión de las formas en que las adolescentes pueden evitar internalizar el ideal de belleza de la delgadez, posteriormente se les pidió que contestaran una batería de pruebas (pre-test), y después se definió de forma colectiva el ideal de belleza. Por último durante una hora el grupo discutió sobre: a) el origen de este ideal de belleza, b) cómo es que este se transmite, c) el impacto de los mensajes de la familia, los compañeros, las parejas, los medios de comunicación, y d) quienes se benefician con el ideal de belleza de la delgadez.

En la segunda sesión, se discutió sobre los costos de perseguir un ideal de belleza de la delgadez tanto en la autoestima, como en la salud, así como también en la sociedad. Después se

comentó sobre quienes se benefician de que la sociedad persiga dicho ideal de delgadez, en relación con las empresas que ganan dinero por ello. Más adelante se hizo un juego de roles representando las actitudes negativas del ideal de belleza de la delgadez, y posteriormente las participantes debían disuadir al líder del grupo de perseguir dicho ideal. Finalmente se les preguntó a las participantes si estarían dispuestas a escribir un ensayo sobre los costos que tiene el perseguir el ideal de belleza de la delgadez.

En la última sesión, se discutió con las participantes sobre la experiencia de escribir el ensayo y se revisaron los puntos principales que cada participante desarrolló. Después se habló de cómo las estudiantes de preparatoria se pueden resistir a perseguir el ideal de belleza de la delgadez y específicamente se discutió sobre las dificultades a las que se pueden enfrentar las jóvenes al no seguir dicho patrón. Más adelante las participantes realizaron un juego de roles llevando la contra al ideal de belleza de la delgadez para poder resistir la presión de los pares. Posteriormente se les pidieron recomendaciones específicas que pudieran ayudar a las adolescentes a aceptar sus cuerpos y evitar perseguir el ideal de belleza de la delgadez. Por último se les pidió a las participantes que contestaran la batería de pruebas (post-test) y se les avisó que en un mes se les pediría que volvieran a contestarla.

Con respecto a los instrumentos que se utilizaron, estos estaban relacionadas con las siguientes variables: internalización del ideal de belleza de la delgadez, insatisfacción corporal, dieta restrictiva, emociones negativas y síntomas bulímicos. Para medir los efectos de la intervención se utilizó un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA-MR). Los resultados mostraron un decremento estadísticamente significativo subsecuente a la intervención, en las participantes del grupo experimental en las siguientes variables: internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, dietas restrictivas y emoción negativa. Sin embargo en la sesión de seguimiento, las medidas en las que no permaneció el cambio fueron: dieta restrictiva y

emociones negativas. Mientras que en el grupo control hubo un incremento estadísticamente significativo de la sintomatología bulímica.

Los autores afirman que la intervención de disonancia cognitiva tuvo éxito debido a dos factores, el primero fue que la población con la que se trabajó era enfocada, y el segundo fue la forma en que se presentó la información relacionada con los FR para TCA, ya que al no proporcionarse de forma explícita, se evitó el desarrollo de efectos iatrogénicos. Por último concluyen que su intervención, reduce la sintomatología bulímica, y hace que las jóvenes reconozcan los FR para TCA, además de proveer soporte experimental al hecho de que la internalización del ideal corporal delgado, contribuye a la insatisfacción corporal, las dietas restrictivas, la emoción negativa y los síntomas bulímicos.

Dentro de esta misma línea de investigación Stice, Chase, Stormer y Appel (2001), realizaron una investigación de tipo experimental, para evaluar la eficacia de un programa de intervención basado en la disonancia cognitiva (grupo experimental) en comparación con un programa de manejo adecuado del peso corporal (grupo control). Tomando en cuenta el *modelo etiológico de la bulimia nervosa del camino doble*, que plantea el hecho de que los mensajes que afectan la salud promovidos en los medios de comunicación, proporcionan una base para la BN cuando los familiares y amigos refuerzan dichos mensajes, y a su vez, el receptor posee una autoestima baja, un concepto de sí mismo inestable y desorganizado, y cree tener sobrepeso. Lo cual produce una diferencia entre el ideal internalizado de delgadez y la percepción de sobrepeso que se traduce en la insatisfacción con el cuerpo, la que a su vez provoca una alimentación restrictiva y/o emociones negativas. Así, se forma un *camino doble* que aumenta la probabilidad de que se presenten atracones y purgas. En este sentido, los medios de comunicación pueden jugar un papel secundario al proporcionar pautas inadecuadas respecto al control alimentario, ejercicio físico exagerado o eliminación de la ingesta.

La muestra se conformó de 87 mujeres con preocupación por su imagen corporal en un rango de edad entre 17 y 29 años (moda=19), las cuales fueron asignadas de forma aleatoria al grupo de intervención de disonancia cognitiva (n=48) o al grupo de manejo adecuado de peso (n=39). Ambas intervenciones tuvieron una duración de 3 semanas en sesiones de 1 hora cada una, y los grupos de intervención estuvieron conformados entre 5 y 10 participantes. Las sesiones fueron dadas por psicólogos con nivel de maestría y doctorado, acompañados por un colaborador de nivel licenciatura. Las participantes contestaron la batería de pruebas antes, después y un mes posterior a la intervención.

El programa de intervención de disonancia cognitiva estaba compuesto por ejercicios orales y escritos en los que se requirió que las participantes criticaran y discutieran sobre el ideal de belleza de la delgadez, siguiendo el mismo contenido que en el estudio piloto antes presentado y con la única variación en la sesión número dos, en donde, se les pedía a las participantes que hicieran un ensayo escrito, en esta ocasión se le pidió que hicieran un ejercicio de aceptación corporal en su casa, en el que viéndose al espejo reconocieran sus aspectos positivos (incluyendo sus características físicas, conductuales, emocionales y sociales) los registraran y los compartieran con el grupo en la sesión tres.

El programa de manejo adecuado para el peso corporal, estuvo compuesto por información nutricional y un programa de ejercicio basado en la teoría de modificación conductual, además se les pidió a las participantes que desarrollaran una dieta acorde con su IMC y nivel de actividades, así como también se les guió en la implementación un programa de ejercicios físicos con el propósito de que alcanzaran la meta planteada. Por último se discutieron los contratiempos a los que se enfrentan las mujeres cuando realizan sus dietas y ejercicios físicos y se les brindaron estrategias para que supieran como afrontar dichas dificultades.

Los instrumentos que se utilizaron estaban relacionados con las siguientes variables: internalización de la figura ideal de la delgadez, insatisfacción corporal, dieta restrictiva, emociones negativas, sintomatología bulímica, consumo de grasas, IMC y ejercicio físico.

El análisis estadístico se realizó mediante un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA-MR). Los resultados muestran que tanto en el programa de disonancia cognitiva, como en el programa de manejo adecuado del peso corporal, las participantes obtuvieron una disminución estadísticamente significativa en: internalización de la imagen corporal de la delgadez, dieta restrictiva, emoción negativa, y síntomas bulímicos tanto al término de la intervención, como en el seguimiento un mes después. Además, las participantes del grupo de manejo adecuado del peso corporal obtuvieron una disminución en el consumo de grasas y de su IMC y aumentaron su nivel de ejercicio físico, sin embargo los resultados no se mantuvieron en la sesión de seguimiento. Por último con respecto a la variable de insatisfacción corporal, en el grupo de disonancia cognitiva se obtuvieron cambios estadísticamente significativos tanto al término como en el seguimiento, mientras que en el grupo del manejo adecuado de control de peso, los cambios se dieron hasta la sesión de seguimiento, un mes posterior a la terminación del programa.

Tomando en cuenta los resultados de la investigación preliminar, como los de esta, los autores concluyen que tanto el programa de disonancia cognitiva, como una intervención un poco más extensa de manejo adecuado del peso corporal, pueden reducir la patología bulímica y los FR para TCA.

Continuando con esta línea de investigación al año siguiente, Stice Trost y Chase (2002) ampliaron la muestra para medir nuevamente la eficacia de los programas de disonancia cognitiva y del manejo adecuado de peso corporal, añadiendo en esta ocasión un grupo control. Así pues 148 adolescentes mujeres con preocupación por su imagen corporal fueron asignadas de forma aleatoria a los 3 grupos. Las participantes contestaron la evaluación antes y después de la

intervención y 1, 3 y 6 meses después en sesiones de seguimiento. Los resultados mostraron que las participantes tanto del programa de disonancia cognitiva como del programa de manejo adecuado del peso corporal, disminuyeron la internalización de ideal de belleza, las emociones negativas, y los síntomas bulímicos, tanto al finalizar el tratamiento como en los seguimientos. Sin embargo no se observaron efectos ni en la insatisfacción corporal, ni tampoco en el seguimiento de dietas restrictivas.

Con base en los tres estudios anteriores, en 2008, Stice, Marti, Shaw y O'Neil, investigaron si dos programas de intervención, uno basado en la disonancia cognitiva y el otro en un programa de manejo adecuado del peso corporal fungían como moderadores en la prevención de TCA. Así que 481 participantes ($M= 17.0$ $DE=1.4$) con preocupación por su imagen corporal, asignadas aleatoriamente a 4 grupos: programa de disonancia cognitiva (experimental), control de peso saludable (experimental), programa de expresión escrita (control) y sólo evaluación (control).

Tanto los programas de disonancia cognitiva como de control de peso saludable, consistieron en 3 sesiones con 1 hora de duración cada una, en grupos de 6 a 10 integrantes. Asimismo se desarrolló un manual para cada una de las intervenciones, el contenido fue similar al estudio experimental realizado por Stice et al. (2001). El programa de expresión escrita consistió en 3 sesiones individuales semanales de 45 minutos cada una, en las cuales los investigadores les comunicaron a las participantes que la insatisfacción corporal estaba relacionada con su estado emocional y por lo tanto escribiendo sobre sus sentimientos y temas como relaciones sociales o metas personales, podrían ayudarles a resolver dicha situación. Así que durante las sesiones se les pedía que escribieran sobre los tópicos que más les inquietaran en cuanto a su estado emocional.

Las participantes contestaron la batería de cuestionarios, antes, después de la intervención y 6 y 12 meses posterior a esta, recibiendo 10 dólares por cada evaluación. Los cuestionarios estaban relacionados con las siguientes variables: síntomas bulímicos, preocupación por la imagen corporal, buena disposición al

cambio, internalización de ideal de belleza, subestimación de las normas con respecto al peso corporal, alimentación emocional e IMC.

Para el análisis estadístico se estimaron modelos separados utilizando el programa SAS PROC MIXED para cada combinación de moderadores y sus cuatro posibles contrastes: disonancia versus expresión escrita, disonancia versus sólo evaluación, programa de peso saludable versus expresión escrita y programa de peso saludable versus sólo evaluación. La variable de sintomatología bulímica se evaluó en el post-test, 6 y 12 meses posterior a la intervención.

Los resultados mostraron que tanto *el programa de disonancia cognitiva como el programa de adecuado manejo del peso corporal* fueron moderadores para la variable *preocupación del peso corporal*, es decir inciden en su disminución. Por el contrario *el programa de expresión escrita* no fue un moderador para esta variable. En la medición del efecto de la intervención del programa de *disonancia cognitiva* versus el *programa de expresión escrita*, con respecto a la variable *síntomas bulímicos* el moderador fue el programa de disonancia cognitiva, y tuvo mayor fuerza conforme se dieron los seguimientos. Mientras que *la sola evaluación* no fue un moderador para el cambio. Por su parte la intervención de *manejo adecuado del peso corporal* versus el *programa de expresión escrita*, en relación a la misma variable, el moderador fue el programa de control de peso saludable.

El efecto de la intervención de *manejo adecuado del peso corporal* versus el *programa de expresión escrita*, para la variable *buena disposición al cambio*, el moderador fue el programa de control de peso saludable, mientras que los programas restantes no lo fueron. El efecto de la *intervención de disonancia cognitiva* versus *la sola evaluación*, para la variable de *internalización del ideal de la delgadez*, se encontró que el primero es el moderador y además los resultados se mantienen a través del tiempo (seguimientos). Además, el efecto de intervención del *manejo adecuado del peso corporal* versus *la sola evaluación* para las variables *índice de masa corporal* y *alimentación emocional*, se observó que el primero lo modera y esto se mantiene a través del tiempo. Por último los efectos de la intervención tanto en el programa de disonancia cognitiva como en el programa de manejo adecuado del peso corporal fueron significativamente mayores para las adolescentes con inicios de sintomatología bulímica.

En resumen el programa de disonancia cognitiva es un moderador para la prevención de los TCA en las siguientes variables: preocupación por el peso corporal, síntomas bulímicos, internalización de ideal de belleza de la delgadez. Mientras que el programa de manejo adecuado del peso corporal es un moderador en las variables: buena disposición para el cambio, índice de masa corporal, alimentación corporal y preocupación por el peso corporal.

2.2.2.3 Uso del Internet en el desarrollo de programas de intervención para TCA.

El progreso del Internet ha incrementado las oportunidades para trabajar dentro del área de prevención de los TCA, siendo este un método novedoso y potencialmente poderoso para la aplicación de intervenciones psicológicas. Además las encuestas indican el hecho de que los adolescentes y adultos jóvenes consultan la red para buscar información relacionada con la salud en la misma proporción en la que descargan música, por lo que el Internet se ha vuelto una fuente de información sobre salud para varios rangos de edad.

Las ventajas que tiene el utilizar este medio al ofrecer servicios terapéuticos es principalmente el anonimato, ya que este promueve que los individuos puedan revelar sus pensamientos y sentimientos de forma más abierta, asimismo la computadora quita las barreras sociales de la auto-revelación y permite a los miembros de los grupos en línea sentirse seguros al explorar sus emociones y desarrollar vínculos.

También las intervenciones en línea ayudan a eliminar las restricciones geográficas, permitiendo que los individuos que se encuentran en áreas alejadas en donde no hay este tipo de servicios reciban la atención necesaria. Los contratiempos en cuanto a los horarios también se descartan y los participantes pueden comunicarse unos con otros las 24 horas los 7 días de la semana. Al respecto Winzelberg (1997) encontró que los participantes de un grupo de apoyo para TCA

mandaron el 66% de correos entre las 18 horas y las 7 de la mañana, horarios en los que la terapia tradicional no está disponible. Además la adherencia al tratamiento se puede medir fácilmente a través de mecanismos computarizados de rastreo. Finalmente las intervenciones computarizadas se pueden difundir fácilmente, de modo que el costo sea menor y el beneficio mayor.

En cuanto a los TCA, este tipo de intervención, puede ser de gran utilidad sobretodo porque es una patología en la cual se presentan muchos sentimientos de vergüenza, lo cual puede causar que se retrase la búsqueda de tratamiento. Por lo que sin la presión que tienen estas pacientes al estar en un tratamiento cara a cara con el terapeuta, quizás en línea puedan examinar y discutir sus preocupaciones con respecto al peso y la forma del cuerpo, explorar las emociones negativas y buscar el apoyo de otros miembros.

Tomando en consideración los puntos anteriores, Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring, & Wilfey (2003) realizaron una serie de investigaciones en donde proporcionaron dos modalidades de programa de prevención enfocada de TCA a través de internet, en estudiantes de nivel licenciatura consideradas en riesgo a desarrollar TCA. Los FR en los que se enfocó el programa fueron: preocupación por el peso y la figura corporal, restricción alimentaria extrema y ejercicio excesivo.

La primera serie de investigaciones constó de 4 estudios, en cada uno, 30 participantes fueron asignadas al azar al programa de intervención (grupo experimental) y se comparó con el grupo en lista de espera (grupo control).

El programa de intervención se proporcionó a través de un CD-ROM, además a las participantes se les dio una lista de correo electrónico para que pudieran contactarse con el grupo de discusión, posteriormente todas las interacciones se dieron vía internet durante 10 semanas; todo esto bajo la modalidad de “NO COINCIDENCIA”, es decir, la interacción entre las personas no se dio al mismo tiempo, al contrario cada participante era libre para colocar el mensaje que quisiera en una

página de internet en donde los otros miembros del grupo podían leerlos y contestarlos si así lo deseaban. En este caso se tomaron en cuenta tres categorías: “Sólo para compartir”, “Historia de éxito” y “Necesito realimentación”.

Asimismo cada semana se esperaba que las participantes: leyeran secciones sobre imagen corporal, nutrición, dietas restrictivas, actividad física y otros temas; completaran los ejercicios; llevaran un registro de pensamientos y sentimientos con respecto a su imagen corporal y colocaran al menos dos mensajes en la página del grupo de discusión cada semana.

El grupo de discusión funcionaba como un boletín electrónico donde las participantes podían entrar en cualquier momento, leer los mensajes de las otras participantes y dar respuestas. Dicho boletín era moderado por un psicólogo clínico calificado o por un estudiante de maestría con especialidad en TCA e imagen corporal. El moderador guiaba los temas de discusión, contestaba preguntas, interactuaba con las participantes y monitoreaba que el contenido fuera el apropiado. Los temas que retomaban eran: la influencia de los medios de comunicación, los retos para alimentarse, hacer ejercicio de forma saludable, obesidad, cirugías estéticas, comentarios acerca del peso y la figura corporal de sus familiares y amigos, FR, consecuencias de la anorexia y la bulimia, y diferencias culturales con respecto al concepto de “belleza”.

Los resultados indicaron que las participantes mejoraron significativamente en comparación con las participantes del grupo control en las mediciones relacionadas con la patología de los TCA y con la preocupación por el peso y la forma del cuerpo al término de la intervención. Asimismo en tres de los cuatro estudios el tamaño del efecto para las mediciones de la preocupación por el peso, la forma y la imagen corporal, fue de .67 pre-post intervención y .60 en la comparación de la pre-intervención en comparación con el seguimiento a tres meses. En cuanto a las mediciones sobre dieta restrictiva, el promedio del tamaño del efecto fue de .47. Estos tamaños del efecto reflejan una mejoría moderada en las participantes del grupo experimental ya

que de acuerdo con Cohen (1988) cuando el tamaño del efecto es de .2 se interpreta como un efecto pequeño, cuando es de .5 es mediano y cuando es de .80 es grande.

La siguiente investigación que realizaron los mismos autores fue para probar la eficacia del programa de intervención vía internet, pero ahora bajo la modalidad de “Intervención Sincronizada” es decir, las participantes hablan directamente con el grupo de apoyo y el moderador, ya que cada frase que teclean inmediatamente aparece en la pantalla, por lo que pueden hacer preguntas o dar sus opiniones realimentándose en ese momento. Para ello primero se hizo un estudio piloto con cuatro participantes estudiantes de licenciatura quienes presentaban preocupación por su imagen corporal y a las cuales se les aplicó el programa durante 6 semanas. Al finalizar todas las participantes afirmaron sentirse satisfechas con la intervención y con la utilización de las computadoras y el internet. Los resultados mostraron que la intervención fue efectiva en reducir la preocupación por la imagen corporal y las patologías relacionadas con los TCA, obteniendo un tamaño del efecto de pequeño a mediano. Por lo que contando con estos datos se implementaron dos estudios experimentales, y para ello se adaptó el contenido del programa “El cuerpo de las estudiantes” con el propósito de enfocarse en la comunicación sincronizada a través de la tecnología.

El contacto con las participantes se daba varias veces por semana a través de correo electrónico, también había una página en donde podían dejar un mensaje en el momento que deseaban y además se hacían sesiones sincronizadas a través del *chat* –modalidad del internet que se utiliza para conversar directamente con las personas–. Los componentes del tratamiento incluían lecturas psicoeducativas, apoyo social, tareas, y resúmenes de las discusiones que se hacían en línea.

Las sesiones de chat, daban la oportunidad de solidificar la comprensión de las lecturas al discutir las con el grupo y el moderador. Además de la información que se discutía, el moderador presentaba información didáctica con el propósito de que las participantes desarrollaran habilidades de afrontamiento. Las tareas que se les dejaban incluían registros de alimentación y auto-monitoreo de pensamientos negativos, reestructuración cognitiva, reconocimiento de las metas alcanzadas y cambios realizados. Las participantes debían postear sus tareas mediante mensajes electrónicos, como un medio para facilitar el apoyo asincrónico. Asimismo ellas podían colocar mensajes en la página del programa cuando desearan, ya fuera para contestar alguna pregunta de otra participante o para compartir algún pensamiento o sentimiento. Durante la intervención se les pedía a las participantes que al menos una vez a la semana, escribieran un mensaje en la página. El componente final de la intervención consistía en hacer resúmenes semanales de la información revisada en las sesiones del chat, los cuales eran breves y se les enviaban a las participantes vía correo electrónico, resaltando los puntos discutidos y recordando la tarea asignada para esa semana.

En general los resultados para ambos estudios fueron positivos. Las participantes calificaron al programa como altamente satisfactorio. El 76% de ellas se sintieron más a gusto con las sesiones de chats, que en persona, y ninguna señaló dificultades para seguir la secuencia de las sesiones a través del chat. Además el 93% se sintió satisfecho con el moderador y el mismo porcentaje prefirió chatear que colocar mensajes en la página. Asimismo, en el grupo que recibió la intervención, se encontraron resultados estadísticamente significativos en la mayoría de las subescalas del cuestionario EDE-Q lo que indicó una disminución en la patología relacionada con los TCA, con respecto al grupo control. Los tamaños del efecto indicaron un efecto mediano tomando en cuenta las mediciones pre-post intervención y de mediano a grande al tomar en cuenta las mediciones pre-intervención y una sesión de seguimiento 10 semanas después de la

finalización de la misma. Por último, el nivel de autoestima se elevó en las mujeres del grupo experimental. En conclusión, los resultados obtenidos del programa “El cuerpo de las estudiantes” y las intervenciones vía chat, indican que las intervenciones computarizadas son aceptables para mujeres estudiantes de nivel licenciatura, que estén en riesgo de desarrollar un TCA y quizás sean efectivas en la disminución de la preocupación por peso del cuerpo y su forma (Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring, & Wilfey, 2003).

Otra investigación en donde también se utiliza el Internet como medio para llevar a cabo un programa de prevención enfocada de TCA fue la desarrollada por Bauer, Moessner, Wolf, Haug y Kordy (2009), en la cual se piloteó una intervención a través de un programa computarizado llamado “ES(S)PRIT” en jóvenes estudiantes de nivel licenciatura quienes estaban en riesgo de desarrollar un TCA. La diferencia con los otros programas de prevención, fue que el programa ES(S)PRIT utiliza una aproximación por pasos, combinando varios componentes de diferente intensidad. Además el programa sigue una estrategia individualizada al empatar la intensidad del apoyo con las necesidades del participante. Esto debido a que se asume que los síntomas de los participantes se desarrollan de forma heterogénea durante su participación en el programa, es decir, mientras que la mayoría de los participantes no desarrollarán síntomas severos de TCA durante su participación, otros experimentaran periodos en los que necesitaran mayor apoyo vía internet y otros más necesitarán consejería cara a cara y quizás un tratamiento terapéutico más intenso. Este procedimiento flexible, es lo que marca la diferencia entre los programas anteriores y el ES(S)PRIT, ya que los otros por lo general tienen un número fijo de sesiones de intervención, con una secuencia específica. Además a través del programa computarizado, las participantes reciben diferentes tipos de realimentación, de acuerdo con las respuestas que contestan de forma semanal en un cuestionario sobre TCA y 8 preguntas adicionales.

El ES(S)PRIT, funciona de la siguiente manera: cuando los individuos entran a la página de internet, se les pide que contesten una escala de preocupación por el peso (WCS) y una evaluación corta sobre TCA (SEED), así que al finalizar, se les brinda realimentación inmediata, y de acuerdo a sus resultados, se les indica quienes pueden estar en riesgo a desarrollar un TCA y quienes ya tienen los síntomas de la patología. Si están en riesgo, se les invita a participar en el programa, pero a los que no presentan riesgo y a los ya tienen los síntomas no se les invita. A aquellos que desean entrar al programa se les pide su dirección de correo electrónico para darles un nombre de usuario y una clave. Sin embargo, la página de internet está abierta a todo público para que puedan consultar información relacionada sobre los TCA: precursores, señales tempranas y estrategias de autoayuda.

Los participantes que están registrados también tienen acceso a *foros de discusión vía internet*, donde pueden intercambiar información y discutir los temas que deseen; además de utilizarlo como un espacio para brindarse apoyo mutuamente, compartir experiencias y darse consejos. Asimismo, los contenidos del foro son revisados por un miembro del equipo de trabajo de ES(S)PRIT, diariamente, de forma que los mensajes inadecuados como aquellos en pro de la anorexia se borran. Además los usuarios registrados, automáticamente entran a *un programa de realimentación y apoyo a través de monitoreo*. Este monitoreo se hace de forma semanal, por lo que los participantes deben contestar un cuestionario que incluye el SEED y ocho preguntas que miden: insatisfacción corporal, preocupación por la forma y el peso del cuerpo, alimentación no balanceada, además del comer compulsivo y medidas compensatorias. El monitoreo automatizado se hace mediante un software llamado “WEB-Akquasi”, que permite la identificación oportuna del deterioro de los participantes y de sus periodos críticos. Además los participantes reciben automáticamente realimentación inmediata a través de su correo electrónico y cuando el programa identifica que el patrón de cambio de la participante se acerca al rango disfuncional se envía un

correo electrónico al consejero asignado para que establezca contacto con el participante y lo invite a una sesión individual de chat para esclarecer si requiere mayor apoyo, si es así, se le canaliza a una sesión cara-cara en el Centro de Consejería para Estudiantes en la Universidad de Heidelberg y si la sesión cara a cara no es suficiente el consejero acordará con el participante las opciones de entrar a un proceso terapéutico. Por último a los participantes se les invita a sesiones de consejería en línea a través de sesiones de chat. La tecnología del chat tiene dos modalidades: 1) de forma mensual, los usuarios pueden participar en las sesiones de grupo que están dirigidas por un psicólogo clínico, en donde los participantes pueden hacer preguntas relacionadas con los TCA, opciones de tratamiento, o bien compartir experiencias con otros participantes, y 2) los usuarios pueden registrarse para tener sesiones de chat de forma individual con el psicólogo clínico, dado que en ocasiones pueden sentirse incómodos al hacer preguntas personales en un foro abierto; para ello los participantes hacen una reservación en línea y se registran para una sesión de chat de media hora, esta reservación la recibe el consejero a través de su correo electrónico y previo a la sesión de chat, este obtiene la información del participante del programa de monitoreo WEB-Akquasi.

En resumen, las herramientas de apoyo que se ofrecen dentro del ES(S)PRIT, se encuentran en un rango, desde guías de autoayuda en línea a través de psicoeducación, apoyo entre pares mediante los foros y realimentación automatizada con el programa de monitoreo, hasta un grupo de apoyo mediante sesiones guiadas de chat, así como también sesiones de consejería individuales a través del chat, y si fuera necesario, se refiere a la participante a consejería cara a cara en el Centro de Consejería Universitario.

Los resultados preliminares mostraron que, de enero a finales de abril de 2007, 357 personas llenaron el cuestionario de tamizaje, de estos 166 eran estudiantes y 124 trabajaban en la Universidad de Heidelberg; el 78% eran mujeres y la media de edad fue de 27.4 años (DE=5.45).

De los 357 individuos, 29 debían someterse a tratamiento para TCA. La media del Índice de Severidad Total del SEED para AN fue de $M=.83$ ($DE=.52$) y la media del Índice de Severidad Total del SEED para BN fue de $M=.78$ ($DE=.77$), por lo que los puntajes del SEED de la muestra eran mayores a aquellas de la población no clínica y menores en comparación con la población clínica. Así que tomando en cuenta los criterios de inclusión, 44 individuos se registraron al programa y recibieron un número de cuenta, la media de edad para este grupo fue de 31 años ($DE=12.7$) y tenían un IMC de $M=25$ ($DE=6.3$). Las participantes llenaron el cuestionario de monitoreo semanal 163 veces, que es el 83% de los cuestionarios monitoreados programados, dando un promedio de participación de 3.6 semanas, mientras que siete participantes terminaron el programa en un promedio de 6.9 semanas.

Los resultados del estudio piloto indican la necesidad de desarrollar programas de prevención para esta población estudiantil, ya que en corto tiempo (de enero a abril) más de 350 individuos mostraron interés en el programa y contestaron el cuestionario de tamizaje. Además el hecho de utilizar una página de internet para dar información sobre los TCA y dar a conocer donde pueden pedir ayuda las personas, contra-ataca a aquellos sitios de internet en donde se promueve la AN (Pro-Ana). Asimismo en esta fase de piloteo se muestra la viabilidad del programa ES(S)PRIT, puesto que la mayoría de las partes del programa son automatizadas, es posible que se use en grandes muestras en un periodo de tiempo razonable y a un costo accesible. Además debido a que se sabe que las personas que tienen problemas relacionados con los TCA tardan mucho en buscar ayuda, se espera que los programas computarizados como este, las motiven a pedir ayuda más tempranamente. Por último el hecho de que el 83% de la muestra contestara los cuestionarios de monitoreo demuestra la adherencia de los participantes al programa, por lo que se espera que en futuros estudios se evalúe de forma sistemática la efectividad de sus componentes,

además del impacto que tiene en los participantes para buscar ayuda cara a cara cuando presenten un deterioro marcado durante su participación en este.

2.3 Prevención de los TCA en México

En nuestro país, dentro de la línea de investigación de la Dra. Peresmitré, se ha realizado una serie de investigaciones en prevención primaria, utilizando diferentes tipos de intervención, comenzando con programas psicoeducativos (Rodríguez, M. A., 2006), posteriormente se probó un programa de disonancia cognitiva (Pineda, 2006), más adelante implementaron programas en donde se hizo énfasis en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) (Ortiz, 2007; León, 2010); además de otros en donde se trabajó en la Formación de Audiencias Críticas (García, Ángel & Tovar, 2007; Paredes & Sánchez, 2007; Rodríguez D.R., 2008), y recientemente se hizo uso de la tecnología, para lo cual se diseñaron programas de realidad virtual (González, 2009; Olvera & Mercado, 2007; Ortiz, 2007; Reyes, 2009) todos estos con el propósito de disminuir los FR asociados a los TCA. A continuación se resumen los resultados encontrados a través de dichas investigaciones.

2.3.1 Programas Psicoeducativos y Entrenamiento de Habilidades Sociales

En el estudio piloto de un programa de prevención que realizó Rodríguez M. A. (2006), se comparó la eficacia de dos tipos de intervención, el primero se basó en la implementación de técnicas de información psicoeducativa y el segundo fue un programa basado en el EHS, ambos dirigidos a prevenir factores de riesgo asociados a los TCA. La muestra estuvo conformada por 19 mujeres adolescentes que afirmaron haber realizado una dieta restringida a pesar de tener un IMC

menor a 27 y se dividió en dos grupos, nueve adolescentes tratadas con técnicas psicoeducativas y diez tratadas con EHS. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos fueron: Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes y Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva adaptada a población mexicana. Así que con el consentimiento de los padres o tutores, se realizaron las intervenciones y se tomaron las mediciones pre y post intervención. Los resultados indicaron que las adolescentes que recibieron el EHS disminuyeron significativamente su preocupación por el peso y la comida, y aumentaron su nivel de habilidades sociales, además obtuvieron un tamaño del efecto grande en la variable de seguimiento de dieta restringida. Mientras que las adolescentes que recibieron la intervención con técnicas psicoeducativas, mejoraron en las mismas variables, así como también en la actitud negativa hacia la obesidad. La autora concluye que el programa basado en EHS no mostró mayor eficacia en comparación con el programa de intervención basado en técnicas psicoeducativas.

Otra investigación de carácter experimental más reciente, en donde se comparó la eficacia de dos programas de intervención para TCA, el primero basado en EHS y el segundo en el que se implementaron Técnicas de Información Psicoeducativa, fue el realizado por León (2010). La muestra quedó conformada por 110 adolescentes con una media de edad $M=12.81$ y $DE=.56$. Se seleccionaron a las adolescentes que reportaron el deseo de una silueta corporal muy delgada y que estuvieran por debajo del punto de corte de obesidad ($IMC >27$), la asignación a los tres grupos se hizo al azar (EHS, psicoeducativo, y grupo en lista de espera, el cual funcionó como grupo control), y los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Alimentación y Salud y la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva, misma que fue validada por el autor de esta investigación. Los programas constaron de 9 sesiones. Las variables que se midieron fueron: deseo de una silueta corporal delgada, insatisfacción con la imagen corporal, seguimiento de dieta

restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva, nivel de habilidades sociales. Las mediciones se tomaron antes, después y 6 meses posteriores a la finalización de la intervención. Los resultados obtenidos a través de la prueba ANOVA MR, mostraron mejores efectos a corto plazo, en las variables: deseo de una silueta delgada e insatisfacción con la imagen corporal en el grupo de EHS. Asimismo el análisis de significancia clínica mostró que el grupo de EHS presentó mejores resultados en tres de las variables más importantes: deseo de una silueta delgada, insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restrictiva.

2.3.2 Disonancia Cognitiva

En la siguiente investigación se comparó la eficacia de dos programas preventivos de FR de TCA, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC) — la disonancia cognitiva se refiere a la incongruencia interna que se produce en las ideas y actitudes de una persona (cogniciones) por lo cual esta se ve obligada a buscar la forma de que encajen entre sí, reconstruyendo la coherencia interna— y otro con formato psicoeducativo. El diseño fue experimental y longitudinal, para lo cual se formaron tres grupos (1) intervención de disonancia cognitiva, (2) intervención psicoeducativa y (3) grupo de espera, a los cuales se les aplicó un pre-test, una intervención y un pos-test; cabe mencionar que al grupo de lista de espera se le aplicó la intervención al finalizar la investigación. También se hicieron mediciones de seguimiento: al mes, a los 3 meses y un año después. Los resultados, indican que, al término de las intervenciones, las participantes tanto del grupo de intervención basado en la TDC como aquellas del grupo de prevención psicoeducativa redujeron los niveles de FR. Sin embargo los datos del seguimiento de un año señalan que las participantes del grupo disonante fueron las únicas en mantener niveles sin riesgo en las variables

relacionadas con la imagen corporal. En conclusión la prevención basada en la TDC es eficaz en la reducción y/o eliminación de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal y contribuye a la prevención de los TCA (Pineda, 2006).

2.3.3 Formación de Audiencias Críticas y Programas Psicoeducativos

En el estudio exploratorio realizado por Paredes y Sánchez (2007) se compararon dos programas de prevención, uno basado en la Formación de Audiencias Críticas (FAC) hacia la publicidad televisiva y otro la Psicoeducación, en mujeres adolescentes en la reducción de los FR relacionados con los TCA, específicamente: figura ideal, satisfacción e insatisfacción, seguimiento de dieta e influencia de la publicidad. Para ello se aplicaron: el Cuestionario sobre Alimentación y Salud versión adolescentes, el Cuestionario de Influencia de los Modelos estéticos Corporales y un cuestionario que indaga acerca de los hábitos de consumo televisivo. La muestra quedó conformada por 20 adolescentes mujeres que cursaban el primer grado de secundaria, y que sus padres firmaron el consentimiento informado. Las jóvenes se asignaron al azar a cada una de las intervenciones, los programas constaron de 10 sesiones, con duración de 50 minutos cada una. Las medidas se tomaron antes y después de las intervenciones. Los análisis de datos se obtuvieron a través de la prueba t de Student en cada variable dependiente para conocer las diferencias intragrupo. Los resultados indicaron que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en el grupo de audiencias críticas por lo que las participantes estaban satisfechas con su cuerpo, no así para los otros FR. Mientras que en el grupo psicoeducativo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ningún FR.

La siguiente investigación fue de tipo experimental y también probó la eficacia de dos programas de intervención, el primero se basó en la FAC y el segundo en estrategias psicoeducativas (PE) (Rodríguez D.R., 2008). La muestra fue de 118 adolescentes mujeres con un rango de edad de 11 a 15 años, estudiantes del primer y segundo grado de secundaria de una escuela pública, quienes fueron seleccionadas por presentar insatisfacción positiva con imagen corporal (querer ser más delgadas) y/o seguimiento de dieta restringida (prevención selectiva). El diseño fue de dos grupos experimentales y uno control, con mediciones repetidas e independientes y asignación al azar a cada condición. Los FR que se midieron fueron: insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta restringida, conducta alimentaria compulsiva; además de la influencia de la publicidad, mismos que se evaluaron antes y después de la intervención, así como también 3 y 6 meses posteriores al término de las intervenciones. El ANOVA de medidas repetidas indicó disminuciones de FR en las variables de: figura ideal, insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, principalmente en los grupos experimentales.

2.3.4 Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas.

En esta investigación cuasi-experimental, se trató de determinar si una intervención apoyada en un Programa de Realidad Virtual y FAC es eficaz en la disminución de los FR asociados con la imagen corporal en TCA: insatisfacción con la imagen corporal, el deseo de la figura ideal delgada, alteración de la imagen corporal y burla y crítica hacia sí mismo. Para ello se trabajó con una muestra no probabilística de N=25 mujeres adolescentes, y con una media de edad M=12.64 y DE=.75. Se aplicó el Cuestionario de alimentación y Salud en su versión para adolescentes. Se seleccionó a las participantes que eligieron como figura ideal, las figura 1 y 2 (categorías de emaciación y de bajo peso, respectivamente). Se aplicó el Programa de Realidad Virtual y FAC.

Los resultados indicaron una modificación favorable en el deseo de una figura ideal delgada, y se incrementó la satisfacción de las participantes con su imagen corporal, sin embargo las otras dos variables no se modificaron (García, Ángel & Tovar, 2007).

Otra investigación evaluó la eficacia de un programa de prevención basado en la Realidad Virtual y Habilidades Sociales, con el propósito de disminuir o eliminar FR en TCA. Para ello se trabajó con una muestra de N=52 estudiantes del primer grado de secundaria, se incluyeron aquellas adolescentes que reportaron la presencia de factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en el cuestionario de alimentación y salud, de esta muestra se formaron dos grupos: grupo experimental y grupo control. La asignación de los participantes a cada una de las condiciones fue de acuerdo al grupo escolar al que pertenecían originalmente. La recolección de datos se hizo a través del cuestionario Alimentación y Salud versión adolescentes y Escala Pluridimensional de conducta asertiva adaptada a población mexicana. Así que con el consentimiento informado de los padres o tutores, se realizaron las intervenciones y se tomaron medidas pre y post intervención. Los resultados mostraron una interacción condición experimental X tiempo en la variable Figura Ideal y otra interacción en la variable satisfacción –insatisfacción que se interpreta como reducción del riesgo en el grupo experimental. Asimismo se observó una tendencia en el aumento de habilidades sociales; sin embargo no se reunió evidencia para las variables dieta restringida y preocupación por el peso y la comida. Por lo que el programa basado en Habilidades Sociales y Realidad Virtual contribuyó de manera positiva tanto en la reducción de las preferencias por siluetas delgadas, como en la reducción de la insatisfacción corporal (Ortiz, 2007).

En otra investigación de tipo exploratorio, se probó la eficacia de un programa de Realidad Virtual y Entrenamiento de Habilidades Sociales como prevención de los FR asociados con la imagen corporal, en el desarrollo de los TCA. Por lo que se acudió a una escuela secundaria

pública y se invitó a las participantes a participar en la investigación. La investigación tuvo una duración de 9 sesiones, en la primera sesión se midió y pesó a todas las jóvenes que mostraron interés en participar N=81, asimismo se les aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud y la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva, posteriormente se llevó a cabo la selección que se encontraban en riesgo, es decir, que tuvieran un IMC menor a 27 y eligieran la figura 1 (emaciada) y 2 (delgada) como su figura ideal, quedando un total de 20 participantes, cuya media de edad fue de 14.6 años (DE=.68). A esta muestra se le aplicó el programa computarizado de realidad virtual en seis sesiones, dos de estas se utilizaron como pre-test y tres sesiones más se utilizaron en el entrenamiento de habilidades sociales y en una sesión posterior se aplicaron nuevamente los instrumentos para verificar la eficacia de la intervención. Los resultados mostraron una reducción en la variable de insatisfacción con la imagen corporal y deseo de una figura ideal delgada, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de alteración con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad (Olvera y Mercado, 2007).

Por otro lado, se realizó un estudio piloto de un programa de Realidad Virtual en la prevención de factores de riesgo asociados con imagen corporal y deseo de una figura ideal muy delgada. Por lo que se trabajó con una muestra inicial de N=125 adolescentes del sexo femenino, estudiantes de bachillerato, de las cuales se seleccionaron aleatoriamente a N=30 participantes. El diseño de la investigación fue de tipo cuasiexperimental con mediciones pre y post intervención. Entre los principales resultados se encontró que el programa de Realidad Virtual como método de prevención fue eficaz en la variable figura ideal ya que las participantes después de la intervención redujeron su preferencia por figuras muy delgadas y aumentó la selección de una figura con normo peso. (Reyes, 2009).

Finalmente, un estudio en donde se utilizó únicamente un programa basado en Realidad Virtual, para la disminución de FR asociados con la imagen corporal en los TCA, fue el realizado en estudiantes de secundaria. En este se trabajó con una muestra inicial no probabilística de N=90 de la cual se formó una muestra, elegida al azar (n=26 mujeres). Para ello se acudió a una escuela secundaria con el fin de obtener la muestra, posteriormente se les midió, pesó y aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud. Una vez elegida la sub-muestra se les aplicó individualmente el programa basado en realidad virtual. Para la variable Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal, la mayoría de las niñas (69%) presentaban insatisfacción positiva, es decir, estaban insatisfechas porque querían ser más delgadas, mientras que el 23% estaban insatisfechas porque querían ser más gruesas y sólo el 8% se sentía satisfecha con su peso corporal. Después de la intervención con el programa de realidad virtual (AVR 3.0), la satisfacción corporal aumentó, a más del triple de 8% a 31%, asimismo disminuyó el porcentaje de niñas que les gustaría ganar peso de 23% a 15% y también se redujo la insatisfacción positiva de 69% a 54%. En lo que respecta a la variable deseo de una figura ideal delgada, se obtuvieron resultados positivos después de la intervención, las niñas reportaron desear una figura más apegada al peso normal. Por lo que estos resultados permiten proponer comprobar que la intervención de realidad virtual representa una estrategia potencialmente efectiva en la prevención de FR que pueden conducir a evitar la generación de los TCA (González, 2009).

2.4 Criterios establecidos para los programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Existen criterios establecidos por la investigación (metaanálisis) (Stice & Shaw, 2004; Stice, Shaw & Marti; 2007), en los que se plantean las pautas que promueven la eficacia de los programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria:

- *La edad.* Los programas deben aplicarse a participantes mayores de 15 años, ya que su razonamiento abstracto está en proceso de desarrollo. Si fueran más jóvenes, quizá no

podrían obtener los beneficios que se esperan, además no presentarían un alto nivel de incomodidad que las motive a ingresar.

- *El género.* Debido a que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, se sugiere que los programas de prevención se apliquen sólo a ellas.
- *El tipo de muestra.* Deben aplicarse a muestras seleccionadas para que tengan un efecto mayor y no a muestras universales. En la muestra seleccionada las participantes acuden al programa gracias a la información proporcionada mediante folletos, pancartas o pósters, donde se les invita a participar si tienen algún factor de riesgo relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo, insatisfacción corporal, restricción alimentaria o sobrealimentación.
- *Tipo de programa.* Debe ser interactivo y no sólo educativo, ya que un formato de tipo interactivo facilita la adquisición de habilidades y el cambio de actitud; asimismo, es necesario incluir ejercicios que permitan a las participantes aplicar las habilidades que se les enseñan en la intervención para su interiorización.
- *La duración.* Es preferible que sean varias sesiones —que pueden durar hasta tres horas a la semana— y no sólo una, ya que esto ayudará a que las participantes implementen habilidades y regresen a las sesiones para recibir una realimentación de sus acciones o cambio en las cogniciones.
- *El contenido del programa.* Aunque en el metanálisis no se encontraron evidencias de que deben enfocarse en todos los factores de riesgo que predisponen la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, se esperaría que se hiciera énfasis en la insatisfacción corporal, la autoestima, la presión sociocultural hacia la delgadez y la forma de mantener un peso saludable.

- *Uso de instrumentos validados.* Se cree que una forma de medir de modo adecuado los efectos de los programas de intervención es mediante instrumentos que cuenten con un nivel de confiabilidad y de validez esperado (.70 para la consistencia interna y puntajes mayores a .60 en los coeficientes test-retest).
- *Seguimiento.* Se sugiere que debe ser a corto plazo (1, 3, 6 y 9 meses).
- Por último, teóricamente se espera que los individuos que presentan mayores puntajes en los factores de riesgo se encuentren más motivados a comprometerse en un programa de prevención que los que obtienen puntajes menores. Ésta es la principal explicación para lograr una adherencia a este tipo de programas (pp.220-221).

CAPÍTULO 3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

3.1 Tratamientos psicológicos de los trastornos de la conducta alimentaria

Hay distintos tipos de tratamiento para los TCA. Entre éstos, los más eficaces son: la terapia psicodinámica, la terapia familiar, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual (TCC)¹. Estos tratamientos se han aplicado tanto en la modalidad individual como grupal. Ver figura 3. De acuerdo con Morandé (1999), la psicoterapia de los TCA debe orientarse a conseguir que el paciente no sólo cambie su conducta alimentaria, sino que además modifique sus actitudes hacia su imagen corporal, favorezca su autoestima y normalice o al menos mejore sus relaciones interpersonales; en definitiva, la psicoterapia es un vehículo de maduración del individuo.

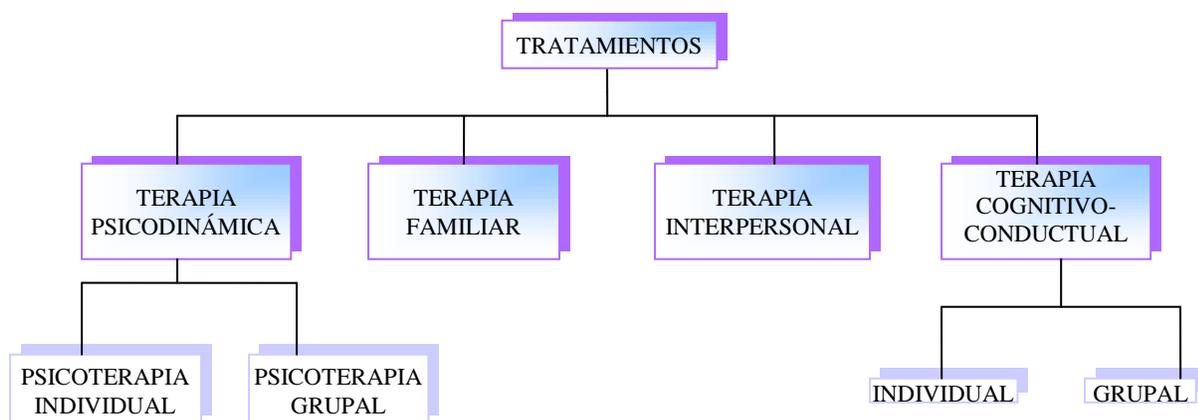


Figura 3. Tratamientos utilizados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

¹ Siguiendo el uso y costumbre en el campo de trabajo, se decidió utilizar el término Terapia Cognitivo-Conductual, para referirse a la Terapia Cognoscitivo-Conductual.

La TCC incorpora intervenciones conductuales y cognitivas. Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior es la causa de las conductas desadaptativas. El propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas (Brewin, 1996).

3.2 Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual

La psicología actual se encuentra entre tres poderosas fuerzas de la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; para los cognoscitivistas, la cognición ocupa el papel central, de tal modo que su afirmación esencial es: “como tú piensas, tú sientes y actúas”; finalmente, para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y lo más poderoso (Becoña & Gutiérrez-Moyano, 1987).

Entre los elementos más relevantes que propiciaron el surgimiento y expansión de la TCC en la década de 1960 fueron: el conductismo mediacional y el estudio de la atención, memoria y percepción, en los campos de la psicología experimental y social. Ejemplo de lo anterior son el libro de Ellis (1962) titulado *Razón y emoción en psicoterapia* y el de Beck (1963), *Thinking and depression*. A mediados de la década de 1970, se publicaron los primeros manuales sobre las terapias cognitivo-conductuales (Kendal y Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977). De acuerdo con Ingram y Scott (1990), las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos: 1) los individuos responden más a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales que a los eventos *per se*, 2) el aprendizaje está mediado cognitivamente, 3) la cognición media la disfunción emocional y conductual, 4) algunas formas de cognición pueden ser monitoreadas, 5) algunas formas de cognición pueden ser alteradas, 6) al alterar la cognición

pueden cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales y 7) ambos métodos de cambio terapéutico —cognitivo y conductual— son deseables y deben ser integrados en la intervención (p. 15).

3.3 Características de la Terapia Cognitivo-Conductual

De acuerdo con Becoña y Gutiérrez-Moyano (1987), las características de la TCC son:

1. Las variables cognitivas son mecanismos causales de importancia en los procesos que provocan el comienzo y el curso de un trastorno, lo cual no implica que no existan también otros mecanismos significativos.
2. A partir de la asunción de que las variables cognitivas son agentes causales, al menos alguno de los métodos o técnicas de intervención se dirige específicamente a objetivos cognitivos.
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, particularmente las variables cognitivas.
4. Las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales, como en la propuesta de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) para la depresión, en la cual se asignan tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales.
5. Hay un importante énfasis en la verificación empírica debido a que mediante ella se puede establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y realizar una evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico del paciente.

6. Las aproximaciones cognitivo-conductuales son, por lo general, de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico.
7. Las aproximaciones cognitivo-conductuales son de índole colaboradora, pues el cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo para aliviar el pensamiento y la conducta disfuncional.
8. Los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directivos.
9. Las aproximaciones cognitivo-conductuales son de naturaleza educacional (p. 90).

3.4 Principales Conceptos de la Terapia Cognitivo-Conductual

La posición cognitivo-conductual plantea que la *cognición* se puede entender en términos de: a) *Estructuras cognitivas*, que se refieren a la organización de la información (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, almacenamiento sensorial); b) *Contenido cognitivo*, que es el contenido real que se almacena (conocimiento semántico, información almacenada y generada internamente); c) *Procesos cognitivos*, que constituyen la manera de funcionar del sistema para recibir, almacenar, transformar y gobernar la salida de la información (atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación); d) *Productos cognitivos*, que se refieren a los resultados de la manipulación del sistema cognitivo (atribuciones, imágenes, creencias, decisiones, pensamientos) (Kirchner, Torres y Forns, 1998, pp.139-140).

Se pueden distinguir las cogniciones relativamente accesibles a la conciencia, por ejemplo:

a) los pensamientos automáticos forman parte de un determinado patrón de pensamientos y son inmediatos, por lo que las personas los consideran como representaciones objetivas de la realidad; además, debido a que son habituales y creíbles, el individuo raramente se detiene a probar su

validez; y b) los esquemas o creencias centrales son reglas generales, inflexibles o suposiciones silenciosas que se desarrollan como conceptos duraderos a partir de experiencias tempranas o pasadas; forman la base para seleccionar, discriminar, sopesar y codificar los estímulos, y para la categorización y evaluación de experiencias; además, sirven para hacer juicios y distorsionar las situaciones reales (Beck, 2000).

De acuerdo con Beck (2000), los errores cognitivos del pensamiento que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, son:

1. *Pensamiento absolutista y dicotómico (“todo o nada”)*: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias en una de dos categorías opuestas (impecable o sucio, santo o pecador).
2. *Generalización excesiva*: se refiere a la tendencia a ver un acontecimiento negativo aislado como un patrón interminable de defectos.
3. *Maximización y minimización*: en la maximización se exagera la importancia de un acontecimiento negativo o de un error; en la minimización, en cambio, se desestiman los acontecimientos positivos y se niega su importancia.
4. *Personalización*: se refiere a atribuirse la responsabilidad de un acontecimiento negativo cuando las circunstancias escapan de control.
5. *Inferencia arbitraria*: alude específicamente a la tendencia a hacer conclusiones negativas que no se justifican a partir de los hechos. Las dos maneras de hacer conclusiones negativas son: lectura de pensamiento y el error del adivino.

6. *Abstracción selectiva*: consiste en centrarse en un detalle negativo, ignorando los aspectos positivos de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base en ese fragmento.
7. *Razonamiento emocional*: se refiere a considerar las emociones y pensamientos como una verdad (pp. 152-153).

3.5 Técnicas que se utilizan dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual

3.5.1 Identificación y modificación de pensamientos automáticos

El modelo cognitivo sostiene que la interpretación de una situación (más que la situación misma), a menudo expresada en forma de pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente. Existen acontecimientos que son casi universalmente perturbadores, tales como ser atacado, padecer un rechazo o un fracaso. No obstante, las personas con perturbaciones psicológicas a menudo perciben situaciones neutras y hasta positivas como negativas y deforman sus pensamientos automáticos. Al examinar críticamente estos pensamientos y corregir los errores, en muchos casos se sienten mejor. Los pensamientos automáticos no son patrimonio sólo de las personas con trastornos psicológicos, sino que son una experiencia común a todos. La mayor parte del tiempo no tenemos registro de ellos, pero con un poco de entrenamiento podemos traerlos a la conciencia. Siendo conscientes de ellos, podemos controlar su efecto (Greenberger & Padesky, 2000).

Para identificar los pensamientos automáticos se debe realizar una pregunta básica: *¿qué estaba pasando por su mente en ese momento?* Al formular esta pregunta es necesario hacer que el paciente describa la situación problemática o un momento en el que experimentó un cambio en su

estado emocional; en caso necesario, el terapeuta debe procurar que el paciente utilice imágenes mentales para describir la situación específica o el momento con la mayor cantidad de detalles posibles (como si estuviera ocurriendo en el presente). Otras preguntas que pueden utilizarse para indagar sobre los pensamientos automáticos son: ¿en qué se supone que estaba pensando?, ¿cree usted que estaba pensando en _____ o en _____? (el terapeuta da dos opciones), ¿estaba usted imaginando algo que podría suceder o recordando algo que ocurrió?, ¿qué significó esa situación para usted o qué revela acerca de usted?, ¿estaba usted pensando _____? (el terapeuta da una respuesta opuesta a la esperada). Una vez que el paciente identificó los pensamientos automáticos se pueden evaluar según su: a) validez: la mayor parte de los pensamientos automáticos están distorsionados de alguna manera y se producen pese a que existan evidencias objetivas que indiquen lo contrario; el objetivo es analizar si dicho pensamiento es correcto; y b) utilidad: otros pensamientos automáticos son correctos (válidos), pero el paciente extrae conclusiones distorsionadas de ellos al presentarse una reacción emocional y fisiológica poco adecuada; el objetivo es analizar su utilidad y extraer conclusiones más adaptables. Para evaluar los pensamientos automáticos se puede utilizar el “Registro de Pensamientos Automáticos” (Greenberger & Padesky, 2000). Ver tabla 2.

Tabla 2.

Registro de pensamientos automáticos.

Registro de Pensamientos Automáticos						
Situaciones ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	Pensamientos Automáticos ¿Qué estaba pasando por mi mente?	Emociones ¿Qué sentía? Estime cada emoción (0-100%)	Evidencia que apoya el pensamiento	Evidencia que no apoya el pensamiento	Pensamientos alternativos o equilibrados Escriba un pensamiento alternativo equilibrado Estime cuánto cree en cada pensamiento alternativo o equilibrado (0-100%)	Estime ahora las creencias y emociones Vuelva a estimar los pensamientos y emociones listados en la columna 2 y 3, además de nuevas emociones

Fuente: Greenberger y Padesky, 2000, p. 38.

3.5.2 Identificación y modificación de creencias intermedias y centrales

Anteriormente se describió la identificación y modificación de los pensamientos automáticos, que son las palabras o imágenes que pasan por la mente de un paciente en una situación dada y que lo conducen a un estado emocional determinado. Ahora se describen las ideas o conceptos más profundos que dan lugar a los pensamientos automáticos específicos. Estas ideas se pueden averiguar interrogando al paciente o infiriéndolas para luego controlarlas. Las creencias se pueden clasificar en dos categorías: las *creencias intermedias* (compuestas por reglas, actitudes y presunciones) y las *creencias centrales* (ideas globales rígidas y absolutas acerca de uno mismo y/o los demás).

Para modificar las creencias intermedias y centrales se utilizan técnicas semejantes a las que se usan para modificar los *pensamientos automáticos*, aunque también se emplean algunas técnicas adicionales como:

1. *Cuestionamiento Socrático*: para analizar las creencias, el terapeuta se vale del *mismo tipo de preguntas que se utilizan para evaluar los pensamientos automáticos*. Aun cuando el profesional ya haya logrado identificar una creencia general estas técnicas ayudan al paciente a evaluarlas en el contexto de situaciones específicas. Esta especificidad ayuda a que la evaluación sea *más concreta y significativa, y no tan abstracta e intelectual*. Se diseña además, una *tarea de seguimiento para el hogar*, que permita tener un control diario de las presunciones disfuncionales y las nuevas creencias.

2. *Experimentos conductuales*: el terapeuta puede ayudar al paciente a diseñar una *prueba conductual para evaluar la validez de una creencia*, tal como lo hace con los *pensamientos automáticos*. Los experimentos conductuales bien diseñados pueden tener más poder para modificar creencias del paciente, que las técnicas verbales en el consultorio.

3. *Continuo cognitivo*: esta técnica resulta útil para modificar tanto pensamientos automáticos como creencias que evidencian un *pensamiento polarizado* (pensamiento de todo o nada). La construcción de un *continuo cognitivo* para el concepto en cuestión hace que el paciente reconozca la existencia de *puntos intermedios*.

4. *Dramatizaciones racionales-emocionales*: esta técnica, también llamada “*punto y contrapunto*”, es particularmente útil cuando un paciente manifiesta que *intelectualmente* se da cuenta de que una creencia es disfuncional, pero *emocionalmente* o visceralmente la sigue “sintiendo” como verdadera. Para ello, el terapeuta, en primer término, le explica al paciente que van a llevar a cabo una dramatización en la cual el paciente representará la parte “emocional” de su mente, que se adhiere fuertemente a la creencia, mientras que el terapeuta va a encarnar el componente racional. En la segunda parte, intercambiarán los papeles. En ambos segmentos, tanto el terapeuta como el paciente representan al paciente y ambos utilizarán la palabra “yo”. El cambio de papeles da al paciente la oportunidad de expresar en voz alta los argumentos racionales siguiendo el modelo del terapeuta. El terapeuta, por su parte, *utiliza los razonamientos emocionales que el paciente expresó antes*, tratando de reproducir las mismas palabras que previamente escuchó. Esto lo ayuda a reaccionar de una manera más precisa respecto de sus propias preocupaciones.

5. *Utilización de los demás como punto de referencia*: cuando los pacientes reflexionan sobre las *creencias de otras personas*, muchas veces logran establecer una *distancia psicológica* respecto de sus propias creencias disfuncionales. Comienzan entonces a percibir una incoherencia entre lo que creen verdadero para ellos y lo que ven más objetivamente en otras personas.

6. *Actuar “como si”*: los cambios en las creencias a menudo llevan cambios equivalentes en el comportamiento, y viceversa. Si una creencia es débil, es posible que el paciente modifique un determinado comportamiento fácil y rápidamente, sin necesidad de demasiadas intervenciones

cognitivas. Sin embargo, muchas veces se requiere de una modificación en las creencias antes de que el paciente esté dispuesto a cambiar su comportamiento. En numerosas ocasiones *basta con algún grado de modificación*, y no un cambio total en la creencia. Además, una vez que el paciente comienza a *cambiar su comportamiento*, la creencia se *atenúa* (y eso facilita la persistencia del nuevo comportamiento, que a su vez disminuye la creencia y así sucesivamente, generándose una espiral positiva ascendente).

7. *Expresión de la propia experiencia (autorrevelación)*: cuando el terapeuta expresa abiertamente *su propia experiencia* y hace uso de este recurso en forma adecuada y juiciosa, puede ayudar a algunos pacientes a ver sus problemas de una manera diferente. Por supuesto, estas revelaciones deben ser genuinas y relevantes (Beck, 2000, pp. 191-204).

3.5.3 Técnica de Resolución de Conflicto

Basados en la revisión de la teoría sobre la resolución de conflictos y en la investigación del campo de la psicología experimental, educativa e industrial, D'Zurilla y Goldfried (1971) propusieron un modelo prescriptivo de resolución de conflictos sociales para dirigir el *Entrenamiento en Resolución de Conflictos (ERC)*.

El modelo de D'Zurilla (1993) tiene cinco componentes o estadios:

1. Orientación del conflicto.
2. Formulación y definición del conflicto.
3. Elaboración de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Implementación de la solución y verificación (p.10).

Cada componente tiene un propósito o función definida en el proceso resolutivo. Cuando se aplican adecuadamente y en conjunto a un conflicto en particular, se supone que maximizan la probabilidad de descubrir la solución más eficaz. El interesado en resolver el conflicto abandona el proceso sólo cuando ha localizado una solución satisfactoria o cuando descubre que el conflicto es irresoluble y debe aceptarlo como tal.

Orientación del conflicto: este componente consiste en una serie de variables cognitivas facilitadoras que están asociadas a un estilo generalizado de enfrentamiento a la resolución de conflicto. Específicamente, la función o propósito de estas variables es: a) incrementar la sensibilidad a los problemas y establecer la ocasión para la actividad resolutiva, b) localizar la atención en expectativas positivas sobre la resolución del conflicto y alejarla de preocupaciones improductivas y “pensamientos de autocompasión”, c) maximizar los esfuerzos y la persistencia ante los obstáculos y el estrés emocional, y d) minimizar el desaliento emocional mientras se maximiza la aparición de estados emocionales positivos y facilitadores.

Las principales variables facilitadoras en la resolución de conflictos son:

1. *Percepción del conflicto:* conlleva al reconocimiento y a la clasificación del mismo. La percepción positiva del conflicto se refiere a la posibilidad de que un sujeto intente y dirija sus interacciones con el medio, de manera que reconozca los conflictos con precisión y los clasifique adecuadamente. Sin embargo, los problemas no siempre son fáciles de reconocer, pues con frecuencia son difíciles, amenazantes y estresantes, y hay una tendencia a evitarlos o negarlos más que a reconocerlos y encararlos directamente.

2. *Atribución del conflicto:* hace referencia a las atribuciones causales de la persona en relación con los problemas. Una atribución positiva o facilitadora implica la disposición o tendencia a atribuir la causa del conflicto a factores ambientales y/o a factores personales cambiantes, temporales y relativamente benignos. Con ello, es más probable que un sujeto o grupo

perciba los problemas como sucesos normales e inevitables de la vida que todo mundo debe sobrellevar, encare los conflictos en vez de evitarlos e inicie la actividad para resolverlos con confianza. Una atribución negativa genera evasión e inhibición.

3. *Valoración del conflicto*: la atribución del conflicto influye sobre la valoración del mismo, la cual se refiere a la evaluación personal del significado del conflicto para el bienestar personal y social. La valoración positiva de los conflictos implica la probabilidad de que el sujeto lo perciba como un *reto* o beneficio potencial para su bienestar y es más probable que encare la situación conflictiva e inicie la actividad para resolverla. Una valoración negativa genera evasión e inhibición.

4. *Control personal*: esta tiene dos componentes la probabilidad de que el individuo perciba el conflicto como solucionable o controlable y la probabilidad de que él crea que es capaz de resolver el conflicto mediante sus propios esfuerzos.

5. *Necesidad de tiempo/esfuerzo*: incluye la posibilidad de que el individuo estime con precisión el tiempo necesario para resolver el conflicto satisfactoriamente y la probabilidad de que él esté interesado en dedicar tiempo y esfuerzo necesarios para resolverlo.

Si el individuo reconoce que la solución de conflictos lleva tiempo y se refuerza por las actividades independientes a la resolución, es más probable que dedique tiempo y esfuerzo para resolverlos que un individuo que subestima el tiempo y esfuerzo necesarios para solucionarlos.

Formulación y definición del conflicto: No es exagerado asegurar que una definición correcta del conflicto es la mitad de la solución. Una buena definición del conflicto facilita la producción de soluciones relevantes, mejora la efectividad en la toma de decisiones y contribuye a la exactitud en la verificación de las soluciones. En la vida real, la resolución de conflictos se inicia comúnmente con un problema ambiguo, vago. De este modo, la actividad inicial para solucionar el conflicto consiste en los siguientes pasos:

1. *Búsqueda de información objetiva y relevante*: la información y signos relevantes se denominan información de tarea e información sobre conducta social. La información de tarea se refiere a las exigencias asociadas a las tareas para funcionar en diferentes papeles (padre, empleado, marido, amigo). La información sobre conducta social alude a las características de comportamiento propias del individuo interesado en resolver el conflicto, y a las de otras personas con quienes él debe interactuar durante la ejecución de tales tareas; incluyen características como palabras, acciones, creencias, valores, fines y sentimientos. El individuo debe convertir la información y los conceptos vagos que encuentra en términos específicos, concretos y/o familiares. Esto le permitirá diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las suposiciones, inferencias o interpretaciones.

2. *Comprensión del conflicto*: al mismo tiempo que encuentra información, quien trata de resolver un conflicto intenta organizarla para comprender la naturaleza del conflicto. Éste puede ser considerado como discrepancia o incongruencia percibida *entre lo que es y lo que debería ser*.

3. *Establecimiento de objetivos realistas*: establecer metas es una parte importante de la formulación del problema, porque proporciona la dirección para elaborar soluciones alternativas, así como los estándares de la ejecución para evaluar las soluciones. La meta de un conflicto a resolver debe establecerse en la forma interrogativa *cómo o qué*, y puede centrarse en: a) encontrar las tareas requeridas, b) superar determinados obstáculos para localizar estos requerimientos, c) reducir o cambiar las tareas requeridas y d) combinar las anteriores. Los requerimientos en cuestión pueden ser *externos* o *internos* (metas o responsabilidades del individuo). En la mayoría de los casos, los requerimientos pueden ser *ambos*, con demandas externas e interpretaciones del individuo de estas demandas (metas, valores).

4. *Revaloración del conflicto*: cuando la naturaleza del conflicto está clasificada y las metas definidas, el interesado en la resolución define el conflicto y formula las tareas mediante la

revaloración del problema para su bienestar personal y social. El significado de un conflicto se revalora considerando los posibles beneficios y costos (a corto y largo plazo) que derivan de la resolución o evitación del mismo. Un problema se considera *significativo* si de su resolución se derivan más beneficios y/o menos costos que de su evitación. El interesado en resolver el conflicto se aproxima al mismo, considerándolo: a) benigno, que implica que hay pocos o ningún costo tanto si la resolución del conflicto es satisfactoria o no; b) amenaza, que enfatiza los posibles *costos* de la resolución del conflicto y/o de no resolverlo y c) reto, el cual enfatiza los posibles *beneficios* derivados de la resolución del conflicto.

Elaboración de soluciones alternativas. El propósito de esta tarea es elaborar tantas soluciones alternativas como sea posible, para maximizar la probabilidad de que la *mejor* se encuentre entre ellas. Esta tarea es la operación fundamental del modelo de resolución de conflictos, el cual enfatiza tres principios básicos para generar soluciones alternativas, que se basan en la operación de *pensamiento divergente* y el método de *lluvia de ideas*: a) principio de cantidad: sugiere que mientras más soluciones alternativas se produzcan, habrá más ideas de buena calidad, aumentando de este modo la probabilidad de descubrir la mejor solución; b) principio de dilación del juicio: se elaboran más soluciones de buena calidad si la persona pospone la evaluación de ideas hasta momentos posteriores de la secuencia resolutoria (durante la tarea de toma de decisiones). Las valoraciones o juicios tienden a inhibir la imaginación cuando ambos se usan al mismo tiempo, ya que la imaginación se utiliza para *crear soluciones alternativas* y el juicio se utiliza más tarde para *clasificar y valorar* estas soluciones; y c) principio de variedad: entre mayor sea la variedad de soluciones, mejor será la calidad de las ideas obtenidas. Siguiendo las reglas de cantidad y variedad, la lista de soluciones alternativas elaboradas puede aumentar aún más mediante *combinaciones, modificaciones y elaboraciones*. Para producir *combinaciones*, el individuo analiza la lista de soluciones y determina qué respuestas pueden combinarse para

generar nuevas soluciones. Para producir *modificaciones y elaboraciones*, considera cambios y/o adiciones que pueden mejorar las soluciones existentes o producir nuevas.

Toma de decisiones. Su propósito es evaluar (comparar y juzgar) las soluciones alternativas disponibles y seleccionar las *mejores* para utilizarlas en la situación conflictiva. Este enfoque de toma de decisiones se basa en dos modelos teóricos de decisión: a) Teoría de la utilidad esperada, donde la elección de la conducta se basa en el análisis racional de los beneficios y b) Teoría prospectiva, la cual considera los efectos de los factores perceptivos y subjetivos de la conducta a escoger. Ambos marcos teóricos mencionan que se deben considerar los *valores y probabilidades* de las consecuencias anticipadas.

Implementación de la solución y verificación. Tarea en la que se lleva a cabo la solución que se ha tomado y se verifica su utilidad.

3.6 Modelos de la Terapia Cognitivo-Conductual

Se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales: a) *Modelos de Reestructuración cognitiva*, los cuales proponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos, y por lo tanto sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativo; b) *Modelos de Habilidades de Afrontamiento*, cuyo propósito es desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente/cliente a afrontar una serie de situaciones estresantes; y c) *Modelos de Solución de Problemas*, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de una activa colaboración entre el paciente/cliente y el terapeuta (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

3.6.1 Modelo Cognitivo Conductual de los Trastornos de la Alimentación

Los terapeutas cognitivos-conductuales han desarrollado muchos modelos conceptuales sobre los TCA desde hace 37 años. Las teorías sobre los TCA durante los años setentas, hicieron énfasis en el miedo a subir de peso y en las perturbaciones de la imagen corporal como principales factores hacia la inanición y conductas compensatorias para evitar subir de peso debido a la presencia de atracones (Bruch, 1973; Russell, 1979). En los 80's y a principios de los 90's, los conceptos teóricos sobre la dieta crónica restrictiva (Polivy & Herman, 1985) y de la evitación de emociones negativas fueron las principales hipótesis utilizadas para explicar la naturaleza de los atracones (Heartherton & Baumeister, 1991). Mientras que en los 90's se formularon las teorías cognitivas del procesamiento de la información de los TCA (Fairburn, 1997; Fairburn; Vitousek & Hollon, 1990; Williamson, Muller, Reas, & Thaw, 1999).

Así pues en el siguiente modelo se integran las perspectivas de los teóricos cognitivos y conductuales a través de los 30 años en que se han estudiado los TCA. Sus principales características son: a) esquema corporal, b) sesgos o errores cognitivos, c) atracón, d) conductas compensatorias, e) reforzamiento negativo de la conducta compensatoria, y f) factores de riesgo psicosociales hipotéticos para definir a las personas que son vulnerables a desarrollar TCA (Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004, p.712). Ver Figura 4.

Los teóricos cognitivos han postulado que la preocupación por el tamaño y/o la forma del cuerpo, pueden dar como resultado un autoconcepto basado en el esquema corporal que se activa debido a señales externas o internas. Este autoconcepto promueve que la atención de la persona se centre en los estímulos relacionados con la comida y/o con el cuerpo y a errores en la interpretación de situaciones relacionadas con la gordura. Por ejemplo, los sentimientos de vacío pueden interpretarse como “sentirse gordo”; igualmente comentarios inofensivos de otras personas

pueden ser interpretados como una evaluación negativa del tamaño o de la forma del cuerpo. Debido a la presencia de estos sesgos cognitivos, la persona llega a una conclusión en base a las “evidencias” que experimenta, pero dicha conclusión no es compartida por otras personas, puesto que las personas que tienden a desarrollar TCA no procesan la información de la misma manera. El modelo asume que los sesgos cognitivos se dan de forma no consciente y las personas tienden a experimentar dicha cognición como “real” (Williamson et al., 1999).

Como se muestra en la figura 4, el modelo plantea que cierto tipo de estímulos son más dados a activar los sesgos cognitivos en las personas con un autoconcepto basado en su esquema corporal. Los estímulos principales que se han encontrado que activan los sesgos cognitivos son: la información relacionada con la comida y el cuerpo, los estímulos ambiguos, las situaciones en donde las personas necesitan reflexionar sobre sí mismas, especialmente en cuanto a su cuerpo y su forma de comer. (Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004, p. 714).

Algunos ejemplos de los errores cognitivos que presentan las personas con TCA son:

- Algunas comidas automáticamente me harán subir de peso, independientemente de la cantidad de comida que ingiera.
- Uno nunca debe comer alimentos altos en carbohidratos.
- Toda la comida sale de mi cuerpo cuando vomito o uso laxantes.
- No tengo control de mí misma después de haber comido alimentos prohibidos.
- Mi valor como persona depende únicamente, de mi apariencia física (Gleaves, Miller, Williams & Summers, 2000, p.16).

Los factores de riesgo psicológicos del modelo son: a) miedo a subir de peso, el cual puede incrementarse cuando en edades tempranas se padeció sobrepeso u obesidad; b) preocupación por la forma y tamaño del cuerpo; c) interiorización del ideal corporal de delgadez, d) actitudes

negativas hacia la apariencia física y e) una disposición hacia el perfeccionismo y los pensamientos obsesivos. El modelo sugiere que las emociones negativas interactúan con el autoconcepto, de forma que activan los errores cognitivos. Asimismo el modelo postula que los sesgos cognitivos promueven la aparición de emociones negativas. De esta manera, es posible que los sesgos cognitivos activen tanto las emociones negativas como el autoconcepto basado en la forma o el tamaño del cuerpo o en el comer, lo cual a su vez refuerza el sesgo cognitivo. Esta realimentación en forma de “asa”, puede experimentarse como una obsesión o una ansiedad abrumadora. Por su parte, las emociones negativas por lo regular son etiquetadas como ansiedad, sentimientos de gordura, menosprecio, depresión, enojo, y odio hacía sí mismo. El individuo experimenta estas emociones negativas como una experiencia negativa de la cual desea escapar o evitar. La obsesión por el tamaño del cuerpo y el comer, sirven para exacerbar el estado emocional de tal manera que la persona siente que él o ella deben hacer cualquier cosa para escapar de esos sentimientos que “persistirán por siempre”. Esta reacción se conceptualiza mejor como un “impulso” es decir, es un sentimiento urgente, por lo que la persona debe hacer algo para detenerlo; y para lograr detenerlo muchas personas recurren a conductas como purgarse, restringir su alimentación y hacer ejercicio de forma excesiva. Para estas personas, su autoconcepto basado en el cuerpo es tan poderoso y tan agudo que lo experimentan como la “realidad absoluta”. El atracón se percibe como una de las posibles consecuencias de esta situación emocional negativa. La dieta crónica restrictiva es vista como derivación del extremo impulso a la delgadez y otros sesgos cognitivos. (Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004, pp.712-714).

Asimismo Stice (2001) señala que el atracón tiene dos medios para presentarse, ya sea debido a la dieta crónica restrictiva o a la regulación de emociones negativas. En respuesta a la ansiedad, “sentimientos de gordura”, y demás, la persona se siente obligada a involucrarse en

conductas compensatorias u otras conductas con la finalidad de escapar de esa condición negativa (Rosen & Leitenberg, 1982).

En la figura 4 pueden observarse las conductas más comunes que reportan las personas con TCA, revisar su cuerpo (pesarse y medirse), evitar los estímulos relacionados con el cuerpo o la comida, restringir su alimentación, hacer ejercicio de forma compulsiva, vomitar, y abusar de los laxantes. Lo que se busca al realizar estas conductas es reducir las emociones negativas, lo cual refuerza negativamente la conducta, y también tiene la función de confirmar la necesidad de involucrarse en estas conductas de escape. De acuerdo con esta visión, las experiencias emocionales negativas son percibidas como “normales” (o razonables); es por ello que las acciones que nulifican dichas experiencias son vistas como “de ayuda” o “útiles”. En este proceso, las conductas compensatorias se encuentran reforzadas negativamente y confirman la creencia de que uno debe tener miedo a subir de peso y preocuparse por el tamaño y la forma del cuerpo; esto es un sesgo cognitivo, conocido como “razonamiento emocional” (Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004, pp.715-716).

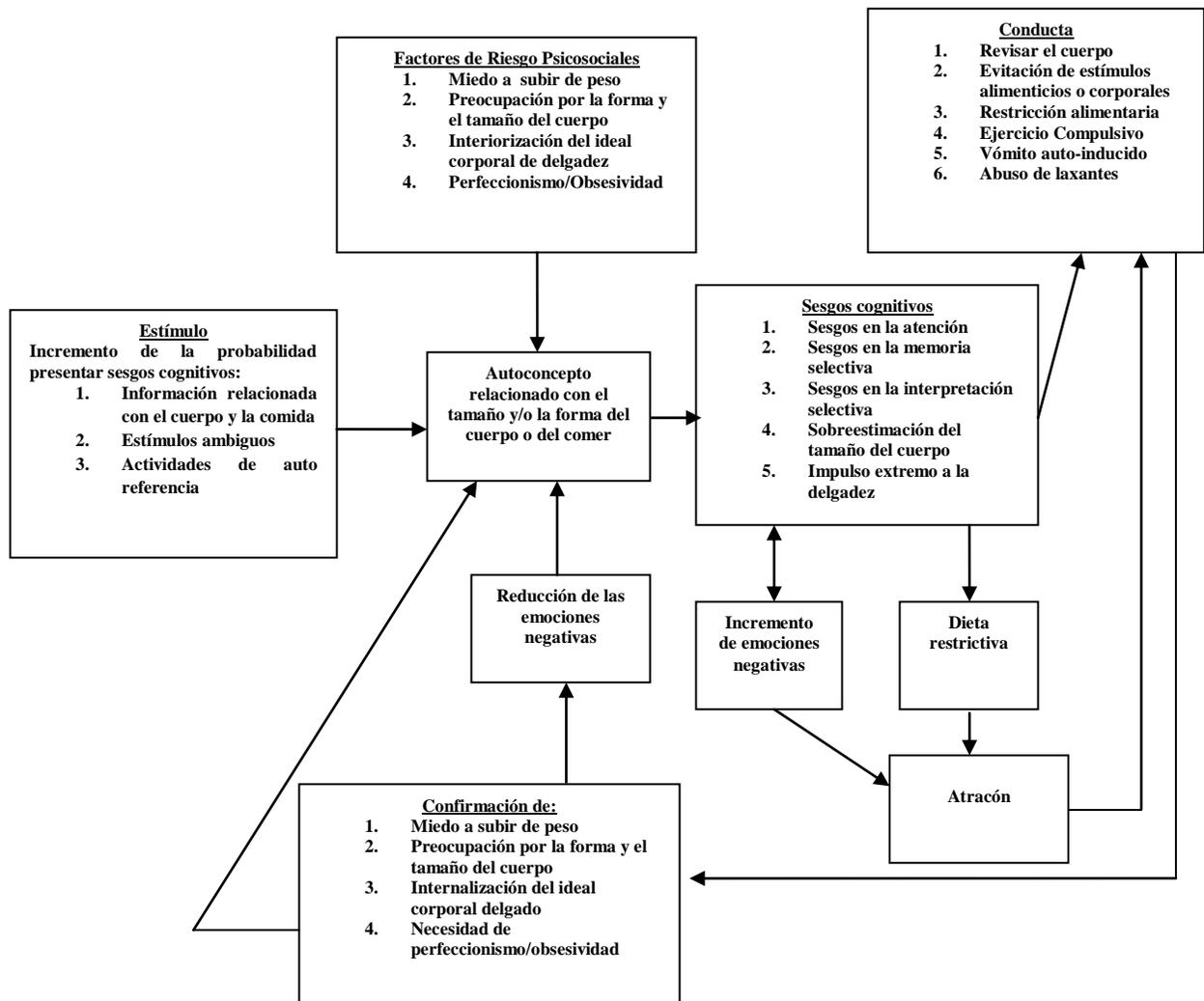


Figura 4. Modelo Integral de la teoría cognitivo-conductual de los TCA.
Fuente: Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004, p.713.

3.6.1. Manejo Cognitivo-Conductual para la Anorexia Nervosa

En 1984, surgió el primer reporte clínico con el uso conjunto de técnicas cognitivas y conductuales, específicamente para el tratamiento de AN. Este tipo de tratamiento tiene como finalidad modificar los hábitos alimenticios, las creencias y valores anormales de los pacientes en relación con la comida y el peso. Los procedimientos terapéuticos que incluyeron fueron técnicas

conductuales: control de estímulos y reforzamientos, y técnicas cognitivas, por ejemplo, reestructuración cognitiva y la resolución de problemas. Entre las dificultades que hallaron para implementar este tratamiento se encuentran la baja motivación para adherirse a éste y la necesidad de que las pacientes subieran de peso. El grupo de estudio estuvo integrado por cinco pacientes que tenían diagnóstico de AN de tipo purgativo y el tratamiento duró 20 sesiones. En las primeras sesiones se investigó sobre los temas que las pacientes vivían como problemas. Se discutió con ellas que la inanición contribuía considerablemente a esos problemas, por lo que aceptar el aumento de peso controlado les ayudaría a disminuir sus quejas. El aumento de peso no se presentó como un fin en sí mismo, sino como un paso importante para el inicio de la terapia; se les aseguraba que mientras aumentaran de peso, se les ayudaría a mantener el control de su alimentación. La segunda fase del tratamiento se inició cuando las pacientes habían recuperado peso utilizando métodos cognitivos; en esta fase se les proporcionaba asesoría para manejar su alteración del esquema corporal. En la última fase del tratamiento se procuró asegurar que el progreso logrado fuera mantenido. Los resultados del estudio mostraron que tres de las pacientes tuvieron una buena evolución, una más recibió sesiones de tratamiento externo, lo que le ayudó a controlar el vómito, pero no aumentó de peso de forma significativa, ni modificó su actitud hacia el comer y la comida, así como tampoco cambió su rutina diaria para controlar su peso. Otra paciente también con sesiones extra no tuvo cambios significativos ni en sus hábitos ni en su peso, más bien se deprimió y tuvo ideas suicidas. Los terapeutas concluyeron que este tipo de tratamiento funcionaba mejor en pacientes con BN (Cooper & Fairburn, 1984).

Más adelante, Stoylen y Laberg (1990) afirmaron que la TCC lleva a una reducción de los atracones, vómitos y psicopatología asociada. Por su parte, Garner (1997) mencionó que este tipo de terapia es efectiva para la mayoría de las pacientes, especialmente para las que tienen atracones y vómitos, además de ser más segura que los psicofármacos.

Por su parte, Garner, Vitousek y Pike (1997) propusieron un modelo de TCC adaptado a las necesidades de las pacientes con AN que consta de tres etapas o fases. En la primera fase, se trabaja la motivación, la relación terapéutica y el establecimiento de parámetros para el tratamiento; en la siguiente etapa, el cambio de creencias relacionadas con la comida y el peso; y en la última, en la prevención de recaídas y la terminación del tratamiento (p.97).

A continuación se describen de forma amplia cada una de las fases:

Fase I

Esta fase comprende el primer mes de tratamiento y consta de ocho sesiones dos veces por semana. Dado que las pacientes se niegan a comprometerse con la principal meta del tratamiento (aumentar de peso), es de gran importancia enfocarse en la motivación para el cambio. Los puntos que se trabajan en esta fase son:

1. Construir una alianza terapéutica positiva.
2. Determinar los rasgos principales de los trastornos de la alimentación.
4. Proveer información educativa sobre la inanición y sus repercusiones en el pensamiento y los afectos.
5. Evaluar y tratar las complicaciones médicas.
6. Explicar las múltiples funciones de la sintomatología anoréxica.
7. Diferenciar dos formas de tratamiento: a) con respecto al peso: atracones, vómito, dieta restrictiva exhaustiva y otras conductas relacionadas con el control del peso y b) en cuanto a temas psicológicos: autoestima, autoconcepto, autocontrol, perfeccionismo, regulación de los impulsos, expresión de afectos y conflictos familiares.
8. Explicar al paciente las metas del tratamiento.
9. Dar asesoría educativa de la recuperación del peso y de una nutrición adecuada.
10. Implementar intervenciones iniciales cognitivo-conductuales.

11. Implementar el auto monitoreo y la planeación de comidas.
12. Interrumpir los atracones y el vómito utilizando estrategias cognitivo-conductuales.
13. Confrontar los valores culturales relacionados con el peso y la figura.
14. Determinar y fomentar el nivel óptimo de involucramiento familiar (p. 98).

Fase II

Las metas principales de esta fase del tratamiento son: identificar los significados particulares y funciones de los síntomas para la paciente y ayudarla a encontrar otros medios más adaptativos para alcanzar metas constructivas. Asimismo, se introducen métodos cognitivo-conductuales más formales, como la reestructuración de pensamientos, y se amplía el campo de acción de la comida y el peso al significado personal que ha adquirido para la paciente el estar delgada. Dentro de esta fase las sesiones se llevan a cabo una vez por semana durante un año.

Los puntos que deben manejarse son:

1. Impulsar la idea de subir de peso y normalizar la dieta para obtener un buen funcionamiento biológico.
2. Re-etiquetar las recaídas, ya que la evolución no es lineal: es importante que al haber recaídas, el paciente re-etiquete el evento sin utilizar su habitual forma de pensamiento dicotómico y perfeccionista. El terapeuta debe motivar y ayudar al paciente a practicar las cuatro formas para re-etiquetarlas: a) re-etiquetar el evento como un “resbalón” y no como “otra vez lo eché a perder”, b) renovar el compromiso hacia una recuperación de largo plazo, c) regresar al plan de comidas regulares sin utilizar conductas compensatorias, y d) instituir controles conductuales que interrumpen recaídas futuras.
3. Identificar pensamientos disfuncionales, esquemas y patrones de pensamiento.
4. Desarrollar habilidades cognitivas re-estructurantes: se examinan y modifican los pensamientos disfuncionales: a) monitorear los pensamientos y aumentar la conciencia

de los patrones del pensamiento, b) identificar, clarificar y articular creencias y pensamientos disfuncionales en su forma más simple, c) llegar a una conclusión evaluando la evidencia de los pros y los contras, d) hacer cambios conductuales consistentes con la conclusión obtenida, e) desarrollar controversias de pensamiento que sean creíbles y llegar a interpretaciones más realistas, y f) modificar gradualmente supuestos subyacentes que se reflejan en creencias más específicas.

5. Modificar el autoconcepto.
6. Desarrollar un eje interpersonal en la terapia.
7. Involucrar a la familia en la terapia (p.98).

Fase III

En esta fase las pacientes necesitan desarrollar la confianza de que pueden enfrentarse solas a los retos de la vida. Esta etapa tiene una duración de seis meses y las sesiones van de una vez a la semana a una vez al mes. Los aspectos fundamentales de la terapia son:

1. Resumir el progreso.
2. Revisar las cuestiones fundamentales que hicieron posible el progreso.
3. Resumir las áreas de continua vulnerabilidad.
4. Revisar las señales que alertan una posible recaída.
5. Aclarar cuándo regresar a terapia (p.98).

Finalmente, Fairburn (2008) propuso un modelo de TCC a la que llamo “TCC-Extendida” (CBT-E, por sus siglas en inglés) en donde integra una guía de tratamiento tanto para pacientes con AN como con BN y TANES, basándose en los criterios de diagnóstico que tienen en común los TCA; demostrando su eficacia en un estudio que realizó durante 5 años en dos centros de tratamiento en el Reino Unido. La CBT-E se utiliza de dos formas: a los pacientes que tienen un IMC mayores a

17,5 se les dan 20 sesiones de tratamiento y a aquellos con un IMC entre 15,0 y 17,5 se les proporcionan 40 semanas de tratamiento. La terapia cuenta con dos versiones, en la versión corta, las sesiones se centran sólo en la psicopatología del trastorno alimentario, y en la segunda, que es la versión amplia, se trabaja en los factores que mantienen los TCA, sobre todo aquellos relacionados con el perfeccionismo y la baja autoestima.

La CBT-E se aplica en cuatro etapas. La primera etapa es de gran importancia ya que se trabaja todo lo relacionado con el peso del paciente y con la forma de comer, tratando regular ambas cosas. En esta etapa también se pretende involucrar al paciente en su tratamiento, haciendo la formulación del caso y educándolo sobre aspectos importantes de los TCA. La etapa dos consiste en examinar los avances, identificar las barreras para el cambio y adaptar la formulación del caso a fin de ajustar el tratamiento, así como también identificar a aquellos pacientes que no lo estén llevando a cabo de forma adecuada. La Tercera etapa se centra en identificar los factores de mantenimiento de los TCA, mientras que en la etapa cuatro, implica trabajar en la prevención de recaídas, disminuyendo al máximo el riesgo de que esta se presente, además de asegurar que los cambios obtenidos a través del proceso, se mantengan (Fairburn, 2008).

3.6.1.2 Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en la anorexia nervosa

A diferencia de los tratamientos que se han desarrollado, aplicado y evaluado en los pacientes que presentan BN, son muy pocos los estudios experimentales que se han realizado en pacientes con AN. Esto se puede atribuir a la dificultad para reunir un número significativo de pacientes, quizás debido a la baja incidencia del trastorno, además del reto que representa tratar a este tipo de pacientes, ya que generalmente requieren de un manejo terapéutico a largo plazo dentro de un ambiente hospitalario (Fairburn, 1997); otra de las razones es el alto nivel de abandono del

tratamiento externo (Agras, Brandt, Bulik, Dolan-Sewell, & Fairburn, 2004; Bowers, 2001; Wilson, 2005).

A pesar de ello, el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) de Reino Unido realizó un análisis sobre la evidencia de la eficacia de los tratamientos aplicados a pacientes con trastornos de alimentación. Cabe mencionar que este organismo está encargado de desarrollar guías de tratamiento basadas en evidencias de la mejor práctica clínica para los profesionales de la salud. Asimismo, el NICE hace una revisión sistemática de la literatura y asigna un grado a cada tipo de tratamiento: *A*, refleja una base teórica y empírica sobresaliente; *B*, muestra pocos datos empíricos; y *C*, presenta la opinión de los expertos sin que haya datos empíricos que la sustenten. Lamentablemente el tratamiento cognitivo-conductual para la AN recibe un grado *C* (NICE, 2004), por lo cual es necesario continuar probando tratamientos de corte cognitivo-conductual tanto en pacientes adolescentes como en adultos, de forma que se fortalezca la evidencia que sustente su utilización en este trastorno de alimentación. Asimismo, se debe señalar que el trabajo terapéutico con estas pacientes es realizado por médicos psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y enfermeros (American Psychiatric Association, 1993; Andersen, 1985; Keel, Dorer, Eddy & Delinsky, 2002).

A continuación se mencionan algunas investigaciones hechas con el propósito de evaluar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con AN dentro del tratamiento externo, hospital de día y hospitalización.

Un estudio realizado por Kong (2005) compara los resultados obtenidos en pacientes con TCA que fueron atendidas en *hospital de día* con los de pacientes que recibieron *tratamiento externo*. Las participantes cumplían con los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR para el trastorno de la conducta alimentaria, no presentaban trastornos psiquiátricos mayores y no habían participado en programas de hospital de día durante el año anterior. La asignación a los grupos fue

aleatoria y el programa que llevaban a cabo dentro del hospital de día se basó en el *Programa de Hospital de Día de Toronto*, que consistía en ocho horas de terapia cuatro días a la semana; la duración del tratamiento se determinó de acuerdo con la gravedad de los síntomas y varió entre 8 y 14 semanas. El Programa de Hospital de Día incluyó principalmente componentes de la TCC y, a pesar de que la mayoría del tratamiento se hizo en forma grupal, también se ofrecía terapia individual y familiar. El programa incluía también comidas supervisadas con el objeto de reducir el miedo a subir de peso y prevenir los vómitos después de correr. Los temas que se trabajaron dentro del tratamiento de hospital de día en sesiones grupales fueron: relaciones interpersonales, asertividad, imagen corporal, reuniones con la comunidad, como ir de campamento y realizar ejercicio, educación nutricional y farmacoterapia (fluoxetina o sertralina y benzodiazepina). Los profesionales que participaron en el tratamiento multidisciplinario fueron: dos enfermeras, dos psicólogos, un psiquiatra y un trabajador social.

En el tratamiento externo, las pacientes recibieron terapia interpersonal (TI), TCC y farmacoterapia (FT) de forma individual. Las sesiones de TI duraban 50 minutos dos veces por semana y las sesiones de TCC, 30 minutos dos veces por semana, y estaban acompañadas de la misma farmacoterapia que en el grupo de hospital de día. La duración de la terapia fue de cuatro meses a dos años, ya que continuaron su tratamiento después de que se terminó la investigación. Los especialistas que atendieron a estas pacientes fueron: una enfermera, un psicólogo y un psiquiatra de tiempo completo.

Para obtener los datos se utilizaron: el Cuestionario de Trastornos de Alimentación (EDE, por sus siglas en inglés), el Inventario de Trastornos de la Alimentación en su segunda versión (EDI-2), el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados muestran que las pacientes que se encontraban dentro del Programa de Hospital de Día obtuvieron una mejor recuperación de los síntomas de AN evaluados con el EDI-2, disminución de

los puntajes de depresión, elevación del IMC y de la autoestima en comparación con el grupo control.

De acuerdo con Kong (2005), las situaciones que determinaron que los resultados del grupo del Hospital de Día fueran mejores a los del tratamiento externo fueron: a) el apoyo entre las compañeras que les brindó la modalidad grupal de la terapia, b) el tratamiento intensivo (8 horas diarias 4 días a la semana) y c) el equipo multidisciplinario, en el que las enfermeras tuvieron un papel muy importante gracias a la relación empática que desarrollaron con las pacientes. Otra de las opciones para el tratamiento de los TCA es la *hospitalización*. Sin embargo, hay que diferenciar entre el periodo de hospitalización corto que se le brinda a la paciente con TCA, especialmente aquéllas con AN, cuando su estado físico es muy precario y su vida está en riesgo debido a la inanición, y la hospitalización en la que se le da un tratamiento multidisciplinario de mayor duración, que generalmente incluye la recuperación física mediante la realimentación, la supervisión médica y el apoyo psicológico-psiquiátrico (INSALUD, 2005).

Como ejemplo del trabajo de *hospitalización*, Dalle-Grave (2008) presentó el modelo de trabajo que aplicó en la *Unidad Abierta del Hospital de Villa Garda* en la Ciudad de Garda, Italia. Esta unidad tiene tres características principales: a) se le llama “abierta” porque las pacientes pueden salir cuando su estado médico es estable, b) las personas cercanas a los pacientes pueden visitarlas cuando lo deseen, siempre y cuando no sea la hora de la comida o de las sesiones de terapia, y c) los aspectos psicológicos reciben mayor importancia que los factores médicos, a pesar de que el equipo está integrado por doctores, enfermeras y dietistas, además de psicólogos. Así, con base en la teoría Transdiagnóstica Cognitivo-Conductual y en la CBT-E de Fairburn, Dalle-Grave desarrolló su esquema de tratamiento.

Los criterios de ingreso de las pacientes al tratamiento hospitalario son: a) baja respuesta a tratamientos externos anteriores, b) bajo peso corporal (IMC de 13 a 17), c) disminución rápida de peso, d) complicaciones médicas (niveles electrolíticos bajos, hipoglucemia y edemas), e) riesgo significativo de suicidio y f) problemas interpersonales severos.

El primer paso, la preparación para el tratamiento, consiste en dos sesiones. En la primera, se les evalúa física y mentalmente, y se les enseña cómo es el tratamiento y qué son los TCA; también se hace la conceptualización cognitiva de la paciente y se involucra a las personas significativas para ellas dentro del proceso. El objetivo de esta sesión es lograr una adherencia al tratamiento. En la segunda sesión se revisan los beneficios y las dificultades de entrar al tratamiento y se refuerza el interés por el cambio, además de responder las preguntas de las pacientes.

Posteriormente, las pacientes pasan por cada una de las fases del tratamiento. En la primera, que dura cuatro sesiones, se trabaja la adherencia terapéutica, la formulación del caso, la educación y se inicia la recuperación del peso. En la segunda etapa (sesiones cinco y seis), se revisa el progreso de la paciente, se identifican los obstáculos del cambio y se evalúan las situaciones externas que mantienen la enfermedad. En la tercera (sesiones siete a 17), se trabaja la importancia del control sobre la comida, la figura y el peso corporal, además de cómo las pacientes evitan la comida y las reglas que siguen dentro de su dieta. Por último, en la cuarta fase (sesiones 18 a 20), se revisa nuevamente la formulación del caso y se prepara a la paciente para su tratamiento externo.

Los cambios que Dalle-Grave hace al programa original son: el uso de más de un terapeuta, el monitoreo del peso y de los hábitos alimenticios, la reunión de los terapeutas para la revisión de casos junto con la paciente de forma semanal, las sesiones terapéuticas con el psicólogo —primero dos veces por semana y posteriormente una— y la alimentación asistida por enfermeras, quienes

revisan que las pacientes ingieran la comida, no vayan al baño, no vomiten, ni caminen o hagan ejercicio (durante una hora posterior a la comida). El programa de Dalle-Grave se distingue también por el trabajo con la dieta crónica restrictiva y las reglas que tienen para comer, las sesiones grupales de tratamiento psicoeducativo y cognitivo-conductual y el mantenimiento de los cambios posteriores al tratamiento.

Las pacientes menores de 18 años tenían un módulo familiar, el cual consistía en seis sesiones de la familia con el psicólogo, cuyo objetivo era informarles acerca de la TCC de los TCA, de la expresión de emociones dentro de la familia y los retos del desarrollo en la adolescencia. Este módulo también incluía dos comidas familiares dentro de la unidad con la presencia de la dietista, donde la segunda comida era preparada por la propia familia dentro de la unidad. Asimismo, se llevaban a cabo dos sesiones con el dietista para planear las comidas en casa y crear un ambiente familiar que apoyara el esfuerzo del paciente durante su tratamiento, además de enseñarles técnicas de resolución de problemas para que afrontaran adecuadamente las dificultades del día a día y las crisis familiares más significativas.

Para comprobar la eficacia de la TCC en pacientes hospitalizadas, Dalle-Grave seleccionó al azar a 80 pacientes que presentaban TCA (70= AN y 10= TANES). Los criterios de inclusión fueron que tuvieran un IMC menor a 17.5, pobre respuesta al tratamiento externo y pérdida rápida de peso, complicaciones médicas, riesgo suicida y problemas interpersonales severos; mientras que los de exclusión fueron que las pacientes utilizaran drogas diariamente y tuvieran trastornos psicóticos agudos. Para evaluarlas, se utilizó la Entrevista de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Examination, EDE) y el Índice Global de Severidad (BSI, por sus siglas en inglés); 71 pacientes completaron el tratamiento, 51 en los seis meses siguientes y 30 lo hicieron en 12 meses posteriores al tratamiento. Los resultados fueron favorables de acuerdo con las mediciones, en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes

obtenidos en la evaluación previa y posterior al tratamiento, así como en las evaluaciones de seguimiento seis y 12 meses después.

Las dificultades que encontró el autor en la implementación del tratamiento fueron: las complicaciones médicas de las pacientes, el que hicieran ejercicio de más y la influencia negativa de sus compañeras. Sin embargo, Dalle-Grave concluye que la TCC puede adaptarse a escenarios de hospitalización, e incluso funciona adecuadamente en pacientes con TCA con bajo peso severo.

También dentro del *ámbito hospitalario* a largo plazo (con seguimiento de cuatro años después del tratamiento) se encuentra la investigación de Nagai et al. (2002), en la cual 68 pacientes con AN de tipo restrictivo, AN de tipo purgativo y BN llenaron una lista de chequeo para obtener su diagnóstico. Las más jóvenes que ingresaron al tratamiento presentaban AN, menor duración del trastorno y un IMC más bajo.

El tratamiento estaba integrado por tres programas enfocados en: a) la corrección de las conductas inapropiadas de alimentación, b) la solución de problemas familiares y c) las dificultades psicológicas específicas del trastorno. Cuando había riesgo de que abandonaran el tratamiento, los miembros de la familia estaban obligados a decirles a las pacientes que no las aceptarían de regreso a casa a menos que siguieran las indicaciones de los doctores y terminaran el tratamiento terapéutico.

Después de una o dos semanas de observación conductual y un proceso de evaluación, los terapeutas propiciaban situaciones que las restringían, por ejemplo, las aislaban de sus familiares y amigos y les decían que podían ver a sus familiares cuando empezaran a comer adecuadamente y ganaran peso. La ingesta calórica diaria era de 1000 calorías, con el propósito de reducir el miedo y la ansiedad a subir de peso. Así que cada vez que ellas subían 500 gramos por semana se les incentivaba quitándoles las prohibiciones. El reforzamiento positivo también se les dio mediante el personal médico, el cual estaba atento y reforzaba verbalmente su conducta alimenticia. Los

médicos y psicólogos trabajaban la reestructuración cognitiva y la consejería personal, y también evaluaban regularmente los aspectos psicológicos. Además, a las pacientes se les pedía que llenaran su diario describiendo sus problemas físicos y psicológicos. En la terapia grupal, dos veces por semana, se les entrenaba para que aprendieran habilidades sociales. Otra parte importante del tratamiento fue desarrollar la autonomía de las pacientes, sobre todo al final de éste. Las pacientes eran forzadas a visitar a su familia, ir de compras o comer fuera del hospital.

En general, el resultado para 51% de las pacientes fue excelente, 17% mejoraron, 11.9 % disminuyeron los síntomas de la enfermedad, 11% tuvo mejoría muy pobre y 7.4% falleció. Alrededor de 84% de las pacientes con AN de tipo restrictivo obtuvo resultados excelentes, mientras que cerca de 61% con AN de tipo purgativo mostró resultados favorables al término del tratamiento. En conclusión, el tratamiento fue eficaz en las pacientes con TCA, especialmente con AN de tipo restrictivo.

De igual manera, hay estudios que han comparado la eficacia de distintos tratamientos aplicados a pacientes con AN. Ejemplo de ello es la investigación realizada por McIntosh, Jordan, Carter y Luty (2005), en donde compararon la eficacia de tres tipos de psicoterapias: TCC, TI, y una más que llamaron Manejo Clínico de Apoyo No Específico; para ello, los investigadores recurrieron a 56 mujeres de entre 17 y 40 años de edad diagnosticadas con AN y las asignaron de forma aleatoria a los tratamientos antes mencionados, durante 20 sesiones a las que acudieron semanalmente. Cabe mencionar que las pacientes tuvieron una o dos sesiones con nutriólogos antes de comenzar su tratamiento.

La *TCC* se aplicó en tres fases. En la primera, se trabajó mediante cuadros de automonitoreo de la conducta alimentaria y se prescribió una dieta balanceada, además de que se negoció el peso que deberían ganar; en la segunda etapa, se le enseñó a la paciente habilidades para modificar y reestructurar sus pensamientos disfuncionales; asimismo, se le dio material

psicoeducativo para llevar a casa; y en la tercera fase, se preparó a la paciente para la terminación del tratamiento con herramientas para prevenir recaídas.

La *TI* se basó en el tratamiento desarrollado para la depresión. Al principio se hizo una historia de los eventos de vida, las relaciones interpersonales y los problemas de alimentación que las pacientes habían presentado desde su niñez hasta su edad actual. Posteriormente, se identificaron los problemas más complejos y se clasificaron en cuatro áreas: duelo, problemas interpersonales, transición de roles y deficiencias interpersonales. En la segunda parte, se trabajó la relación de los problemas de alimentación con sus problemas interpersonales, a diferencia de lo que hace Fairburn, quien evade la discusión de los síntomas. En la última fase, se preparó a la paciente para la terminación del tratamiento y se le brindaron estrategias de afrontamiento.

Dentro del *Manejo Clínico No Especifico*, se dio educación, cuidado y apoyo a las pacientes, y se promovió una relación terapéutica para fomentar la adherencia al tratamiento. En la psicoterapia de apoyo se ayudó al paciente mediante halagos, recomendaciones y consejos; asimismo, se le brindó orientación nutricional y se le explicaron las consecuencias de los patrones negativos de alimentación, lo cual hizo que reanudara su alimentación normal y recuperara su peso. También se le otorgó información sobre el mantenimiento de su peso, el requerimiento energético y cómo aprender a comer de forma normal. La información se le dio de manera verbal y por escrito mediante folletos.

Las pacientes fueron evaluadas al final de la décima sesión y del proceso terapéutico. Las evaluaciones consistieron en mediciones físicas, pruebas sobre imagen corporal, autorreportes y una entrevista clínica estructurada con un médico que no sabía cuál de los tres tratamientos habían recibido las pacientes; también contestaron el Inventario de Trastornos de Alimentación (EDI-2).

De las 56 mujeres que comenzaron el tratamiento sólo 35 lo completaron. Así que basados en los lineamientos del DSM-IV-TR, 9% de ellas tuvo resultados significativos, mientras que 21%

consiguió algunas mejorías y 70% no completó el tratamiento o no tuvo mejoría. Al comparar qué tipo de tratamiento fue el que obtuvo mejores resultados en las pacientes con AN, se observó que 56% de las que recibieron el manejo clínico no específico tuvo una recuperación completa, mientras que sólo 32% lo hizo mediante el tratamiento cognitivo-conductual y 10% con la terapia interpersonal.

Los autores consideran que algunas de las razones por las que quizás la TCC tuvo resultados menos favorables que el manejo clínico no específico fueron la gran cantidad de material didáctico, el amplio número de habilidades que se deben aprender y la incapacidad para generar alternativas para los pensamientos rígidos de las pacientes con AN, lo cual crea mucha dificultad para promover el cambio en la terapia. Asimismo, afirman que las pacientes que tuvieron menos resultados favorables dentro de este tipo de tratamiento fueron las que tenían una personalidad obsesivo-compulsiva y sintomatología depresiva.

Como puede observarse, dentro del manejo terapéutico cognitivo-conductual debe trabajarse principalmente con la reestructuración cognitiva de los pacientes, de tal forma que su conducta se modifique, lo cual representa un reto muy alto para las pacientes con este trastorno.

3.6.1.3 Manejo Cognitivo-Conductual para la Bulimia Nervosa

Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella y Faravelli (2000) describen y resumen el tratamiento cognitivo-conductual para la BN, el cual consta de 20 sesiones de 50 minutos cada una, a las que la paciente acude semanalmente. A continuación se menciona cada una de las fases de dicho tratamiento.

En la primera etapa, el terapeuta explica al paciente el modelo cognitivo de los TCA y lo motiva a realizar algunas técnicas conductuales con el propósito de eliminar los atracones (control de estímulos, actividades alternativas); asimismo, le da registros para automonitorear su conducta

alimentaria. El terapeuta también provee información a las pacientes con respecto al peso corporal y la fluctuación fisiológica. El peso corporal se revisa semanalmente, ya que para las pacientes las fluctuaciones de peso son muy importantes, sobre todo cuando comienzan a modificar su conducta alimentaria. De igual manera, el terapeuta les explica con detalle las consecuencias de la restricción alimentaria excesiva, de los vómitos y del uso de productos, como diuréticos o laxantes, y por último, se les pide que sigan un patrón de alimentación en donde ingieran tres comidas y dos colaciones diarias (Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella & Faravelli, 2000).

La segunda fase se centra en la parte cognitiva, donde se presta atención a los pensamientos distorsionados con respecto a la alimentación, por lo que para modificarlos o eliminarlos se aplican técnicas cognitivas y se realizan experimentos conductuales. Por ejemplo, con respecto a la dieta restrictiva, se le pide a la paciente que haga una lista de los alimentos “prohibidos” y que los clasifique de acuerdo con el grado en que debe restringirlos. Este tipo de alimentos se introduce de forma paulatina a la dieta normal de la paciente, comenzando por aquellos que percibe como menos peligrosos. Mediante este procedimiento se puede observar el principio de la exposición progresiva para eliminar los pensamientos disfuncionales e incrementar la autoeficacia de la paciente. Asimismo, se le invita a comer alimentos en circunstancias en las que generalmente se negaría, por considerarlos altamente peligrosos para su peso y figura. También se le enseñan técnicas de resolución de problemas y de reestructuración cognitiva, esto último, para modificar los pensamientos y las actitudes disfuncionales. De igual manera, se pueden utilizar otras técnicas de exposición (e.g. se puede invitar a la paciente a usar ropa ajustada de forma que observe su propio cuerpo) para dismantelar las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso y la figura corporal (Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella & Faravelli, 2000).

La tercera fase del tratamiento se enfoca en la prevención de recaídas, en donde el terapeuta y la paciente tratan de identificar posibles obstáculos futuros y planean estrategias adecuadas para afrontarlos (Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella & Faravelli, 2000).

3.6.1.4 Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la Bulimia Nervosa

La TCC ha mostrado ser más eficaz que otras psicoterapias en el tratamiento de la BN, pues el cambio se mantiene cinco años después de la finalización del tratamiento (Fairburn et al., 1995; NICE 2004).

Asimismo, la TCC ha tenido mejores resultados en comparación con la terapia de apoyo expresiva en cuanto a: la disminución de las purgas, la alimentación restrictiva y la modificación de los pensamientos distorsionados hacia el peso, la figura y la apariencia física (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, & Telch 1989; Garner et al., 1993; Whittal, Agras, & Gould, 1999).

Fairburn et al. (1991) compararon la TCC con la terapia conductual y con la TI. Las pacientes que participaron en el experimento obtuvieron resultados favorables en los tres tipos de terapia; sin embargo, la TCC fue superior a la TI en la reducción de las purgas en el control de la alimentación y en el cambio de pensamientos distorsionados relacionados con la imagen corporal.

Por su parte, Hsu et al. (2001) confrontaron la efectividad de la terapia cognitiva con la terapia nutricional y con la combinación de ambas, además de añadir un grupo control al cual se le dio terapia de apoyo; 100 pacientes que cubrieron los criterios de diagnóstico del DSM-IV para BN fueron asignadas de forma aleatoria a los cuatro tipos de tratamiento. Los resultados mostraron que en los cuatro tipos de tratamiento hubo disminución significativa del número de atracones y vómitos. Asimismo, se observó que la terapia cognitiva y la combinación de ésta con la terapia nutricional fueron las que obtuvieron mejores resultados en comparación con el grupo control,

logrando un cambio en las actitudes disfuncionales hacia la alimentación, el peso, la figura corporal y el autocontrol. Además, se realizó una prueba de regresión logística y se comprobó que al proporcionar a la paciente el *componente cognitivo*, solo o junto con la terapia nutricional, y la obtención de puntajes altos en el autocontrol predicen de forma significativa que la paciente finalice el tratamiento.

La mayoría de los estudios con TCC en BN ha aplicado el manual de Oxford desarrollado por Fairburn, así que varios estudios experimentales han publicado resultados positivos que sustentan la eficacia de este tratamiento, ya que entre 40% y 50% de las pacientes logra su recuperación (Mitchell, Raymond & Specker, 1993; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997, Waller, 2005). Los síntomas que este tipo de tratamiento disminuye son las dietas restrictivas, atracones, vómitos y purgas (Agras, et al., 1992; Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, Telch &, 1989; Fairburn et al., 1991; Garner et al., 1993; NICE 2004; Rossiter, Agras, Losch & Telch, 1988). Además, se pueden observar cambios positivos en la actitud hacia el peso, la figura, el tamaño del cuerpo y la apariencia física, así como también en la reducción de los niveles de depresión, aumento de la autoestima y mejoramiento de las relaciones sociales o, en su caso, su restablecimiento (Garner et al., 1993; Fairburn et al., 1991; Fairburn, Kirk, O'Conner, & Cooper, 1986; NICE 2004; Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella, & Faravelli, 2000; Wilson Elderegde, Smith, & Niles, 1991).

Por lo anterior, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE, 2004) de Reino Unido otorgó el grado A al Tratamiento Cognitivo-Conductual para la BN, siendo la primera vez que se otorga dicho reconocimiento a la TCC aplicada a una enfermedad psiquiátrica.

Asimismo, varios estudios experimentales demuestran que la TCC es superior a los medicamentos antidepresivos en el tratamiento de la BN (Fitcher et al., 1991; Goldbloom et al., 1997; Leitenbergetal, 1994; Mitchell, Raymond & Specker, 1993; NICE, 2004; Walsh, Fairburn,

Mickley, Sysko, & Parides, (2004). Además, si los medicamentos se combinan con la TCC, los resultados son mejores, previniendo recaídas en la paciente (Peterson & Mitchell, 1999; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997; Walsh et al., 1997). También este tipo de tratamiento se ha implementado en diferentes modalidades como guías de autoayuda, intervenciones vía internet y tratamiento externo.

A continuación se mencionan algunas investigaciones en las que se ha comprobado su eficacia. El NICE (2004) recomienda las guías de autoayuda como una posibilidad de intervención para lograr la mejoría de las pacientes con BN; sin embargo, afirma que es necesario que los profesionales de la salud supervisen el trabajo de las pacientes.

Ejemplo de lo anterior fue la investigación que realizaron Carter, Olmsted, Kaplan y McCabe (2003), en donde compararon la eficacia de una guía de autoayuda sin apoyo terapéutico con un manual de asertividad y un grupo control. Para ello, se asignó de forma aleatoria a las tres condiciones experimentales a 85 mujeres que se encontraban en la lista de espera de un hospital, que cumplían los criterios de diagnóstico de BN, de acuerdo con el *Eating Disorder Examination* (EDE) y que por primera vez buscaban ayuda para dicho trastorno. Asimismo, como parte de la pre-evaluación, se les aplicaron los siguientes instrumentos de medición: Inventario de Trastorno de Alimentación, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Problemas Interpersonales, Cuestionario Básico de Evaluación de Personalidad Patológica y dos cuestionarios que medían el aprendizaje de los contenidos de los manuales que se les daban a los pacientes (guía de autoayuda y guía de asertividad).

A las pacientes del primer grupo se le dio la guía de autoayuda para que trabajaran con ella durante ocho semanas, pero no se les dio apoyo terapéutico; a las del segundo grupo se les entregó un manual de asertividad para que lo trabajaran por su cuenta, también dentro de un lapso de ocho

semanas; y a las pacientes del grupo control no se les proporcionó tratamiento alguno. Cabe mencionar que al final del tratamiento 23% de las pacientes lo habían abandonado, por lo que a las que lo habían terminado se les volvió a aplicar los mismos instrumentos que en la pre-evaluación. Los resultados mostraron que el hecho de dar a las pacientes la guía de autoayuda sin ayudarlas a llevarla a cabo tuvo los mismos resultados (53.61%), con respecto a la disminución de la frecuencia de atracones y purgas, que el grupo que recibió el manual de asertividad (50.0%); mientras que el grupo control sólo disminuyó dichas conductas en 31%, pero en ninguna de las tres condiciones hubo cambios significativos en cuanto a: a) la dieta restrictiva, b) la preocupación por la alimentación, el peso y la figura, y c) los niveles de psicopatología asociados al trastorno de alimentación. Por lo que se comprueba que para obtener mejores resultados es necesario que a las pacientes se les proporcione apoyo terapéutico junto con las guías de autoayuda.

Un ejemplo del beneficio que otorga el apoyo terapéutico a las pacientes es el trabajo realizado por Schmidt et al. (2006), en donde se evaluó si la retroalimentación personalizada optimizaba los resultados de la aplicación de una guía de autoayuda para pacientes con BN. Para ello, trabajaron con 61 pacientes que reunían los criterios del DSM-IV para BN o TANES, los cuales fueron asignados al azar para recibir diez sesiones de terapia de 50 minutos, mediante una guía de autoayuda con retroalimentación o sin retroalimentación. La guía de autoayuda que se utilizó fue *Mejorando bocado a bocado*. La retroalimentación se basó en brindar información sobre el estado físico y psicológico, los riesgos y problemas de la condición en que se encontraban y las variables que promovían el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Las formas en que se dio la retroalimentación fueron: a) una carta personalizada antes y después del tratamiento, b) retroalimentación específica de los síntomas del trastorno dentro de un enfoque colaborativo en las siguientes modalidades: conducta, afectos, sensaciones, imaginación, cogniciones, relaciones interpersonales, drogas y biología; c) cartas de retroalimentación al final del tratamiento acerca de

los avances que habían obtenido los pacientes y de las áreas que todavía debían mejorar; y d) retroalimentación normalizada y repetitiva de forma computarizada acerca de los síntomas bulímicos, depresión y ansiedad. Posteriormente, se les pidió que contestaran una evaluación computarizada y se retroalimentó sus respuestas. Al otro grupo no se le dio retroalimentación, excepto por una carta que se le entregó con la evaluación inicial, pero sí se le pidió que contestara las evaluaciones computarizadas. Los resultados muestran que el grupo de pacientes que recibió la retroalimentación obtuvo mejores resultados, ya que redujo el vómito autoinducido y la dieta crónica restrictiva en mayor medida.

Otra investigación en la que también se probó la eficacia de las guías de autoayuda con enfoque cognitivo conductual fue la realizada por Pritchard, Bergin y Wade (2004). Veinte personas fueron evaluadas mediante: a) la décima versión de la *Eating Disorders Examination*, b) la *Symptom Checklist-90 Revised*, lista de chequeo en donde se pueden determinar síntomas psicopatológicos, c) la *Self Esteem Scale* de Rosenberg, d) la *Screening Test for Co-morbid Personality Disorders*, cuestionario que mide si la persona presenta algún desorden de personalidad y e) el *University of Rhode Island Change Assessment*, cuestionario que mide la motivación al cambio, el cual fue modificado para que se pudiera utilizar con pacientes con BN. Luego de evaluar a los pacientes (19 mujeres y un hombre), se les dio la guía de autoayuda, misma que trabajaron con un terapeuta durante sesiones de 30 minutos. Una vez finalizado el tratamiento, se les evaluó nuevamente y se les entregó un sobre con los cuestionarios que debían contestar 3 meses después de la intervención y enviar por correo a los investigadores. Los resultados muestran que de las 20 personas que comenzaron el tratamiento sólo 12 lo concluyeron, y en cuanto a las mejorías que tuvieron, se pueden mencionar la disminución del número de atracones y de los vómitos. Asimismo, las actitudes negativas hacia la alimentación disminuyeron y la autoestima aumentó; sin embargo, no disminuyó la dieta restrictiva. Por último, en las evaluaciones pos-

tratamiento, los atracones y los vómitos disminuyeron significativamente en comparación con los resultados obtenidos en la pre-evaluación.

Una investigación más que sustentó la eficacia de las guías de autoayuda fue la realizada por Bailer et al., (2004), quienes compararon el rendimiento de las guías de autoayuda en las que se brindaba apoyo terapéutico con un programa de terapia cognitivo-conductual. Para ello, 81 pacientes de 17 años o más que cumplían con los criterios de la entrevista clínica estructurada (SCID del DSM-IV-TR) fueron asignadas aleatoriamente a las condiciones experimentales ya mencionadas durante 18 semanas.

Las pacientes del primer grupo recibieron sesiones individuales de forma semanal con duración de 20 minutos, mientras que las del segundo grupo recibieron la TCC en una modalidad grupal en sesiones semanales de hora y media. Las variables que se midieron mensualmente fueron: autorreportes de atracones y autorreportes de vómitos. Las variables que se midieron antes, a mitad, al terminar y un año posterior al tratamiento fueron las relacionadas con la patología del trastorno y la depresión, utilizando el Inventario de Trastorno de Alimentación y el Inventario de Depresión de Beck, respectivamente. Los resultados obtenidos de un análisis de regresión lineal mixto mostraron que en ambas condiciones experimentales las pacientes disminuyeron de forma significativa la frecuencia de los atracones y los vómitos. Además, en ambas modalidades del tratamiento los pacientes mejoraron substancialmente un año después. De igual forma, otro análisis mostró que las pacientes que utilizaron la guía de autoayuda remitieron el trastorno en 74%, mientras que las que recibieron la TCC grupal sólo lo hicieron en 44%. En conclusión, las guías de autoayuda con apoyo terapéutico individual pueden ser una aproximación eficaz para el tratamiento de la BN a corto y largo plazo.

Por su parte, Thiels, Schmidt, Treasure, Garthe y Troop (1998) investigaron si había diferencias entre la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual con duración de 16 semanas

y el uso de guías de autoayuda con apoyo terapéutico, en donde las reuniones con el terapeuta fueran quincenales con ocho sesiones de apoyo. Para ello, 62 pacientes de 15 años o más, que cumplieran con los criterios de BN según el DSM, fueron asignadas aleatoriamente a las dos condiciones experimentales. Los instrumentos que utilizaron para la evaluación previa y posterior fueron: a) el *Eating Disorder Examination*, para medir las actitudes hacia la alimentación, el peso y la figura; b) el *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*, que incluye preguntas sobre hábitos de alimentación y preocupación por el peso y la figura; c) la *Structured Clinical Interview*, que ayuda a medir comorbilidad psiquiátrica; d) el *Beck Depression Inventory*, que evalúa los niveles de depresión; e) el *Self Concept Questionnaire*, que mide autoestima; y f) el *Eating Disorders Awareness Test*, que es una escala que evalúa los conocimientos del paciente sobre los desórdenes de la alimentación. Ambas modalidades del tratamiento se aplicaron de forma individual.

En la TCC se siguieron los principios delineados por Fairburn, Marcus y Wilson (1993), Freeman (1995) y Schmidt y Treasure (1993), los cuales enfatizan la modificación de ideas distorsionadas relacionadas con la alimentación, el peso y la figura, y enseñan habilidades para la resolución de problemas y presunciones erróneas; la psicoeducación se utiliza para corregir las ideas equivocadas sobre el efecto de la dieta restrictiva, el vomito, los laxantes y el abuso de los diuréticos en el peso y en la figura corporal, además de utilizar técnicas conductuales para implementar una alimentación saludable y eliminar los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos.

En el *grupo de autoayuda* se destina menos tiempo a la parte psicoeducativa y al entrenamiento de habilidades relacionadas con la terapia cognitivo-conductual, ya que se mencionan en el manual de tratamiento. En las sesiones 1 a 4, el terapeuta trabaja con las pacientes los capítulos del 1 al 6, que cubren los siguientes temas: a) motivación, b) seguimiento del diario de comida, c) información sobre la influencia que la cultura y la biología ejercen para que la mujer desee tener un peso y una figura extremadamente delgada, d) las ventajas de una alimentación

saludable en contraste con los peligros que se corren al dejar de comer y la manera de cómo volver a alimentarse de forma saludable, e) información y estrategias de cómo luchar en contra de los atracones, los vómitos, y otras medidas negativas para controlar el peso; y e) cómo aprender a querer a su propio cuerpo. Posteriormente, el terapeuta y la paciente escogen los capítulos más relevantes para enfocarse en ellos en las sesiones subsecuentes. Generalmente las sesiones terapéuticas se utilizaron para motivar a la paciente a hacer uso de la guía de autoayuda y a superar obstáculos como la baja motivación, depresión o crisis agudas.

Los resultados mostraron que tanto al finalizar el tratamiento como en la sesión de seguimiento (43 semanas después), en ambos grupos se encontraron mejorías significativas en los síntomas relacionados con el trastorno de alimentación; asimismo, se halló disminución de los niveles de depresión y aumento de la autoestima y de los conocimientos sobre nutrición, peso y figura corporal. Una semana anterior a la evaluación del seguimiento, las pacientes del grupo de TCC no presentaron atracones ni vómitos en 71% de los casos, mientras que las del grupo de autoayuda no manifestaron dichas conductas en 70%. En conclusión, se puede afirmar que ambos procedimientos terapéuticos son eficaces a corto y largo plazo, y que las guías de autoayuda pueden ser la opción de tratamiento a la cual las pacientes acuden quincenalmente, reduciendo el costo de la terapia.

Hoy en día, el internet se ha vuelto una herramienta de trabajo muy útil para brindar apoyo a personas que, por diversas circunstancias —vivir lejos de los centros de servicios psicológicos especializados en trastornos de alimentación, no desear trabajar cara a cara con un terapeuta, debido a que la enfermedad que presentan les produce mucha culpa y vergüenza, falta de terapeutas capacitados para este tipo de trastornos y amplias listas de espera— no pueden acudir a un tratamiento individual. Por lo tanto, se han implementado tratamientos con este medio de comunicación.

Un ejemplo de esta modalidad es la investigación de Ljotsson et al. (2007), quienes hicieron un estudio en el cual implementaron un tratamiento a distancia para pacientes con BN y TA. Emplearon el manual de autoayuda “*Superando el Síndrome del Comer Compulsivo*”, desarrollado por Fairburn, y dieron apoyo terapéutico vía internet. Después de confirmar el diagnóstico de BN y TA mediante una entrevista, 73 pacientes fueron asignadas de forma aleatoria a un grupo de tratamiento o a una lista de espera, que sirvió como grupo control. A las 37 pacientes que comenzaron el tratamiento se les dio el manual de autoayuda, que consta de dos partes. La primera es psicoeducativa y la segunda es un programa de autoayuda dividido en seis pasos: automonitoreo, importancia de regular el patrón de alimentación, actividades alternativas, resolución de problemas, dietas y diversas formas de evadirlas, y prevención de recaídas. Durante el tratamiento, se les asignaban tareas de cada capítulo y tenían contacto con un estudiante de posgrado en psicología por medio del correo electrónico dos veces por semana, lo que les permitía tener una retroalimentación sobre sus tareas y asesoría con respecto al programa de autoayuda. Las 36 pacientes asignadas a la lista de espera fueron evaluadas antes de la aplicación del tratamiento al otro grupo y se les garantizó que se les daría el tratamiento después de las evaluaciones al grupo experimental; además, se les pidió que no acudieran a ningún tratamiento psicológico para trastornos de la alimentación durante el periodo de espera sin avisar al jefe del proyecto de investigación. Los resultados indicaron que los individuos del grupo de tratamiento mostraron una clara mejoría después de 12 semanas en comparación con el grupo control tanto en la medición posterior al tratamiento como seis meses después. Las variables que se modificaron con mayor éxito fueron los atracones y las purgas.

En cuanto a la modalidad de *tratamientos externos*, Ghaderi (2006) realizó una investigación cuyo objetivo fue probar si un mayor nivel de individualización del tratamiento incrementaba su eficacia en pacientes con BN. Para ello, 50 pacientes de entre 19 y 51 años con

BN fueron asignadas aleatoriamente a un grupo al que se le dio un manual de autoayuda o a otro que recibió TCC individualizada regida por el análisis funcional de la conducta. Para las evaluaciones previas y posteriores al tratamiento, así como para las de seguimiento, a todas las pacientes se les aplicó una entrevista de trastornos de alimentación (Eating Disorders Interview) y un cuestionario de trastornos de alimentación (Eating Disorders Examination Questionnaire). Los resultados indicaron que en ambas situaciones experimentales las pacientes respondieron favorablemente en la evaluación posterior al tratamiento, que incluyó autoestima, apoyo social percibido por parte de los amigos, depresión, abstinencia de atracones y preocupación por la comida e insatisfacción corporal. En la evaluación de seguimiento seis meses después, sólo hubo diferencias significativas en los tres últimos rubros, en los que mostró mayor eficacia el tratamiento individualizado. También se encontraron diferencias en la capacidad de respuesta al tratamiento: ocho pacientes del grupo de autoayuda desertaron, mientras que sólo dos del tratamiento individualizado lo hicieron. En conclusión, el estudio muestra que el tratamiento cognitivo individualizado regido por el análisis funcional tiene mayor capacidad de respuesta y menor recaída en comparación con el tratamiento de autoayuda.

3.6.1.5 Manejo cognitivo-conductual para el Trastorno por atracón

El TA se encuentra dentro de la categoría de TANES, y se caracteriza por atracones recurrentes, pero sin la presencia de conductas compensatorias para controlar el peso, como se da en el caso de la BN. Las personas con TA al igual que aquéllas con AN y BN presentan actitudes disfuncionales hacia el peso y la figura corporal. Sin embargo, no realizan dietas restrictivas con la misma frecuencia con la que las pacientes bulímicas lo hacen; asimismo, presentan comorbilidad

psiquiátrica pero es menos severa en comparación con las pacientes con BN (Striegel-Moore et al., 2001).

El TA está vinculado con el sobrepeso y la obesidad tanto en muestras clínicas como en las comunitarias (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998). Las personas obesas con TA comparadas con las obesas sin TA muestran un incremento significativo en el IMC, hábitos alimentarios anormales, actitudes negativas hacia la alimentación, consumo de calorías cuando se encuentran bajo condiciones de laboratorio, descontrol en su alimentación (pueden comer motivadas por sus emociones), imagen corporal negativa, baja autoestima, comorbilidad psiquiátrica como depresión (Cargill, Clark, Pera, Niaura & Abrams, 1999; Mussell et al., 1996; Telch & Agras, 1994; Telch & Stice, 1998) y menor autoeficacia en su alimentación (Cargill et al., 1999).

3.6.1.5 Manejo cognitivo-conductual para el Trastorno Compulsivo

El TC se encuentra dentro de la categoría de TANES, y se caracteriza por atracones recurrentes, pero sin la presencia de conductas compensatorias para controlar el peso, como se da en el caso de la BN. Las personas con TC al igual que aquéllas con AN y BN presentan actitudes disfuncionales hacia el peso y la figura corporal. Sin embargo, no realizan dietas restrictivas con la misma frecuencia con la que las pacientes bulímicas lo hacen; asimismo, presentan comorbilidad psiquiátrica pero es menos severa en comparación con las pacientes con BN (Striegel-Moore et al., 2001).

El TC está vinculado con el sobrepeso y la obesidad tanto en muestras clínicas como en las comunitarias (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998). Las personas obesas con TC comparadas con las obesas sin TC muestran un incremento significativo en el IMC, hábitos

alimentarios anormales, actitudes negativas hacia la alimentación, consumo de calorías cuando se encuentran bajo condiciones de laboratorio, descontrol en su alimentación (pueden comer motivadas por sus emociones), imagen corporal negativa, baja autoestima, comorbilidad psiquiátrica como depresión (Cargill, Clark, Pera, Niaura & Abrams, 1999; Mussell et al., 1996; Telch & Agras, 1994; Telch & Stice, 1998) y menor autoeficacia en su alimentación (Cargill et al., 1999).

3.6.1.6 Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno Compulsivo

El tratamiento idóneo para el manejo de este trastorno debe incluir cuatro problemas específicos: atracones, psicopatología asociada a los trastornos de alimentación (insatisfacción con la imagen corporal), comorbilidad psiquiátrica (depresión) y exceso de peso corporal u obesidad (Wilson, 2005).

El NICE (2004) otorga la clasificación A a la TCC debido a la evidencia teórica y práctica. De acuerdo con los resultados encontrados por Ricca, Mannucci, Mezanni, Moretti y Bernardo (2001), la TCC es superior a los medicamentos antidepresivos.

Asimismo, se ha comprobado la mayor eficacia de la TCC en comparación con el tratamiento conductual para bajar de peso, en donde los resultados mostraron que las pacientes que recibieron la TCC eliminaron sus atracones y modificaron sus preocupaciones con respecto a la alimentación, el peso y la figura corporal (Nauta, Hospers & Jansen, 2001).

Las guías de autoayuda también se han usado para el tratamiento del TC. Al respecto, Carter y Fairburn (1998) compararon el tratamiento puro de autoayuda, en el cual las pacientes recibieron el libro por correo y las indicaciones para resolverlo, mientras que al grupo de la guía de autoayuda se les dio 25 minutos de sesiones semanales en un lapso de 12 semanas de tratamiento. Cabe mencionar que las personas que aplicaron este tratamiento no eran especialistas clínicos. Ambos tratamientos se compararon con un grupo control. Los resultados de las dos intervenciones mostraron mejorías significativas en las conductas alimentarias compulsivas. A seis meses de haber finalizado el tratamiento, el grupo que siguió las guías de autoayuda mejoró sus resultados.

En otra investigación, Grillo y Macheb (2005) compararon un programa de guía de autoayuda con una intervención para bajar de peso, utilizando el manual de Brownell (2000), además de añadir un grupo control. Al final de las 12 semanas de tratamiento, el grupo de guías de

autoayuda obtuvo los mejores resultados en la remisión del trastorno (50%), el grupo para bajar de peso sólo lo hizo en 19% y el de control en 13%.

En 2007, los mismos autores examinaron la capacidad de respuesta de pacientes obesas con TC en un estudio experimental doble ciego con una muestra aleatoria y grupo placebo. Tres meses después de terminado el tratamiento, se llevó a cabo una sesión de seguimiento. La muestra se conformó de 50 pacientes asignadas al azar a uno de los dos tratamientos de 12 semanas; en ambos se les dio una guía de autoayuda llamada “Superando el Síndrome de Atracón”. A 25 mujeres se les prescribió el medicamento “orlistat” y a las otras 25 mujeres se les dio un placebo. El protocolo de la guía de autoayuda incluye seis sesiones de 15 a 20 minutos con psicólogos clínicos, los cuales no sabían a qué grupo pertenecía la paciente. En las sesiones se procuraba: a) incrementar la motivación, b) corregir cualquier malentendido de la información proporcionada, c) ayudar con las dificultades que tenían para desarrollar algunas habilidades importantes y d) reforzar la necesidad de continuar con el automonitoreo y registro. Los resultados del estudio muestran que 54% de las pacientes tuvo una respuesta positiva a corto plazo (4 semanas), sin importar si se le medicó o no, y logró de forma más rápida la remisión del TC, además de perder 5% de peso corporal; la mejoría se mantuvo durante tres meses posteriores al tratamiento. Estos autores concluyeron que la respuesta rápida al tratamiento mediante una guía de autoayuda puede predecir la recuperación del paciente.

En otra investigación, Peterson et al. (2001) evaluaron los resultados a largo plazo de tres grupos de para el tratamiento de TC. Para ello, se asignó a 51 mujeres que cumplían los criterios del TC según el DSM-IV (APA, 1994) a tres condiciones experimentales. En el primer grupo (n=16), un psicólogo dio información psicoeducativa durante 30 minutos y posteriormente dejó que el grupo analizara la información libremente. En el segundo grupo (n=19), las participantes vieron una grabación con material psicoeducativo durante 30 minutos y después el terapeuta

interactuó con ellos para analizar el video. En el tercer grupo (n=16), las mujeres observaron el video con material psicoeducativo y posteriormente lo analizaron sin el apoyo o dirección del terapeuta.

Las mediciones principales que se usaron fueron: el *Eating Behavior-IV*, que se utilizó para el automonitoreo de los atracones objetivos y subjetivos de las pacientes, y la sección de TC de la Entrevista Clínica Estructurada. Las mediciones secundarias se referían a los síntomas de la patología alimentaria e incluían: el *16-item Binge Eating Scale* y el *Three Factor Eating Questionnaire*, el cual evalúa la alimentación restrictiva, la alimentación compulsiva y el hambre. Asimismo, se midieron los niveles de depresión mediante el *Beck Depression Inventory* y el *Hamilton Depression Rating Scale*. Para evaluar la autoestima se utilizó el *Rosenberg Self-Esteem Questionnaire* y para medir los aspectos relacionados con la imagen corporal se usó el *Body Shape Questionnaire*.

Después de la evaluación de las participantes, se les dio un manual que incluía material psicoeducativo y tareas para casa. El tratamiento duró 8 semanas y constó de 14 horas, por lo que en las primeras 6 las pacientes tuvieron dos sesiones por semana, y en las dos últimas semanas sólo tuvieron una sesión. Cada una tuvo un componente psicoeducativo de 30 minutos y de acuerdo con el grupo, se analizaba el material junto con el terapeuta o sin él. El tratamiento incluyó tres fases: la reducción de los atracones, el trabajo con los problemas relacionados con el trastorno de alimentación y la prevención de recaídas.

Los resultados mostraron en las tres condiciones experimentales una reducción del número de atracones y de los síntomas asociados con el trastorno, al final del tratamiento y en los 6 y 12 meses después; y sugieren que la TCC para el TC puede ofrecerse mediante videocintas y grupos de autoayuda estructurados, manteniéndose estos resultados durante un año luego del tratamiento. Además de que los costos disminuyen considerablemente, es importante mencionar que dentro de

estos grupos, los participantes pueden brindarse apoyo y la oportunidad para fortalecer sus habilidades sociales. El TC es un trastorno muy frecuente entre las personas que buscan tratamiento para la obesidad (Spitzer et al., 1993). Wolf y Clark (2001) realizaron una investigación para examinar el impacto de la TCC en el TC en dicho grupo de personas. Las participantes fueron 12 mujeres obesas de entre 20 y 64 años que presentaban la sintomatología asociada al TC de acuerdo con la entrevista clínica estructurada.

Los instrumentos de medición que utilizaron antes y después del tratamiento fueron: a) el *Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire*, que se emplea para medir la autoeficacia en la alimentación; b) el *Appearance Evaluation* y el *Body Areas Satisfaction*, que son subescalas del *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ)* y se utilizaron para medir la imagen corporal; y c) el *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised*, que se usó para medir la frecuencia de los atracones.

El tratamiento comprendió 15 sesiones grupales semanales. El programa de tratamiento cognitivo-conductual fue aplicado por un terapeuta con maestría y por un co-terapeuta con doctorado.

Los temas que se trabajaron dentro del programa fueron: educación sobre los TC, consecuencias de los atracones, reestructuración de los patrones de pensamiento negativos, identificación de lo que los motiva en su alimentación, autocontrol y estrategias para el manejo de las emociones, aspectos de imagen corporal, técnicas para el manejo del estrés, entrenamiento de la asertividad, costo-beneficio de la pérdida de peso y prevención de recaídas.

Los resultados indicaron que disminuyó el número de atracones (de cinco por semana antes del tratamiento a uno después de éste), se elevó de manera significativa el nivel de autoeficacia y la imagen corporal de las pacientes mejoró después del tratamiento. Estos resultados sostienen la

eficacia del tratamiento cognitivo-conductual grupal en pacientes con TC, pues promueven cambios en la autoeficacia y en la imagen corporal.

Al igual que en el estudio anterior, Seamoore, Buckroyd y Stott (2006) midieron la eficacia de un tratamiento basado en la psicoeducación y en los preceptos de la TCC al que denominaron “tratamiento integral”. Las participantes en este estudio fueron nueve mujeres de entre 24 y 56 años de edad con TC.

Las participantes acudieron a sesiones grupales de tratamiento durante 26 semanas en un lapso de seis meses. Cada sesión constó de 90 minutos y fue semiestructurada, es decir, además de realizar las actividades programadas, las participantes podían hablar sobre los temas que les preocupaban.

El tratamiento tuvo varias fases. En la primera, se exploró la historia de fluctuaciones en el peso de las pacientes; en la siguiente fase, se trabajó de forma psicoeducativa dando información a las participantes sobre: nutrición, actividad física, la relación entre la dieta restrictiva y los atracones, la obesidad y los riesgos en la salud. Las fases subsecuentes se basaron en los preceptos cognitivo-conductuales utilizando registros personales y diarios de alimentación, además de la escritura de cartas, dibujos y juego de roles. Asimismo, el tratamiento se enfocó en las cogniciones relacionadas con: alimentación, imagen corporal, confianza, emociones, relaciones interpersonales tanto dentro como fuera del grupo, influencias familiares y socioculturales.

Los instrumentos que utilizaron para medir los resultados del estudio fueron el *Clinical Outcomes in Routines Evaluation* y el *Binge Eating Scale*, además del análisis cualitativo de las entrevistas aplicadas al principio y final del tratamiento, y a los seis y doce meses después de que finalizó.

Los resultados del tratamiento (26 semanas) indicaron cambios en las conductas alimentarias y disminución de los atracones en todas las participantes. Sólo dos de ellas no

tuvieron cambios positivos en sus conductas alimentarias; sin embargo, afirmaron tener variaciones positivas en otras áreas como resultado de la intervención grupal.

Los datos obtenidos en la evaluación del seguimiento mostraron que los cambios en las conductas alimentarias se mantuvieron en cinco de las nueve participantes, y las restantes mejoraron significativamente la expresión emocional, autoestima, confianza y relaciones interpersonales.

Para el análisis cualitativo de los datos, se investigaron principalmente los cambios en las conductas alimentarias como las dietas en el caso de las participantes con BN. Para ello, las respuestas a la entrevista se clasificaron en cuatro categorías: variaciones en los pensamientos dicotómicos, cambios al percatarse de cómo se estaba alimentando, modificaciones en la selección de alimentos nutritivos y desapego cognitivo y emocional en relación con la comida. Los resultados indican que las participantes cambiaron sus esquemas cognitivos para poder disminuir o, en su caso, eliminar los atracones y los malos hábitos alimentarios.

Una investigación más fue la que realizaron Kenardy, Mensch, Bowen, Green y Walton (2002), quienes compararon la TCC grupal para el TC con un grupo de terapia no específica; cabe mencionar que este tipo de terapia no tiene un soporte teórico o empírico en los trastornos de alimentación. Otro dato relevante es que las 34 participantes además de padecer TC también presentaban diabetes tipo dos. Estas mujeres fueron asignadas de forma aleatoria a las dos condiciones experimentales durante 10 semanas, donde se incluyeron evaluaciones previas y posteriores al tratamiento y de seguimiento tres meses después de la conclusión del mismo. Los instrumentos que utilizaron para tomar las mediciones fueron: a) la *Eating Disorder Examination*, que fue adaptada para poder utilizarse con pacientes diabéticos, b) tres subescalas del *Eating Disorders Inventory*: bulimia, impulso hacia la delgadez e insatisfacción corporal y c) el *Well Being Questionnaire*, que mide la calidad de vida de los pacientes con diabetes.

En cuanto al procedimiento, las sesiones de tratamiento fueron grupales y de hora y media cada una. Los protocolos de ambos tratamientos estaban descritos en los manuales desarrollados por Kenardy. Los psicólogos que aplicaron los tratamientos (uno para cada grupo) tenían experiencia clínica y fueron supervisados por el mismo autor.

El tratamiento cognitivo-conductual se extrajo de la investigación evaluada por Telch, Agras, Rossiter, Wilfley y Kenardy (1990), en la cual se trabajó de forma individual durante 10 sesiones. Se hicieron cambios en la duración de las sesiones, en el formato grupal y se brindó información sobre la diabetes a las participantes. Este tratamiento se orientó hacia los factores que mantienen el TC: falta de una alimentación regular, dificultades en la imagen corporal e ideas erróneas sobre la alimentación. En la primera etapa, se les presentaron el modelo cognitivo del TC y las técnicas conductuales para cambiar los atracones por una alimentación regular. En la segunda fase, se implementaron técnicas cognitivas, en donde se prestó atención a las situaciones que antecedían a los atracones; también se trabajó la reestructuración cognitiva de los pensamientos erróneos y se les enseñaron habilidades para la resolución de problemas. En la última etapa, se buscó mantener la mejoría de las pacientes identificando las posibles situaciones de riesgo y brindándoles estrategias para afrontarlas; asimismo, se les pidió que llevaran a cabo registros de: a) alimentación, b) situaciones que provocaban el inicio de los atracones y c) pensamientos disfuncionales.

El tratamiento no específico se basó en los principios de Rogers (1977) y tiene dos componentes principales: la consejería no directiva y el desarrollo de evocaciones enfocadas. Dentro de este enfoque, el objetivo de la escucha es el incremento de identificación y aceptación de las emociones negativas, ya que esto puede ayudar a reducir la vergüenza, el miedo y la culpa que las pacientes presentan, lo cual promueve el desarrollo de habilidades de afrontamiento, al disminuir la sensación de falta de control y reducir la vulnerabilidad al presentar atracones. Al

igual que en el grupo de tratamiento cognitivo-conductual, las pacientes del tratamiento no específico monitorearon su conducta alimentaria y sus emociones por separado.

Los resultados del estudio no mostraron diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por ambos grupos al final del tratamiento; sin embargo, en la evaluación de seguimiento tres meses después, hubo una recaída significativa en las pacientes del grupo de terapia no específica, mientras que en las pacientes del grupo de TCC, los avances se mantuvieron. Por lo anterior, se puede concluir que la TCC se puede aplicar a pacientes con TC y con diabetes tipo dos manteniéndose los resultados positivos después del tratamiento.

Como puede observarse, mediante esta revisión de la literatura las investigaciones experimentales enfocadas en probar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con AN son limitadas; no obstante, se han realizado algunas siguiendo un método estricto y con instrumentos de medición apropiados; asimismo, las bases de los tratamientos incluyen: sesiones psicoeducativas, técnicas conductuales a través de autorregistros de comida y manejo de contingencias, sesiones de reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas, habilidades interpersonales y prevención de recaídas. Además, la modalidad de tratamiento que puede dar mejores resultados en este tipo de pacientes es el hospitalario.

En cuanto a la investigación realizada para probar la TCC en la BN, a pesar de que se ha utilizado el manual desarrollado por Fairburn, la mayoría de las investigaciones sólo reportan disminución del vómito y de los atracones, dejando de lado los otros síntomas del trastorno (insatisfacción con la imagen corporal y baja autoestima), por lo que es necesario medir la eficacia del tratamiento en todos los aspectos relacionados con el trastorno. Hoy en día se cuentan con varias opciones para implementar los tratamientos, prueba de ello son las investigaciones en donde se ha comprobado la eficacia de las guías de autoayuda con apoyo terapéutico cara a cara y vía internet, el tratamiento externo individual y grupal, y el uso de herramientas para la

psicoeducación, como los videos, las presentaciones por computadora y los cuadernillos informativos.

Con respecto a las investigaciones enfocadas en el TC, al igual que en las dirigidas a la BN, las guías de autoayuda y el tratamiento externo con enfoque del TCC, han sido útiles tanto en pacientes obesos como en pacientes con diabetes tipo 2.

Por lo que, tomando en cuenta los preceptos de la TCC enfocada en los trastornos de la alimentación, se desea desarrollar y evaluar una intervención que ayude a mujeres que presentan conductas alimentarias de riesgo a reestructurar sus esquemas cognitivos y de esta forma evitar el desarrollo de patologías tan severas como los trastornos de alimentación.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1 Justificación del Problema

Las conductas alimentarias de riesgo son un problema de salud que afecta tanto a adolescentes como a jóvenes, en su mayoría mujeres, que tienen una percepción errónea de su cuerpo y que, al intentar bajar de peso, ponen en peligro su vida. Por ello, es de suma importancia desarrollar intervenciones eficaces que ayuden a mejorar su condición mental.

Con este estudio se desea aportar al campo de la psicología clínica y de la salud la instrumentación y evaluación de una intervención aplicada a pacientes con conductas alimentarias de riesgo e incrementar el conocimiento teórico práctico en este campo de investigación y de la clínica.

La relevancia social de este estudio consiste en desarrollar una intervención psicológica que mejore la esfera cognitivo-conductual de la población que presenta este tipo de conductas y difundirlo para que se aplique tanto en instituciones públicas como privadas.

4.2 Problema de Investigación

1. ¿La intervención cognitivo-conductual aplicada a mujeres con conductas alimentarias de riesgo producirá cambios funcionales y estadística y clínicamente significativos, en las conductas y/o actitudes relacionadas con los factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria?

2. ¿Los efectos de la intervención cognitivo-conductual, podrán estimarse en los cambios (con tamaños grandes del efecto) en las variables dependientes o en los factores de riesgo, tales como: dieta crónica restrictiva, comer compulsivo, insatisfacción corporal, alteración corporal, autoestima, sentimientos de ineficacia, conciencia interoceptiva y miedo a madurar?

4.3 Hipótesis general de trabajo

La intervención cognitivo-conductual aplicada a mujeres con conductas alimentarias de riesgo (dieta crónica restrictiva y comer compulsivo) producirá cambios funcionales en los factores de riesgo conductuales: dieta crónica restrictiva y comer compulsivo; en la imagen corporal, factores nodales en las conductas alimentarias: insatisfacción corporal, alteración corporal y autoestima; así como también en los factores de riesgo cognitivos: sentimientos de ineficacia, conciencia interoceptiva y miedo a madurar.

4.4 Hipótesis específicas de trabajo

H1. Los factores de riesgo (dieta crónica restrictiva, comer compulsivo, insatisfacción corporal, alteración corporal, autoestima, sentimientos de ineficacia, conciencia interoceptiva y miedo a madurar) cambiarán de un rango con riesgo a uno sin riesgo con significancia estadística y clínica, después de la aplicación del programa de prevención (pre-post).

H2. Los resultados post-intervención de los factores de riesgo (dieta crónica restrictiva, comer compulsivo, insatisfacción corporal, alteración corporal, autoestima, sentimientos de ineficacia,

conciencia interoceptiva y miedo a madurar) mostrarán cambios saludables estadística y clínicamente significativos en las post-evaluaciones de seguimiento (3 y 6 meses).

4.5 Definición de Variables

4.5.1 Variables dependientes

4.5.1.1 Factores de riesgo asociados a los TCA:

Dieta crónica restrictiva. *Definición conceptual:* seguimiento intencional de un régimen alimentario restringido con el fin de controlar el peso corporal de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993; Gómez-Peresmitré, 1997). *Definición operacional:* puntuación que se obtendrá por arriba del punto de corte (3.11) en el factor 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con TCA (EFRATA) (Gómez-Peresmitré, 1997), que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva.

Conducta alimentaria compulsiva. *Definición conceptual:* alimentación que supera la ingesta de calorías adecuadas para una persona, lo cual puede llevar al desarrollo de TCA (Pineda, 2006). *Definición operacional:* puntuación que se obtendrá por arriba del punto de corte (3.11) en el Factor 1 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con TCA (EFRATA) (Gómez-Peresmitré, 1997), la cual mide la conducta alimentaria compulsiva.

Alteración de la Imagen Corporal. *Definición conceptual:* grado de variación con el que la persona aumenta o disminuye la percepción de su peso corporal debido a la preocupación por la figura y el

miedo a subir de peso. *Definición operacional:* diferencia positiva (sobreestimación) o negativa (subestimación) entre la autopercepción del peso corporal y el peso real (IMC), la cual se mide con una escala en la que la participante califica cómo se percibe (muy delgada hasta muy gorda) y con el IMC (peso/talla²). La escala tiene un continuo de 0 al 5 por lo que las participantes que tengan un número diferente a 0 estarán en riesgo y entre más se acerquen al puntaje 5, estarán en mayor riesgo (Gómez-Peresmitré, 1993).

Insatisfacción con la Imagen Corporal. *Definición conceptual:* grado en que difieren la percepción del tamaño y la forma corporal del tamaño con la forma corporal ideal deseado por el individuo, lo cual provoca desagrado o rechazo del propio cuerpo. *Definición operacional:* diferencia entre la figura actual y la figura ideal; la escala tiene un continuo de 0 al 5 (positivo o negativo) por lo que las participantes que tengan un número diferente a 0 estarán en riesgo y entre más se acerquen al puntaje 5 o -5, estarán en mayor riesgo, asimismo entre más grande sea la divergencia, mayor será la insatisfacción. Ésta puede ser positiva, porque quiere estar más delgada, o negativa, ya que desea incrementar su tamaño. (Gómez-Peresmitré, 1997).

Autoestima. *Definición conceptual:* evaluación estable que el individuo hace de sí mismo, que expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que se siente capaz, significativo, exitoso y valioso (Coopersmith, 1981). *Definición operacional:* puntuación que se obtendrá de la escala de autoestima. Esta escala no tiene puntos de corte, el puntaje mayor en la subescala de autoestima positiva es 36 y en la subescala de autoestima negativa es 32, así que, a mayor puntuación obtenida, mayor autoestima positiva o negativa (Reidl, 2002).

Conciencia Interoceptiva. *Definición conceptual:* confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y sensoriales (Garner, 1991). *Definición operacional:* puntuación que se obtendrá por arriba del punto de corte (9.12) en la escala “conciencia interoceptiva” del Inventario de TCA (EDI-2) (Garner, 1991). Versión validada en México.

Ineficacia. *Definición conceptual:* sentimiento de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida (Garner, 1991). *Definición operacional:* puntuación que se obtendrá con la escala de “ineficacia” por arriba del punto de corte (8.5) del Inventario de TCA (EDI) (Garner, 1991). Versión validada en México.

Miedo a la madurez. *Definición conceptual:* deseo de volver a la seguridad de la infancia, en donde los padres son los proveedores y gratificadores de los hijos, es decir, satisfacen todas sus necesidades fisiológicas y materiales: casa, educación, sustento y servicios médicos (Garner, 1991). *Definición operacional:* puntuación que se obtendrá con la escala de “miedo a la madurez” por arriba del punto de corte (9.1) del Inventario de TCA (EDI) (Garner, 1991). Versión validada en México.

4.5.2 Variable Independiente

4.5.2.1 Intervención cognitivo-conductual

Definición conceptual: Se basa en el principio que señala que las emociones del ser humano, su personalidad, su pensamiento y su lenguaje están determinados por los principios del aprendizaje,

por lo que su propósito es modificar los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo para resolver problemas específicos (Berinstáin y Szydlo, 1998).

Definición operacional: las fases de la intervención cognitivo conductual fueron a) psico-educativa, se brinda información relacionada con las CAR; b) reestructuración cognitiva, se modifican las distorsiones cognitivas relacionadas con las CAR, autoestima e imagen corporal; c) resolución de problemas, se aprende a identificar y solucionar los problemas de la vida cotidiana para que tengan mejores herramientas de afrontamiento; y d) prevención de recaídas, se analizan las circunstancias que pueden llevar a la paciente a sufrir de nuevo los mismos síntomas y se prevén alternativas que buscan evitar la recaída. Ver tabla 3.

Tabla 3.

Contenido de las sesiones del programa de prevención

Número de sesión	Programa de Intervención Cognitivo-Conductual	Programa Nutricional
1	Sesión psicoeducativa sobre los factores de riesgo relacionados con los TCA.	Historia clínica nutricional.
2	Sesión psicoeducativa sobre las consecuencias físicas y psicológicas de los TCA.	No hay sesión de nutrición.
3	Patrón de alimentación.	No hay sesión de nutrición.
4	No hay sesión psicológica.	Sesión psicoeducativa de los diferentes nutrientes (carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales, grasas).
5	No hay sesión psicológica.	Menú de alimentos.
6	Presentación del Modelo de la Terapia Cognitiva-Conductual	Sesión psicoeducativa sobre los equivalentes de alimentos.
7	Reestructuración cognitiva de pensamientos generales.	Sesión psicoeducativa sobre “5 frutas y verduras al día” y “colaciones saludables”.
8	Reestructuración cognitiva de pensamientos relacionados con la alimentación.	Sesión psicoeducativa de modelos de alimentos.
9	Identificación, expresión y regulación de sentimientos.	Sesión psicoeducativa de recipientes de cocina.
10	Pilares de la autoestima.	Sesión psicoeducativa de degustación de alimentos.
11	Reestructuración cognitiva de los pensamientos relacionados con la imagen corporal.	Sesión de reforzamiento y revisión de menús y seguimiento de equivalentes.
12	Reestructuración cognitiva de las creencias centrales relacionadas con la alimentación.	Sesión de reforzamiento y revisión de menús y seguimiento de equivalentes.
13 y 14	Resolución de problemas.	Sesión de reforzamiento y revisión de menús y seguimiento de equivalentes.
15	Prevención de recaídas.	Cierre.

4.6 Tipo de estudio

Investigación cuasiexperimental, clínica y longitudinal.

4.7 Diseño

Se trabajó con un diseño de preprueba – posprueba con dos seguimientos: tres y seis meses después de la intervención en un grupo experimental (Ver Tabla 4), combinado con el diseño experimental de medidas repetidas con (N = 1) mediante la estrategia de series intra (Ver tabla 5).

Tabla 4.

Diseño de Pre-prueba – Pos-prueba

Grupo	Pre-evaluación	Intervención	Post-evaluación	Seguimientos	
G1	O ₁	X ₁	O ₂	O ₃	O ₄

Tabla 5.

Diseño experimental de medidas repetidas con (N = 1).

Sujeto	Pre-eval	Intervención														Pos-eval	S	S	
1	O ₁	X ₁ O ₂	X ₁ O ₃	X ₁ O ₄	X ₁ O ₅	X ₁ O ₆	X ₁ O ₇	X ₁ O ₈	X ₁ O ₉	X ₁ O ₁₀	X ₁ O ₁₁	X ₁ O ₁₂	X ₁ O ₁₃	X ₁ O ₁₄	X ₁ O ₁₅	X ₁ O ₁₆	O ₁₇	O ₁₈	O ₁₉

4.8 Muestra

Se utilizó una muestra sub-clínica enfocada no probabilística, integrada por N=30 participantes del sexo femenino, entre 17 y 26 años de edad (M = 20.63, DS = 2.39), solteras, quienes fueron diagnosticadas a través de los factores de conducta alimentaria compulsiva y dieta restrictiva de la prueba EFRATA, en donde sus puntajes fueron mayores al punto de corte establecido (3.11) y que solicitaron la intervención en dos centros que proveen servicios psicológicos.

4.9 Instrumentos, mediciones y aparatos

4.9.1 Instrumentos

4.9.1.1 Guía de Entrevista Individual

Se elaboró una guía de entrevista individual y se validó por medio del método de jueceo. Las áreas exploradas fueron: a) conciencia de malestar, b) dinámica familiar, c) actitud hacia la comida, d) motivación para adelgazar, e) dieta restrictiva, f) atracón, g) conductas compensatorias, h) imagen corporal, i) menarca y amenorrea secundaria, j) estrés y ansiedad y k) vigilia (De la Vega & Gómez-Peresmitré, 2008) Ver apéndice A.

4.9.1.2 Escala de Autoestima “Yo como persona”

La escala “Yo como persona” (Reidl, 2002) se compone de 17 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de totalmente de acuerdo (puntaje=4) hasta totalmente en desacuerdo (puntaje=1), distribuidos en dos factores. El primero mide autoestima negativa, consta de ocho afirmaciones; varianza=19.8 y alfa=0.82. El segundo factor evalúa la autoestima positiva y consta de nueve afirmaciones; varianza=18.9 y alfa=0.79. Ver apéndice B.

4.9.1.3 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

Es un inventario autoaplicable diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y la BN (Garner, 1991). El EDI-2 consta de 91 reactivos tipo Likert con seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre). Las

primeras tres opciones se califican con valor 0 y las últimas tres, en un continuo del 1 al 3, respectivamente. Los reactivos se agrupan en once sub-escalas; sin embargo, para los propósitos de esta investigación sólo se utilizaron las siguientes: a) ineficacia, b) miedo a la madurez y c) conciencia interoceptiva. Todas las sub-escalas tienen un alfa mayor que 0.85. La consistencia interna general de alfa es de 0.98 (García-García, Vásquez-Velázquez, López-Alvarenga y Arcila-Martínez, 2003). Ver apéndice B.

4.9.1.4 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)

La escala mide los factores de riesgo que se relacionan con los TCA (Gómez-Peresmitré, 1993) y tiene un alfa general de 0.90. La versión para mujeres está formada por siete factores que explican 42.8% de la varianza con un alfa de 0.88. Para propósitos de este estudio sólo se aplicaron dos factores: 1) Conducta Alimentaria Compulsiva, formada por 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde nunca (1) hasta siempre (5), con varianza=12.4% y consistencia interna alfa=.90; el punto de corte que se utiliza para identificar si las participantes presentan esta conducta como factor de riesgo es de 3.11 y 2) Dieta crónica restrictiva, compuesta por ocho afirmaciones tipo Likert con las mismas opciones de respuesta del factor anterior, con varianza= 2.6% y coeficiente alfa=0.81 y su punto de corte es de 3.11. Ver apéndice B

4.9.1.5 Escala de Insatisfacción y Alteración Corporal

La insatisfacción corporal se mide con dos escalas visuales formadas por nueve siluetas cada una, ordenadas al azar (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1993), que cubren un continuo de peso corporal que va desde una silueta muy delgada (1) hasta una muy gruesa (9), pasando por una con peso normal

(5 y 6). La escala tiene un alfa de 0.85. En la primera escala, el participante marca con una X la silueta que más se asemeja a la figura corporal que tiene en ese momento (Figura Actual), y en la segunda escala, marca con una X la silueta que se asemeja a la figura corporal que le gustaría tener (Figura Ideal).

El grado de insatisfacción corporal se estima como una diferencia entre figura actual y figura ideal, que puede ser positiva (insatisfacción positiva), cuando se produce porque se desea estar más delgada, o negativa (insatisfacción negativa), porque se desea tener mayor peso. Por lo tanto, a mayor diferencia, mayor insatisfacción. Asimismo, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción corporal (Gómez-Peresmitré, 1993).

La Alteración Corporal se evalúa mediante la diferencia entre un indicador objetivo, el IMC, y un indicador subjetivo, la percepción que se tiene del cuerpo. El IMC de acuerdo con la OMS (1995) se clasifica en muy bajo peso (de 16 a 16.99), bajo peso (de 17 a 18.49), peso normal (de 18.5 a 24.9), sobrepeso (de 24.5 a 29.9) y obesidad (> 30). Estas categorías se convierten a una escala que va del 1 al 5. La percepción del cuerpo se mide con una escala de 5 categorías de peso corporal, que van desde muy delgado (flaco) (1) a muy gordo (obeso) (5). Si la percepción del participante es igual al IMC, se interpreta como no alteración; si la percepción es mayor que el IMC, es igual a sobreestimación, y si la percepción es menor que su IMC, equivale a subestimación (Gómez-Peresmitré, 1993). Ver apéndice B.

4.9.2 Aparatos

En las sesiones psicoeducativas, tanto las nutriólogas como las psicólogas utilizaron computadoras portátiles (HP). Las pacientes fueron pesadas en una báscula electrónica marca TANITA con una

capacidad de 200 kg y una precisión de .10 gramos, y medidas con un estadímetro portátil tipo escuadra marca SECA Modelo 206 con cinta métrica y un rango de medición de 0-220 cm.

4.10 Materiales

Se elaboró un manual de capacitación con el que se entrenó a las psicólogas y nutriólogas que aplicaron el programa. Se diseñó un manual de intervención que incluía tanto los contenidos del programa cognitivo-conductual como los formatos de trabajo (plan semanal de alimentación, diarios de alimentación, registro de pensamientos, identificación de sentimientos, modificación de creencias centrales, ejercicio de resolución de problemas y cuestionario para prevención de recaídas). Para el formato de los diarios de alimentación, ver apéndice C.

Se implementó un formato de registro semanal en donde las participantes marcaban con una X, en una escala del 1 al 10, las conductas, pensamientos y sentimientos que habían tenido relacionados con la alimentación. Se elaboraron dos formatos para la supervisión semanal de los casos: uno para las psicólogas y otro para las nutriólogas. Ver apéndice C.

Asimismo, con el propósito de reforzar los contenidos de las sesiones psicoeducativas del programa, se diseñaron 10 trípticos con los siguientes temas: características de los TCA y FR, consecuencias clínicas y psicológicas de los TCA, expresión de sentimientos, guía de orientación alimentaria, ingesta de frutas y verduras “5 al día”, colaciones saludables y guía de equivalentes. Además, las nutriólogas utilizaron modelos de alimentos para proporcionar la orientación alimentaria, los cuales fueron diseñados y elaborados en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE (Pale, 1997).

4.11 Procedimiento

La difusión del programa de prevención se hizo a través de mantas colocadas afuera de las instancias en donde se aplicó, asimismo se colocaron carteles y se repartieron trípticos con información del programa en las facultades del campo universitario (Ciudad Universitaria).

Se contactó a las participantes que acudieron a solicitar ayuda relacionada con las CAR al Centro de Servicios Psicológicos y al Sistema de Orientación en Salud, ambos de la UNAM y se seleccionaron a aquellas mujeres que presentaban conductas alimentarias de riesgo (muestra enfocada). Se les notificó que la intervención era parte de una investigación de doctorado, por lo que se les solicitó que firmaran una carta de consentimiento informado; además, se obtuvo el consentimiento informado de los padres de las participantes que eran menores de edad.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por los jefes de atención psicológica de los lugares en donde se implementó el programa de prevención.

Para seleccionarlas, dos psicólogas se encargaron de realizar la aplicación de la entrevista individual y de los instrumentos previos a la prevención. Posteriormente, cada participante fue asignada a una diáda conformada por un psicólogo y una nutrióloga, quienes aplicaron el programa de prevención cognitivo-conductual (PPCC) y brindaron el apoyo nutricional.

Dichos terapeutas fueron capacitados y evaluados cuatro horas semanales durante nueve meses por la investigadora.

El PPCC constó de 15 sesiones de 60 minutos, siguiendo las indicaciones del manual desarrollado específicamente para esta investigación. Las nutriólogas se encargaron de pesar y medir a las participantes, del proceso psicoeducativo y del régimen alimentario apropiado para cada participante, para lo cual se basaron en el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (Pérez, Palacios y Castro, 2008).

Para pesar y medir a las participantes, las nutriólogas utilizaron el siguiente método:

a) En cuanto a la evaluación del peso: se tomaron en cuenta los pasos que el Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud (SSA) para la Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas (2002) señala:

-Primero se instala la báscula.

-Se localiza una superficie plana horizontal y firme para colocarla. No se coloca sobre alfombra, ni tapetes.

-El participante debe estar descalzo, con un mínimo de ropa.

-Si por razones de fuerza mayor fuera necesario mantener parte de la ropa (por falta de privacidad, baja temperatura ambiental), se resta el peso de esas prendas del peso obtenido.

-Se le pide al participante que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador. Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caen naturalmente a los lados.

-Dado que la báscula a utilizar será electrónica, se toma la lectura del número que se encuentre parpadeando.

-Se registra el dato en la hoja de toma de datos correspondiente.

b) Para evaluar la talla: primero se instala el estadímetro, siguiendo los pasos que el Manual de Procedimientos de la SSA (2002) describe:

-Se localiza una pared y un piso lo más liso posible, sin zoclo, ni grada, no inclinado ó sin desnivel. La pared y el piso deben formar un ángulo recto de 90°.

-Para colocarlo se requiere dos personas, una de ellas sitúa el estadímetro entre el piso y la pared, formando un ángulo de 90° sin soltarlo. La otra extiende la cinta métrica del estadímetro en

forma vertical en dirección hacia el techo. Cuando la persona que sostiene el estadímetro indique que la cinta llegó a cero, ésta se fija en la pared con cinta adhesiva. Una vez fijo el estadímetro portátil, la persona que lo sostiene en el piso podrá soltarlo y éste se enrollará solo. El estadímetro entonces esté listo para ser utilizado.

-En una hoja se marca la forma correcta en que deben ir los pies y se pega la hoja al piso por debajo del estadímetro portátil. Los pies marcados deben quedar centrados en medio de la base del estadímetro.

Posteriormente el procedimiento para la medición es el siguiente:

– Se le informa al participante sobre las actividades que se van a realizar.

– Se le indica a la persona que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello. Si es necesario se le ayuda.

– Se coloca a la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios.

– Se verifica que los pies estén en posición correcta.

– Se asegura que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.

-Se traza una línea imaginaria (Plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo. Esta línea debe ser paralela a la base del estadímetro y formar un ángulo recto con respecto la pared.

– Al hacer la lectura se asegura que los ojos del observador y la escala del equipo, estén a la misma altura.

– Si la marca del estadímetro se encuentra entre un centímetro y otro, se anotará el valor que esté más próximo; si está a la mitad, se tomará el del centímetro anterior.

Además, en cada una de las sesiones, las pacientes contestaron una hoja de registro para monitorear sus conductas, sus pensamientos y emociones en torno a la comida, peso e imagen corporal. Llenaron los formatos de los diarios de alimentación en donde escribieron sus patrones de comida (horarios, lugar, tipo de alimentos, restricciones, atracones, vómitos o purgas y ejercicios con el propósito de bajar de peso) y los pensamientos y sentimientos que experimentaban al momento de alimentarse. Asimismo, cada semana la investigadora realizó la supervisión de cada una de las 12 parejas terapéuticas, guiándose con los formatos diseñados para dicha actividad. Después de la intervención, se realizó otra medición (postest) y se aplicaron los mismos instrumentos que se utilizaron en el pretest. Tres meses más tarde, se realizó la primera evaluación de seguimiento. Seis meses después de la conclusión de la intervención, se llevó a cabo la segunda evaluación de seguimiento. En la Figura 5 se ilustra el procedimiento general de la investigación.

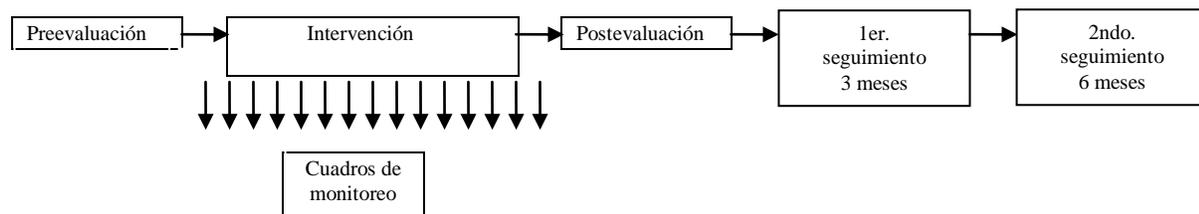


Figura 5. Procedimiento de la investigación.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1 Análisis Descriptivo de la Muestra

La muestra no probabilística quedó formada por $N = 30$ mujeres diagnosticadas con conductas alimentarias de riesgo, solteras y de entre 17 y 26 años de edad ($M = 20.63$, $DS = 2.39$). La edad de las participantes con síntomas de tipo restrictivo —quienes obtuvieron un puntaje igual o mayor a 3.11 en la sub-escala de dieta crónica restrictiva de la escala EFRATA— ($n = 10$) osciló entre 17 y 26 y el 40% tenían entre 20 y 22 años. En cuanto a las participantes identificadas síntomas de tipo compulsivo —aquellas que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 3.11 en la sub-escala de conducta alimentaria compulsiva de la escala EFRATA— ($n = 20$), su edad osciló entre 18 y 26 años y el 30% tenía 18 años. Así, el promedio de edad del grupo de comedoras compulsivas fue menor que el de las dietantes restrictivas. Con respecto al tiempo que llevaban manifestando CAR, las participantes que hacían una *dieta crónica restrictiva* tenían entre 2 y 7 años con estas conductas, que habían comenzado entre los 12 y 22 años de edad. Por su parte, las participantes que comían de forma compulsiva tenían entre 1 y 11 años con dichas conductas, que aparecieron cuando tenían entre 9 y 20 años de edad.

El 83% de las participantes reportó escolaridad de nivel superior y 17% de nivel medio superior; 90% eran estudiantes, 7% trabajaba y 3% no reportó actividad alguna. El 70% de las participantes estudiaba en la UNAM: 30% en la Facultad de Psicología, 16.7% en la Escuela Trabajo Social y 13.3% en la Facultad de Filosofía y Letras; el porcentaje restante se distribuyó entre las carreras de Derecho, Medicina y Odontología. Mientras que el 30% eran participantes externas a la institución; no se recabaron datos con respecto a su nivel socioeconómico.

El indicador antropométrico para evaluar el estado nutricional con que llegaron las participantes fue el IMC en: Peso Bajo (6.7%), Peso Normal (46.7%), Sobrepeso (36.7%) y Obesidad (10%). Al finalizar el programa los porcentajes se modificaron de la siguiente forma: 66.7% estuvo en Peso Normal, 23.3% en Sobrepeso y 10% en Obesidad; ninguna participante se situó en Peso Bajo después de la intervención. Las dos participantes que se encontraban en el rango de Peso Bajo subieron de peso en promedio 2.75 kg al terminar la intervención, por lo que su IMC cambió a Peso Normal. De las 11 participantes con sobrepeso, cuatro bajaron de peso entre 7 y 15 kg, por lo que su IMC también cambió a Peso Normal; las siete restantes, aunque permanecieron en la misma categoría de IMC, en promedio bajaron de peso 4 kg. Por último, a pesar de que ninguna de las tres participantes con Obesidad cambió a Peso Normal o Sobrepeso, dos de ellas también bajaron 4 kg de peso en promedio. En conclusión, las participantes con Peso Bajo cambiaron a Peso Normal, algunas de las que se encontraban en Sobrepeso también cambiaron a Peso Normal, y las que estaban dentro del rango de Obesidad, aunque se mantuvieron en éste, lograron bajar de peso. Ver tabla 6.

Nota: Desde 1995 se utiliza el IMC de la OMS para establecer el estado nutricional en mujeres mayores a 18 años, y para aquellas menores a 18 años, se utilizan los percentiles del Centro Nacional para Estadísticas de la Salud (NCHS, 2000). Sin embargo en esta investigación sólo se hizo uso del IMC para toda la muestra (OMS, 1995). Ver tabla 6.

Tabla 6.

Descripción de la muestra

	F	Porcentaje %	Media M(DS)		F	Porcentaje %
Edad			20.63	Carrera		
17-19	13	43.33	(2.39)	Psicología	9	30.0
20-22	11	36.63		Trabajo Social	5	16.7
23-26	6	20.00		Filosofía y Letras	4	13.3
				Derecho	1	3.3
				Medicina	1	3.3
				Odontología	1	3.3
				Ninguna	6	20.0
				Otra	3	10.0
Estado Civil				Estudiante UNAM		
Soltera	30	100		Sí	21	70.0
				No	9	30.0
Ocupación				Estado Nutricio		
Estudiante	27	90.0		Pre-Intervención		
Trabajadora	2	6.7		Bajo Peso (17.0-18.49)	2	6.7
Ninguna	1	3.3		Peso Normal (18.5-24.99)	14	46.7
				Sobrepeso (25.0-29.99)	11	36.7
				Obesidad I (30.0-34.99)	3	10.0
Escolaridad				Estado Nutricio		
Licenciatura	25	83.3		Pos-Intervención		
Preparatoria	5	16.7		Peso Normal (18.5-24.99)	20	66.7
				Sobrepeso (25.0-29.99)	7	23.3
				Obesidad I (30.0-34.99)	3	10.0

Nota. Como indicador del estado nutricio se empleó el Índice de Masa Corporal (OMS, 1995).

5.2 Análisis Previo y Posterior a la Intervención

El análisis de datos se realizó mediante el Programa SPSS 17.0. Se aplicó la prueba t para grupos relacionados a fin de comparar las mediciones previas a la intervención con las posteriores. Los resultados indicaron, como puede observarse en los valores de las medias de la tabla 7, que después de la intervención las siguientes variables disminuyeron significativamente: insatisfacción corporal ($M = .53$ $DE = 1.19$), $t(29) = 6.37$, $p < .000$ —16 de las participantes que se encontraban con un IMC de bajo peso y normo-peso, deseaban ser más delgadas y no aceptaban la forma de su

cuerpo, sin embargo después de la intervención, la mayoría ya se sentían satisfechas con este—; conducta alimentaria compulsiva ($M = 1.43$ $DE = .28$), $t(29) = 13.05$, $p < .000$; dieta crónica restrictiva ($M = 1.16$ $DE = .20$), $t(29) = 8.53$, $p < .000$; conciencia interoceptiva ($M = 1.23$ $DE = 2.14$), $t(29) = 8.37$, $p < .000$; miedo a la madurez ($M = 2.73$ $DE = 1.33$), $t(29) = 4.86$, $p < .000$; e ineficacia ($M = 4.23$ $DE = 2.81$), $t(29) = 7.56$, $p < .000$. La variable de autoestima positiva se elevó significativamente ($M = 30.17$ $DE = 3.31$), $t(29) = -8.01$, $p < .000$, mientras que la autoestima negativa disminuyó significativamente ($M = 12.97$ $DE = 3.20$), $t(29) = 7.21$, $p < .000$. Estos cambios fueron los que se esperaban como resultado de la intervención. Sin embargo, en la variable alteración corporal, aunque la media posterior a la intervención ($M = .17$ $DE = .46$) también fue menor que la media previa ($M = .43$ $DE = .72$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $t(29) = 1.61$, $p = .118$.

Además, se analizó el tamaño del efecto (Cohen, 1988) con los valores pre y post de las variables ($d = M_1 - M_2 / \sigma$) y se encontró que, a excepción de la variable alteración corporal, en todas las demás se obtuvo un índice mayor que .80, lo cual indica un tamaño del efecto grande (> .80) que puede traducirse como la eficacia de la intervención. De igual manera, se obtuvo la significancia clínica de los cambios con el método de Jacobson y Truax (1991), el Índice de Cambio Confiable (RCI, por sus siglas en inglés) ($RCI = X_{pos} - X_{pre} / S_{diff}$), y se encontró que las participantes pasaron de un nivel de riesgo a otro sin riesgo de desarrollar un TCA (>1.96). Ver tabla 7.

Tabla 7. Resultados de las variables antes y después de la intervención

Prueba de Hipótesis de Trabajo

Variables	Pre- intervención (DS)	Pos- intervención M (DS)	Valores de Prueba t	Tamaño del Efecto ^a	Significancia Clínica ^b
Alteración corporal	.43 (.72)	.17(.46)	1.16	-	-
Insatisfacción corporal	2.80 (1.49)	.53 (1.19)	6.37**	1.71	8.13
Conducta alimentaria Compulsiva	3.43 (.85)	1.43 (.28)	13.05**	3.2	12.90
Dieta crónica restrictiva	2.71 (.99)	1.16 (20)	8.53**	2.19	8.18
Conciencia interoceptiva	11.67 (6.78)	1.23 (2.14)	8.37**	2.11	8.16
Miedo a la madurez	9.87 (5.24)	2.73 (1.33)	4.86**	1.21	5.15
Ineficacia	9.40 (5.47)	4.23 (2.81)	7.56**	1.9	7.31
Autoestima positiva	22.27 (4.18)	30.17 (3.31)	-8.01**	2.13	10.03
Autoestima negativa	20.27 (5.11)	12.97 (3.20)	7.21**	1.74	7.68

Prueba de Hipótesis:

Se rechaza la H1 con respecto a la variable 1(alteración corporal) y se acepta la Ho.

Los resultados de las columnas 3, 4 y 5 permiten confirmar la H1 para las variables, 2 a 9 y rechazar las Ho. Respectivas.

Notas.

^a El tamaño del efecto se obtuvo con las diferencias del pos-intervención; los valores mayores que .80 indica que el tamaño del efecto es grande (Cohen, 1988).

^b La significancia clínica se calculó con el Índice de Cambio Confiable; los valores mayores que 1.96 indican un cambio positivo, es decir, el factor dejó de ser de riesgo.

** $p < .01$

5.3 Primer Seguimiento a 3 meses

Para verificar que los cambios comentados en la sección anterior (pre-post intervención) se mantienen, se aplicó la prueba *t* para grupos relacionados. A este seguimiento acudieron 27 de las 30 participantes que terminaron la intervención. Como puede observarse en los valores de las medias en la tabla 8, 3 meses después de haber finalizado la intervención, hubo cambios estadísticamente significativos en todas las variables medidas y en la dirección esperada. Hubo disminuciones en alteración corporal ($M = .04$ $DE = .19$) $t(26) = 2.59$, $p < .000$; insatisfacción corporal ($M = .52$ $DE = .84$) $t(26) = 6.90$, $p < .000$ —las participantes que estaban en normo peso se sentían satisfechas con su cuerpo y no deseaban adelgazarlo más—; conducta alimentaria compulsiva ($M = 1.52$ $DE = .38$) $t(26) = 10.28$, $p < .000$; dieta crónica restrictiva ($M = 1.23$ $DE = .24$) $t(26) = 6.98$, $p < .000$; conciencia interoceptiva ($M = 1.44$ $DE = 2.0$) $t(26) = 7.46$, $p < .000$; miedo a la madurez ($M = 4.48$ $DE = 2.96$) $t(26) = 3.53$, $p < .000$; ineficacia ($M = 3.04$ $DE = 1.42$) $t(26) = 6.00$, $p < .000$, y autoestima negativa ($M = 13.44$ $DE = 3.38$) $t(26) = 5.34$, $p < .000$. Asimismo, hubo un aumento significativo de la autoestima positiva ($M = 30.15$ $DE = 3.52$) $t(26) = -7.30$, $p < .000$. A diferencia de los resultados inmediatamente posteriores a la intervención, hubo una disminución estadísticamente significativa en la variable alteración corporal; los resultados en las demás variables se mantuvieron iguales.

Del mismo modo que en el análisis pre- y post-intervención, se analizó el tamaño del efecto con las mediciones de las variables previas a la intervención y las del primer seguimiento. Se encontró que en la variable alteración corporal, el tamaño del efecto fue mediano (.70), mientras que en las demás variables nuevamente se obtuvo un índice mayor que (>.80), lo que indica que la intervención resultó eficaz.

Además, se obtuvo la significancia clínica —en todas las variables evaluadas— la cual reflejó nuevamente que las participantes no presentaban riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, es decir, se mantuvieron los resultados de la evaluación pre-post intervención. Ver tabla 8.

Tabla 8.

Resultados de las variables pre-intervención y seguimiento a 3 meses.

Variables	Pre-Intervención M (DS)	Primer Seguimiento 3 meses M (DS)	Valores de Prueba t	Tamaño del Efecto ^a	Significancia Clínica ^b
Alteración corporal	.41 (.74)	.04 (.19)	2.59**	.70	10
Insatisfacción corporal	2.74 (1.55)	.52 (.84)	6.90**	1.81	13.61
Conducta alimentaria compulsiva	3.38 (.87)	1.52 (.38)	10.28**	2.82	25.09
Dieta crónica restrictiva	2.65(1.01)	1.23 (.24)	6.98**	1.97	27.65
Conciencia Interoceptiva	11.30 (7.33)	1.44 (2.0)	7.46**	1.87	25.54
Miedo a la Madurez	8.56 (5.47)	4.48 (2.96)	3.53**	.94	7.14
Ineficacia	9.52 (5.53)	3.04 (1.42)	6.00**	1.63	23.56
Autoestima positiva	22.81 (4.23)	30.15 (3.52)	-7.30**	1.92	10.81
Autoestima negativa	19.22 (4.97)	13.44 (3.38)	5.34**	1.38	8.86

Notas.

^a El tamaño del efecto se obtuvo con las diferencias del pos-intervención; los valores entre .40 y .79 indican un tamaño de efecto mediano y aquellos mayores que .80 indican un tamaño de efecto grande (Cohen,1998).

^b La significancia clínica se calculó con el Índice de Cambio Confiable; los valores mayores que 1.96 indican un cambio positivo, es decir, el factor dejó de ser de riesgo.

** $p < .01$

5.4 Segundo Seguimiento a 6 meses

Se aplicó la prueba t para grupos relacionados, con el propósito de analizar las variables estudiadas 6 meses después de haber concluido la intervención. En esta ocasión, acudieron al seguimiento 25 de las 27 participantes que asistieron al primer seguimiento. Los resultados indicaron, como puede observarse en los valores de las medias en la tabla 9, que los cambios favorables de la intervención se mantuvieron. Hubo disminución estadísticamente significativa en alteración corporal ($M = .04$ $DE = .20$) $t(24) = 2.82$, $p < .000$; insatisfacción corporal ($M = .68$ $DE = 1.06$) $t(24) = 6.66$, $p < .000$ —de modo que las participantes que se encontraban en normo peso no deseaban bajar más de peso—; conducta alimentaria compulsiva ($M = 1.53$ $DE = .53$) $t(24) = 10.02$, $p < .000$; dieta crónica restrictiva ($M = 1.29$ $DE = .41$) $t(24) = 6.08$, $p < .000$; conciencia interoceptiva ($M = 2.32$ $DE = 2.79$) $t(24) = 6.08$, $p < .000$; miedo a la madurez ($M = 3.64$ $DE = 2.73$) $t(24) = 4.59$, $p < .000$; ineficacia ($M = 2.92$ $DE = 1.28$) $t(24) = 5.58$, $p < .000$, y autoestima negativa ($M = 12.80$ $DE = 3.34$) $t(24) = 5.85$, $p < .000$. Además, nuevamente hubo aumento estadísticamente significativo en autoestima positiva ($M = 30.60$ $DE = 3.48$) $t(24) = -7.37$, $p < .000$. Ver tabla 9.

Una vez más, se analizó el tamaño del efecto, ahora con los valores pre-intervención y los del segundo seguimiento. Los resultados son similares a los del primer seguimiento; en la variable alteración corporal, el tamaño del efecto fue mediano (.66), y en las demás variables se obtuvo un índice mayor que .80, lo cual muestra la eficacia del tratamiento.

Además, se obtuvo la significancia clínica y nuevamente las participantes se mantuvieron sin riesgo a desarrollar un TCA. Ver tabla 9.

Tabla 9.

Resultados de las variables pre-intervención y seguimiento a 6 meses.

Variables	Pre-intervención M (DS)	Primer Seguimiento 6 meses M (DS)	Valores de Prueba t	Tamaño del Efecto ^a	Significancia Clínica ^b
Alteración corporal	.40 (.76)	.04 (.20)	2.82**	.66	9
Insatisfacción corporal	2.68 (1.54)	.68 (1.06)	6.66**	1.3	9.14
Conducta alimentaria compulsiva	3.36 (.90)	1.53 (.53)	10.02**	2.52	17.17
Dieta crónica restrictiva	2.55 (.93)	1.29 (.41)	6.08**	1.78	15.36
Conciencia Interoceptiva	11.60 (7.54)	2.32 (2.79)	6.08**	1.66	16.6
Miedo a la Madurez	8.80 (5.62)	3.64 (2.73)	4.59**	1.19	9.43
Ineficacia	9.56 (5.75)	2.92 (1.28)	5.58**	1.62	25.73
Autoestima positiva	22.92 (4.36)	30.60 (3.48)	-7.37**	1.98	11
Autoestima negativa	18.72 (4.82)	12.80 (3.34)	5.85**	1.45	8.86

Notas.

^a El tamaño del efecto se obtuvo con las diferencias del pos-intervención; los valores mayores que .80 indican un tamaño de efecto grande (Cohen, 1988).

^b La significancia clínica se calculó con el Índice de Cambio Confiable; los valores mayores que 1.96 indican un cambio positivo, es decir, el factor dejó de ser de riesgo.

** $p < .01$

5.5 Análisis de Medidas Repetidas

De acuerdo con Cardiel (1994) se considera que las participantes mejoran clínicamente cuando al final de la intervención logran incrementar un 20% en cada una de las áreas medidas. Así que, con el propósito de averiguar si al igual que en el análisis estadístico había una mejoría de índole clínica, se realizó una gráfica en donde se pueden observar los cambios en las siguientes áreas:

pensamientos, sentimientos y emociones relacionadas con las CAR. En el apéndice C se muestra la hoja de registro que las participantes contestaron semanalmente durante las 15 semanas que duró la intervención. En general, de las 30 participantes, 17 (56.66%) mejoraron más de 20% en las tres áreas medidas y 28 (93.33%) lo hicieron en al menos una de ellas. Asimismo, 23 (76.66%) mejoraron en sus pensamientos y sentimientos y 22 (73.33%) lo lograron en sus acciones.

A continuación se presentan 6 casos (3 dietantes crónicas restrictivas y 3 con conductas alimentarias compulsivas) que ejemplifican el avance logrado en cada una de las sesiones del programa de prevención; para salvaguardar la identidad de las participantes, se cambiaron sus nombres.

5.5.1 Participantes con conducta alimentaria compulsiva.

El primer caso representa a las participantes que lograron el mayor avance (entre 45% y 71% de mejoría en dos de las 3 áreas medidas) con la intervención cognitivo conductual. Isabel de 22 años, aumentó su porcentaje en las tres áreas medidas de la siguiente manera: pensamientos (45.83%) sentimientos (60.91%) y acción (31.67%). Ver figura 6. La historia del caso se encuentra en el apéndice D.

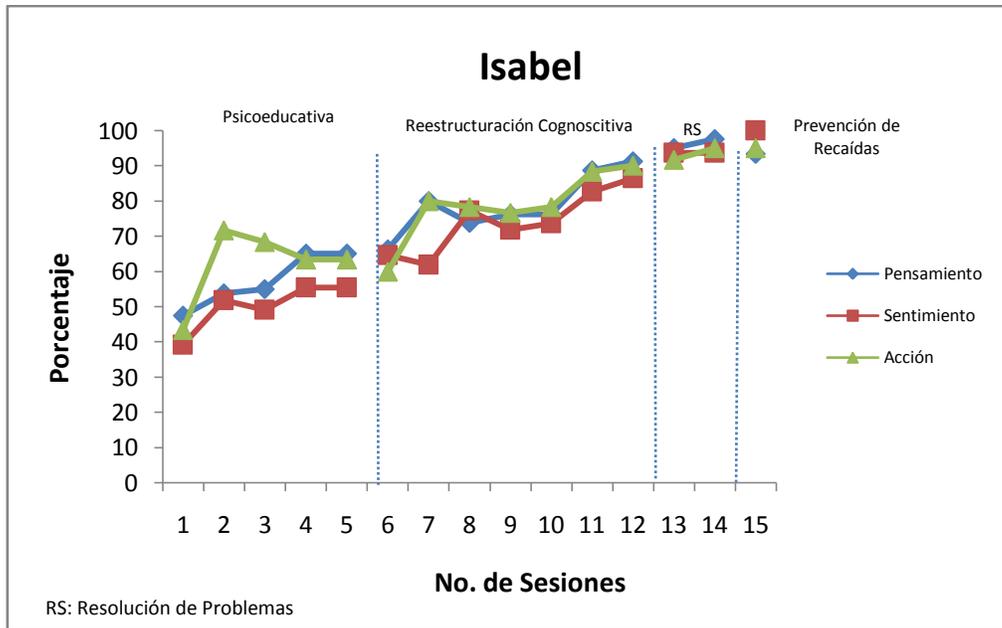


Figura 6. Medición semanal de Isabel.

El siguiente caso, representa a las participantes que tuvieron un avance regular (entre 23 y 46% de mejoría en dos de las tres áreas medidas) dentro del programa. Adriana de 23 años, aumentó su porcentaje en las tres áreas medidas de la siguiente forma: pensamientos (31.25%) sentimientos (61.54%) y acción (36.76%). Ver figura 7. Para ver la historia del caso refiérase al apéndice D.

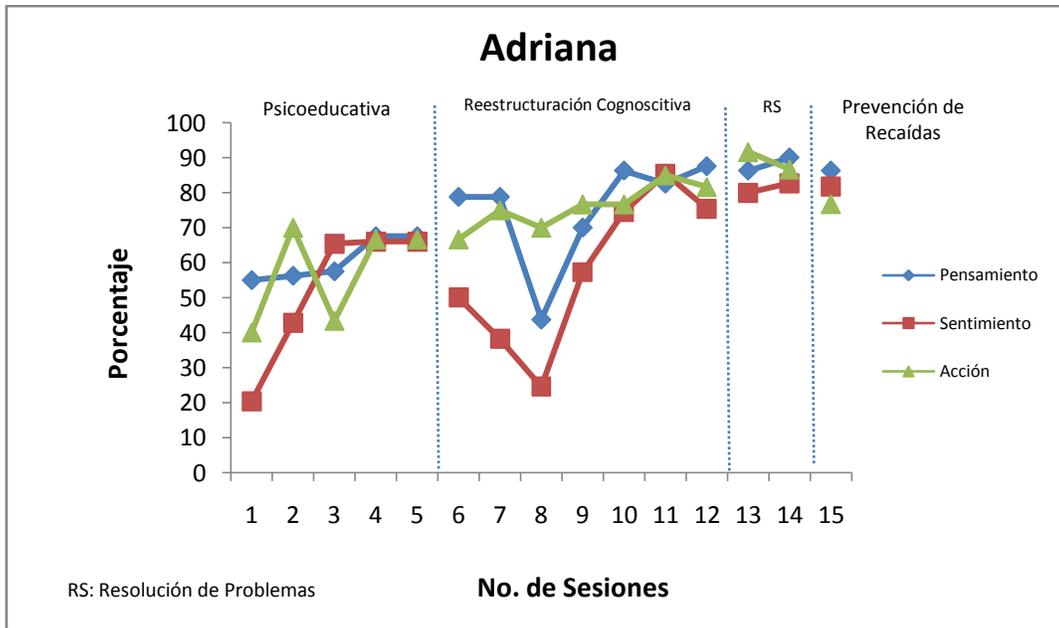


Figura 7. Medición semanal de la participante Adriana.

El último caso, representa a las participantes que tuvieron un menor avance (menos del 22% en alguna de las 3 áreas medidas) dentro del programa. Liliana de 22 años, aumentó su porcentaje de la siguiente forma: pensamientos (41.25%) sentimientos (30%) y acciones (0%). Ver figura 8. Ver apéndice D para la historia del caso.

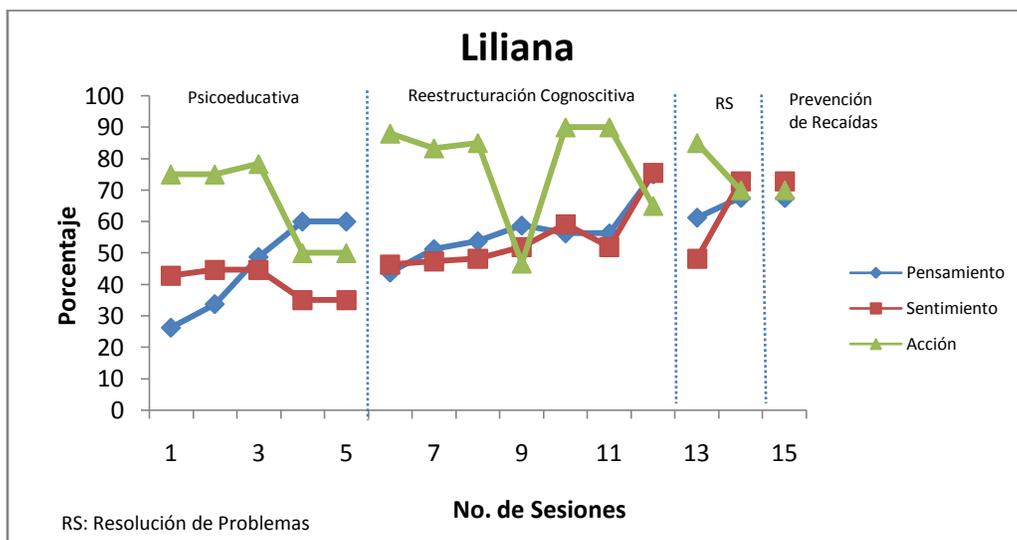


Figura 8. Medición semanal de la participante Liliana.

5.5.2 Participantes que realizan dieta crónica restrictiva

Ahora se presentan tres casos de participantes que se restringían en su alimentación. El primero representa el mayor avance alcanzado (entre 45% y 71% en dos de las tres áreas medidas).

Sheila de 19 años, aumentó su porcentaje de la siguiente forma: pensamientos (71.25%) sentimientos (34.55%) y acción (51.67%). Ver Figura 9.

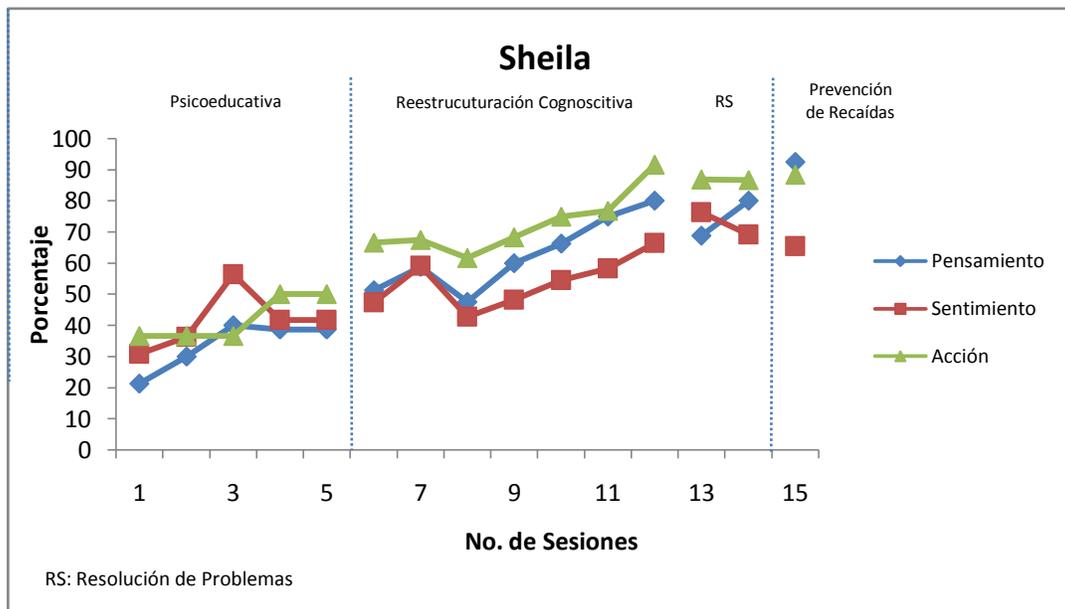


Figura 9. Medición semanal de la participante Sheila.

El segundo caso representa a las participantes que tuvieron un cambio moderado dentro del programa (entre el 23% y 46% en dos de las tres áreas medidas). Norma de 20 años, aumentó su porcentaje de la siguiente forma: pensamientos (36.3%) sentimientos (23.63%) y acción (26.73%). Ver Figura 10.

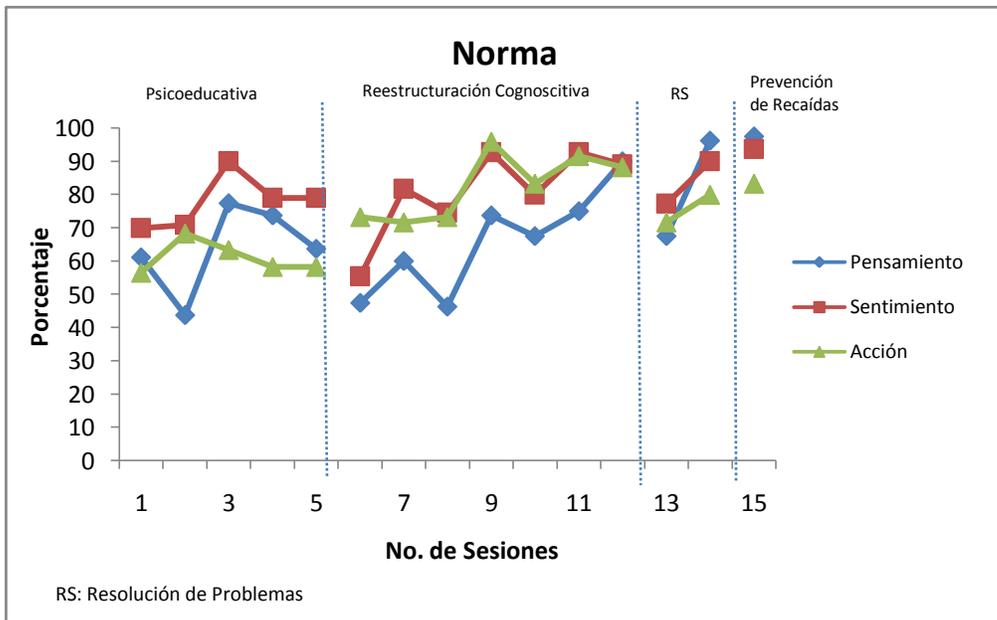


Figura 10. Medición semanal de la participante Norma

Este último caso, representa a las participantes dietantes restrictivas que tuvieron un menor porcentaje de avance (menos del 22% en alguna de las 3 áreas medidas).

Tatiana, de 22 años de edad, Al finalizar el programa de prevención, Tatiana aumentó su porcentaje de la siguiente manera: pensamientos (15%) sentimientos (26.37 %) y acción (15%).

Ver Figura 11.

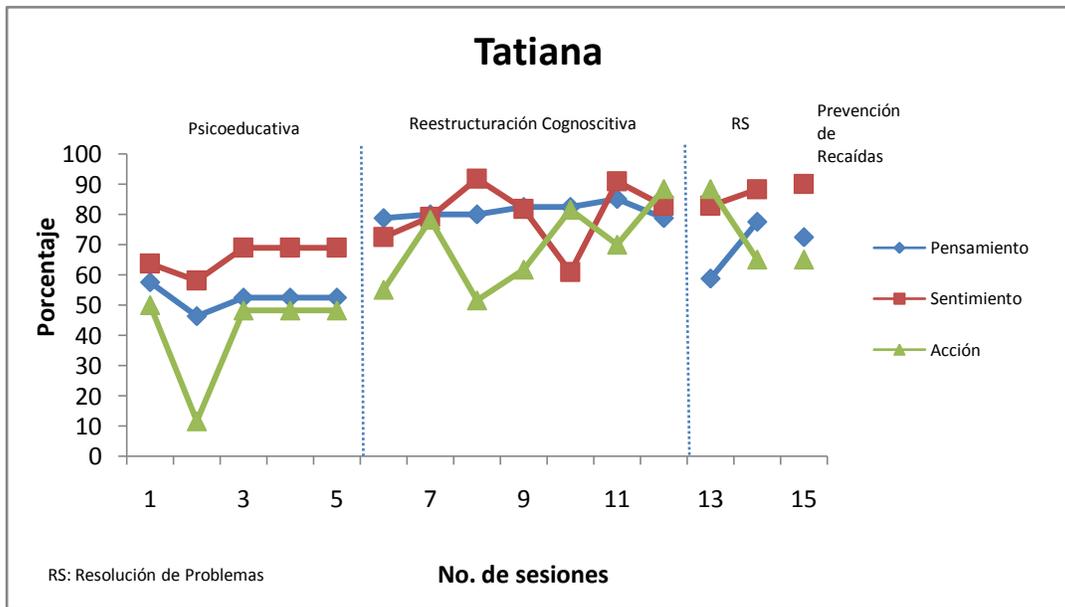


Figura 11. Medición semanal de la participante Tatiana.

5.6 Análisis de Contenido

5.6.1. Participantes que comen de forma compulsiva.

A través del análisis de contenido, se observó que los *factores familiares* relacionados con los TCA que influyeron en desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en este grupo de participantes fueron: divorcio de los padres, falta de comunicación entre los miembros (madre o padre), sobreprotección (madre), preocupación por el peso en algún miembro de la familia (críticas de la madre, padre, y/o hermano), abuso de alcohol por parte del padre, negligencia por parte de la madre ante el acoso sexual por parte del hermano menor, malos hábitos de alimentación (comidas con alto contenido de grasas, comida rápida), y expresión de amor a través de la comida.

Entre los *factores sociales* que promovieron la aparición de conductas alimentarias de riesgo se encontró la *presión por la delgadez* a través de mensajes de: los medios de comunicación

(e.g. modelos), en espacios deportivos, entre grupos de amigos o pareja (e.g. piensa que si no es delgada su novio no la va a querer), o dentro del ámbito laboral; además de la burlas y bromas que recibieron en la infancia y adolescencia temprana.

5.6.1.1. Relación de las variables medidas con el contenido de las sesiones del programa de intervención y los cambios observados.

Variable Conducta Alimentaria Compulsiva: Con respecto a los *hábitos alimentarios* de las participantes con conductas alimentarias compulsivas, presentaban impulso y hecho de atracón una vez a la semana. Los pensamientos irracionales que tenían las participantes con respecto a sus hábitos de alimentación, se pueden clasificar en: generalización, personalización, inferencia arbitraria y pensamientos dicotómicos, y algunos ejemplos se pueden observar en la siguiente tabla. Ver tabla 10.

Tabla. 10

Pensamientos irracionales con respecto a los hábitos de alimentación (1)

<i>Pensamientos Irracionales</i>
<ul style="list-style-type: none">• Si le desprecio el pan a mi papá o la tortilla a la abuelita de mi amiga se enojarán. Además es como rechazarlos.• Pienso que si me regalan la comida, me la tengo que comer a pesar de que no tenga hambre.• Necesito comer todo el tiempo.• Como chatarra porque nadie se mueve y prepara algo mejor.• Como por no saber decir no.• Si los demás comen, yo debo comer también.• Como para curarme o remediar lo que me sucede.• Para relacionarme con mi familia debo comer.• No puedo elegir alimentos saludables cuando voy al restaurante porque si lo hago mi novio me va a rechazar.• Qué tanto es tantito.• Es solo un antojo.• Como mi abuela hace la comida, como con grasa.• Ante cualquier problema debo comer.• Los esquites son menos dañinos que el pan, es como el postre.

Sin embargo a través de las sesiones del programa de prevención los cambios en sus hábitos alimentarios comenzaron a observarse a partir de la sesión 7 y estos fueron: disminución de sus porciones de alimentos, adherencia a su guía de alimentación, aunque todavía relacionaban sus emociones con la alimentación y algunas de ellas tenían dificultades económicas para poder adquirir los alimentos que las nutriólogas les sugerían.

Al finalizar las sesiones del programa, las participantes aprendieron a comer de forma equilibrada incluyendo frutas y verduras en su dieta habitual, siguieron su plan de alimentación de forma regular haciendo 5 tiempos de comida en las cuales incluyeron colaciones saludables, y se sintieron a gusto por comer las porciones adecuadas, además de distribuir el consumo de agua durante el día y establecer un horario para su alimentación, de igual forma dejaron de comer pequeñas porciones de forma repetitiva, así como también disminuyeron el consumo de refresco.

Asimismo ya no comieron ante el estrés o algún estado emocional y dejaron de comer de forma compulsiva.

En cuanto a los cambios en los pensamientos distorsionados de las participantes que comían de forma compulsiva, se observa que: ya no piensan que la grasa es mala, tampoco creen que deban recompensarse a través de la comida, ni que deben comer para relacionarse con sus familiares, o que el hecho de no comer lo que le regalan es un rechazo a la persona que se los da. Asimismo tampoco piensan que debido a que las personas a su alrededor comen ellas deban hacer lo mismo cuando no tienen hambre.

Variables Alteración e Insatisfacción Corporal: en cuanto a los pensamientos irracionales que tenían las participantes con conducta alimentaria compulsiva en relación a su *imagen corporal* se encontraban los siguientes: “las personas gordas son indisciplinadas”, “las personas flacas son felices”, “para ser femenina tienes que ser delgada”, “las mujeres deben tener cuerpos de súper

modelos”, “Gordura es igual a fealdad”, “Es necesaria una dieta para bajar partes del cuerpo, sino no me siento a gusto con mi cuerpo”, “No soy sexy, a pesar de tener un IMC normal”, “Tengo muchas lonjas y estoy muy ancha, a pesar de estar dentro de mi peso”.

Posterior a la intervención las participantes de este grupo se sienten satisfechas con su cuerpo, ya no se avergüenzan de este, asimismo no relacionan su imagen corporal con el estrés o con los problemas de la vida cotidiana, pueden verse al espejo sin juzgarse, no se preocupan de forma exacerbada por su peso, no tienen pensamientos obsesivos en cuanto a la delgadez, y una de ellas, deja de competir con su madre por quien es más esbelta.

Variable Autoestima: las participantes que comían de forma compulsiva, aumentaron su autoestima y en el ejercicio en donde se evaluaron los pilares de la autoestima (cualidades personales, familiar, social, escolar o laboral, sexual y físico) otorgaron entre 5 y 25% de su autoestima a su físico, mientras que a sus cualidades dieron entre el 20 y 40%, por lo que ya no depositan en el cuerpo su autovalía. Además ellas aceptan halagos por parte de sus pares y se aceptan tal como son.

Variable Conciencia Interoceptiva: en lo relacionado a la *identificación y expresión de sentimientos*, las participantes que comían de forma compulsiva identificaban en el estómago sentimientos de: alegría, tristeza, enojo, desesperación, y ansiedad; en la boca identificaban la ansiedad y la frustración; y por último, en la garganta identificaban el enojo.

En cuanto a su alimentación relacionada con las emociones, ellas afirman que comían cuando sentían: desesperación, ansiedad, y tristeza, confundiendo el hambre con la ansiedad, o comiendo de sobremanera ya que no identificaban la saciedad hasta que sentían que la comida llegaba hasta su garganta.

Las situaciones que les provocaban sentimientos displacenteros eran: cuando dejaban las cosas para el último día, cuando se preocupaban por las calificaciones escolares, cuando se pesaban, o cuando percibían que no estaban haciendo lo que ellas creían que debían hacer.

Ahora bien, posterior al programa de intervención, las participantes ya no relacionaban su alimentación con sus estados de ánimo, de tal manera que eran capaces de identificar y expresar adecuadamente sus sentimientos y reconocen sus estados de hambre y saciedad.

Variable Miedo a la Madurez: las participantes presentaban dificultades para afrontar sus problemas de forma independiente, por lo que después de la intervención, ellas lograron resolver las situaciones de la vida cotidiana por sí mismas, haciéndose responsables tanto de sus actos como de las consecuencias de los mismos.

Variable Ineficacia: posterior a la intervención, las participantes que comían de forma compulsiva tuvieron más confianza en sí misma, fueron más eficaces en la toma de decisiones, y modificaron sus pensamientos de “no puedo” por un “sí puedo” y algunas de ellas lograron conseguir trabajo.

Otro rubro en donde se obtuvieron mejorías, fue en el de las relaciones interpersonales, ya que las participantes que comían de forma compulsiva, tenían dificultades en: su relación de pareja, con sus pares (escuela o trabajo), madre, padre, tías y familia de origen. Sin embargo posterior a la intervención, ellas pudieron socializar más, no tener problemas con los miembros de su familia (madre, padre y hermanos), además de no tener que relacionarse con su padre a través de la comida. Asimismo otros cambios que ellas pudieron realizar posterior a la intervención fueron: dejar de hacer ejercicio sólo para compensar lo que se han comido, dejar de usar ampolletas e imanes para bajar de peso, disfrutar el ejercicio físico en lugar de verlo sólo como un medio para

bajar de peso. Por último, en el aspecto físico, ya no presentan colitis, distensión abdominal y regurgitación, además de que una de ellas disminuyó el acné de su cara. Por otro lado, también afirmaron mejorar la elección de su guardarropa.

5.6.2. Participantes que se alimentan de forma restrictiva.

A través del análisis de contenido, se observó que los *factores familiares y sociales* relacionados con los TCA que influyeron en desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en el grupo de participantes que se alimentan de forma restrictiva son similares a los factores que se presentaron en el grupo de participantes que se alimentaban de forma compulsiva (ver pp. 150).

5.6.2.1. Relación de las variables medidas con el contenido de las sesiones del programa de intervención y los cambios observados.

Con respecto a los *hábitos alimentarios* de las participantes que restringen su alimentación, se observa que evitaban comer carbohidratos y grasas, ayunaban, comían 2 o 3 veces al día, la densidad energética que ingerían oscilaba entre 250 y 600 Kcal. diariamente, relacionaban sus estados de ánimo con la alimentación, restringiéndose cuando estaban estresadas, tristes o ansiosas. Además no reconocían sus estados de hambre y saciedad en incluso confundían el hambre con el asco.

Los pensamientos irracionales que presentaban las participantes con respecto a sus hábitos de alimentación, se pueden clasificar en: generalización, maximización, inferencia arbitraria y pensamientos dicotómicos, y algunos ejemplos se pueden observar en la siguiente tabla. Ver tabla

11.

Tabla. 11

Pensamientos irracionales con respecto a los hábitos de alimentación (2)

Pensamientos Irracionales

- Todos los cereales engordan
 - Si como pan de dulce engordaré
 - Si como carbohidratos engordaré horriblemente
 - El pavo tiene muchos ingredientes y me puede engordar
 - Pienso en la cantidad de azúcar que contiene y ya no lo como
 - El café frappé y la concha de dulce se convierte en grasa y me hace engordar
 - Comer 100 gr. de queso es muchísimo
 - Comer pastel es malo
 - Un vaso de esquites no es una buena opción
 - Comer arroz está de más
 - Las grasas engordan
 - El pan es malo y me hace engordar
 - Las harinas y los azúcares se estancan en el cuerpo
 - La comida engorda
 - Siempre que estoy con mi mamá me obliga a comer mucho
 - Si como un poco más no voy a poder dejar de comer
 - Me siento llena, comienzo a notar lonjitas y tengo que hacer algo para quitarlas
 - Cuando tengo exámenes debo comer para bajar la ansiedad y busco comida chatarra
 - Pienso que no debo de comer para castigarme por lo que hice mal hoy
 - No debo comer para ser delgada y aceptada por los otros
-

Los resultados muestran que a partir de la sesión 7 del programa de prevención comenzaron a observarse cambios en sus hábitos alimentarios en donde incorporaron a su alimentación los cereales, en la sesión 9 incluyeron alimentos “reto” como la nutella, pastas, y pan de dulce y al finalizar las sesiones, las participantes pudieron acudir a un buffet, comer helados, pizza y pan árabe, además de ya no sentirse culpables por comer carbohidratos y finalmente comieron 5 veces al día sin restringir su alimentación.

En cuanto a los cambios en los pensamientos distorsionados de las participantes que comían de forma restrictiva, ya no creen que al ingerir carbohidratos suben de peso de forma automática o que son dañinos, piensan que pueden probar el pan y las pastas sin sentir remordimientos, creen que pueden comer lo necesario hasta sentirse satisfechas sin la presión de

los otros, no creen que la comida deba utilizarse como castigo por sus actos, saben que pueden hacer diferentes cosas para bajar su ansiedad sin recurrir a la comida, y piensan que los demás pueden aceptarlas independientemente de la forma de su cuerpo, por lo no deben restringir su alimentación.

Variables Alteración e Insatisfacción Corporal: en cuanto a los pensamientos irracionales que tenían las participantes que seguían una dieta restrictiva en relación a su *imagen corporal* se encuentran: “la gordura significa ser descuidado”, “Tengo lonjas (pliegues)”, “Pienso que estoy gorda”, “Las lonjitas del cuerpo es igual a gordura y eso es muy malo”, “Yo quería estar como Britney Spears”, “¿Por qué estoy tan gorda?”.

Al finalizar la intervención las participantes de este grupo se sienten satisfechas con su cuerpo, lo aceptan y lo cuidan adecuadamente, ya no perciben su peso como lo más importante de su vida o como un freno para realizar sus actividades, ya no se pesan ni se miden, y tampoco idealizan la figura femenina.

Reestructuraron los pensamientos distorsionados y los cambiaron por: “Mi cuerpo me da confianza, fortaleza, tranquilidad y me gusta”, “Mi cuerpo es más saludable ahora, me sirve para a hacer todo lo quiero”, “la gente no es fea debido a la forma de su cuerpo” y “Yo consideraba que la gente era aceptada por los demás debido a su delgadez pero me di cuenta que no es así”.

Variable Autoestima: las participantes que comían de forma restrictiva, y en el ejercicio de la sesión dedicada al fortalecimiento de la autoestima, en la cual se trabajaron los pilares de la autoestima (cualidades personales, familiar, social, sexual, escolar o laboral, físico), las participantes otorgaron 20% de su autoestima a su físico, mientras que a sus cualidades personales

dieron un 30% por lo que al igual que las participantes que comían de forma compulsiva, ya no depositan en el cuerpo su autovalía.

Variable Conciencia Interoceptiva: en lo relacionado a la *identificación y expresión de sentimientos*, las participantes que comían de forma restrictiva identificaban en el estómago sentimientos de: alegría, amor, alivio, enojo y ansiedad; mientras que en la boca identificaban el pánico, sin reconocer sus estados de hambre y saciedad. En cuanto a su alimentación relacionada con las emociones, ellas dejaban de comer cuando sentían principalmente: aburrimiento, enojo, ansiedad, frustración, desesperación, ansiedad, vergüenza, culpa y tristeza. Mientras que las situaciones que les provocaban sentimientos displacenteros y por las cuales ellas restringían su alimentación eran cuando: se peleaban con su madre o con su novio, estaban en periodos de exámenes, tenían que entregar trabajos y cuando creían haber comido de más.

Después del programa de intervención, las participantes tienen una sensación de bienestar, ya no se enojaban de forma explosiva, hablaban con las personas para expresar lo que sentían, se encontraban en buen estado de ánimo, y reconocían sus estados de hambre y saciedad y ya no relacionaban sus estados emocionales con la alimentación.

Variable Miedo a la Madurez: las participantes presentaban dificultades para afrontar sus problemas de forma independiente, por lo que después de la intervención, ellas ya no se hicieron acompañar se la madre para todo, y aumentaron sus estrategias de afrontamiento ante los conflictos.

Variable Ineficacia: posterior a la intervención, las participantes que comían de forma restrictiva se sintieron más seguras consigo mismas, fueron más eficaces en la toma de decisiones, y también

para realizar sus actividades, asimismo aprendieron a ser asertivas y a decir no, cuando no deseaban algo. Otro rubro en donde se obtuvieron mejorías, fue en el de las relaciones interpersonales, ya que ellas pudieron relacionarse mejor con su familia y disfrutar de su compañía, socializar más, aprendieron a establecer límites en su relación de pareja, perdieron el miedo a hablar con sus amigos y mostrarse tal cual son. Por último, en el aspecto físico, ellas dejaron de padecer mareos, dolores de cabeza y cansancio extremo.

5.6.3. Ejemplificación de un caso clínico

A continuación se ejemplifica un caso que representa el trabajo realizado sesión por sesión con una de las participantes de la muestra. Para efectos éticos su nombre fue cambiado.

5.6.3.1 Información recopilada en la entrevista psicológica inicial.

Ficha de Identificación

Nombre: Mariana

Edad: 19 años

Estado Civil: Soltera

Lugar de Nacimiento: Distrito Federal

Nacionalidad: Mexicana

Ocupación: Estudiante de 3er. Semestre de la Carrera de Trabajo Social

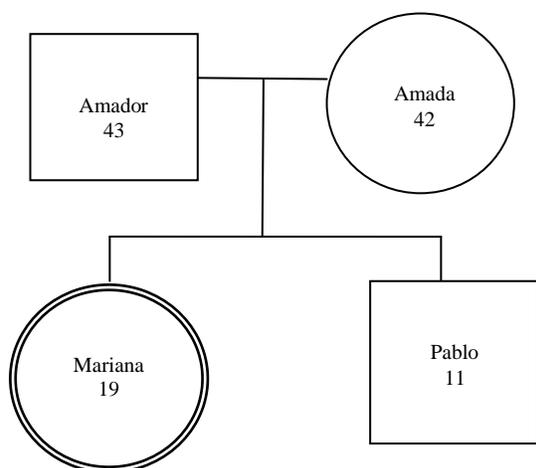


Figura 12. Familiograma

Dinámica Familiar

La participante afirma que vive con sus padres — su madre es ama de casa, su padre es chofer de microbús— y su hermano menor. Ella refiere que tiene una buena relación con todos los miembros de su familia, aunque la comunicación su padre es menor en comparación con la que tiene con su madre. Además Mariana percibe que su madre sobreprotege a su hermano. Asimismo sostiene que sus padres la han dejado tomar sus propias decisiones, con excepción de la alimentación, en donde su madre es intrusiva y no le permite restringirse.

Actitud hacia la comida

Mariana presenta periodos en los cuales come en exceso sin embargo manifiesta no tener la sensación de pérdida de control; después de dichos periodos siente culpa. Presenta preocupación por el peso y la comida lo que le provoca ansiedad y refiere que come en momentos de estrés, ansiedad, y tristeza. La participante afirma tener el impulso de restringirse, sin embargo no lo realiza por que su mamá está pendiente de que coma adecuadamente.

Motivación para Adelgazar e Imagen Corporal

Desde hace un año, Mariana se ha obsesionado con su peso, siente que está muy gorda, lo que le ocasiona insatisfacción corporal. Se preocupa mucho por lo que come y ha pensado en utilizar laxantes, pero no lo ha hecho.

Estrés y Ansiedad

Mariana refiere que desde niña ha sido “nerviosa” y se estresa con las actividades escolares intensas como trabajos y exámenes, sin embargo lleva buenas calificaciones. De igual manera afirma que desde hace 2 semanas presenta cefalea parietal derecha (dolor de cabeza), “adormecimiento” en la mitad de la cara, lado derecho, mareo y sensación de falta de aire, por lo que para relajarse piensa en cosas positivas, aunque esto le funciona poco.

Sintomatología asociada a las conductas alimentarias de riesgo

- Periodos de ingesta excesiva de comida, sin sensación de falta de control, después de los cuales tiene sentimientos de culpa.
- Preocupación por el peso y la comida lo cual le genera ansiedad.
- Insatisfacción con su imagen corporal.
- Dificultad para la identificación y expresión de emociones.

Pronóstico

Mariana tiene un pronóstico favorable ya que cuenta con recursos cognitivos, motivación para el cambio, apoyo familiar, y conciencia de su malestar, lo cual augura un cambio positivo.

Sugerencia de intervención

Una intervención de tipo cognitivo conductual puede favorecer la solución a sus conflictos al darle herramientas para expresar sus emociones adecuadamente, tener una alimentación saludable, cambio de pensamientos erróneos y la resolución de problemas.

5.6.3.2 Puntajes de las pruebas psicológicas y mediciones semanales.

Mariana obtuvo los siguientes puntajes antes, después de la intervención así como también en el primer y segundo seguimiento. Ver tabla 12

Asimismo en la figura 13 se muestran los cambios en cuanto a pensamientos, sentimientos y acciones que Mariana modificó semanalmente durante la intervención psicológica. Ver figura 13

Tabla 12.

Puntajes de la participante

Prueba	Pre-test	Post-test	1er. Seguimiento a	2ndo. Seguimiento a
			3 meses	6 meses
Alteración Corporal	-1	0	0	0
Insatisfacción Corporal	4	0	0	0
Dieta Crónica Restrictiva	2.75	1.62	1.62	1.87
Conducta Alimentaria Compulsiva	3.14	1.57	2	2
Conciencia Interoceptiva	18	0	1	1
Miedo a la Madurez	12	3	8	3
Ineficacia	17	1	1	1
Autoestima Positiva	19	26	27	26
Autoestima Negativa	26	17	16	16

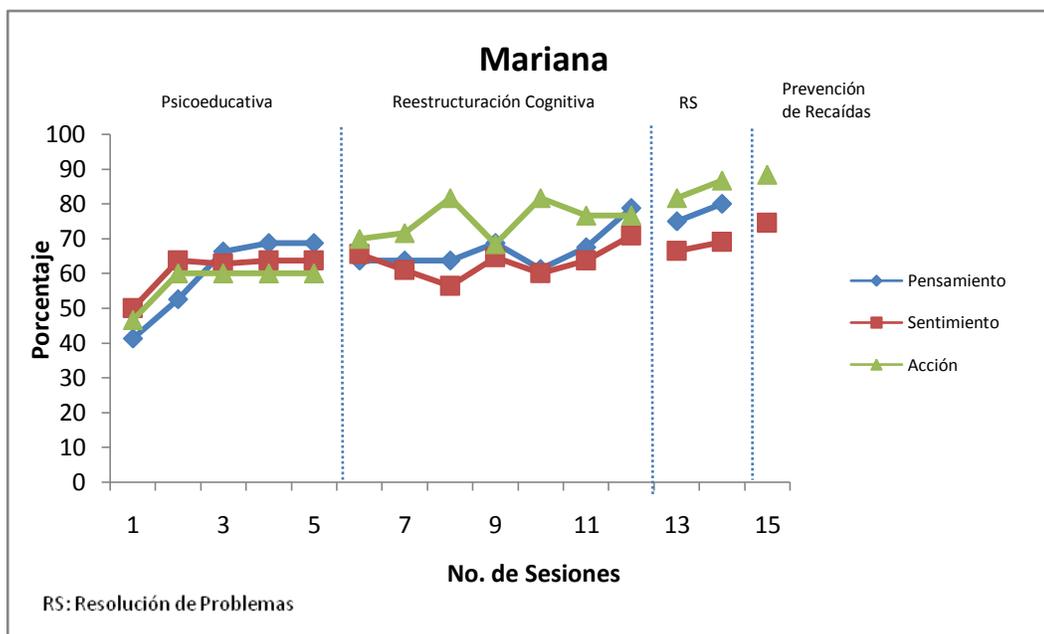


Figura 13. Mediciones Semanales de Mariana

5.6.3.3 Información recopilada en la entrevista nutricional

Entrevista Nutricional

Conducta Alimentaria de Riesgo

Conducta Alimentaria Compulsiva

Antecedentes patológicos familiares

Diabetes Mellitus en el abuelo materno y tíos maternos

Antecedentes patológicos no personales

Actividad Física: Sólo realiza para bajar de peso, de vez en cuando.

Habito intestinal: cada tercer día

Historia de Peso: pesa 63.450 Kg.

Menstruación: cada mes

Fuma: no

¿Cuántos cigarrillos al día? Ninguno

Alcohol: no

¿No. de copas? Ninguna

Datos Antropométricos

PA: 63.450	Talla: 1.60	IMC: 24.7
Dx. Nutricio: Normal		

<i>Signos y Síntomas</i>	<i>Observaciones</i>
Presión Arterial	No se tomaron las medidas
Alergias	No
Nauseas	No
Estreñimiento	Si, presentó colitis, refiere ir cada dos días al baño, pero ha estado estreñida por 4 días.
Diarrea	No
Distensión abdominal	No
Astenia, adinamia	No
Cefalea	Si, frecuentes cada 3er día.
Regurgitación	No
Vomito	No

Laboratorios

No son referidos

Hábitos alimentarios

Alergias alimentarias: No
Intolerancias alimentarias: No
Alimentos no deseados: Ninguno
Alimentos imprescindibles en su dieta: Alimentos de origen animal, fruta y cereal
Cantidad de líquidos ingeridos: 1.5 a 2 litros diarios.
Hambre: Si
Sed: No
Complementos alimentarios: No

Recordatorio de 24 horas

Desayuno: -----

Colación: -----

Comida: 1:00 p.m. Sopa de pasta (1plato), con bistec empanizado, 2 vasos de refresco.

Colación: -----

Cena: 8:00 p.m. Huevo revuelto, con 1 bolillo, 2 vasos de refresco.

Ingesta calórica: 1540 kcal.

Diagnóstico:

Mariana no tiene horarios de comida, abusa del consumo de agua y azúcares simples, y tiene miedo a comer hidratos de carbono y el consumo de verduras y frutas es casi nulo.

Nota: Mariana refiere que no siempre come así, como dieta habitual se consumen aproximadamente 1970 Kcal de acuerdo al cálculo que se realizó mediante otro recordatorio de 24 horas.

Consumo calórico aproximado al día: 1970 Kcal.

5.6.3.4 Entrega de resultados e invitación al programa

La psicóloga del programa de intervención, hizo entrega de los datos recabados, explicó en qué consistía el programa y por último invitó a Mariana participar en este. Cuando Mariana aceptó, la psicóloga le pidió que firmara una carta de consentimiento informado. La participante, firmó y la psicóloga le asignó una pareja terapéutica (psicóloga-nutriólogo) además del horario en que debía asistir de forma semanal.

5.6.3.5 Sesión Psicológica 1

Objetivo: Dar información a la participante sobre las conductas alimentarias de alto riesgo y los trastornos de alimentación. Para lograrlo, se les mostrará una presentación en Power Point y posteriormente se le pedirá que se lleve a casa su diario de alimentación y lo llene de forma adecuada.

Notas del Terapeuta: A la participante se le dio el encuadre de la intervención (horarios, tiempo límite de espera, anticipación para cancelar la cita, la agenda del día y las tareas de casa) y se estableció rapport. Además, se informó a Mariana sobre los factores de riesgo en TCA, en donde se identificó con la conducta alimentaria compulsiva, dándose cuenta de que come por estrés y ansiedad, sintiéndose insatisfecha con su cuerpo, deseando bajar de peso, a pesar de tener un IMC de 24.7 (Rango Normal). Por último, se le explicó cómo debe llenar el diario de alimentación semanal.

5.6.3.6 Sesión Psicológica 2

Objetivo: Dar información a la participante sobre las conductas alimentarias de alto riesgo y los trastornos de alimentación. Para lograrlo se le mostrará una presentación en Power Point y posteriormente se le pedirá que se lleven a casa su diario de alimentación y lo llene de forma adecuada.

Notas del Terapeuta: Al revisar el diario de alimentación, se observa que Mariana presenta pensamientos irracionales de magnificación de las consecuencias negativas como por ejemplo: “subí 500 gramos de peso en la época navideña y creo que no podré controlar mi peso” y sentimientos de ineficacia: “No puedo mejorar”. Asimismo cuando Mariana considera que comió mucho o que comió algo que la hace engordar, se salta las comidas.

5.6.3.7 Sesión Psicológica 3

Objetivo: Revisar los diarios de alimentación que fueron llenados por la participante y analizar los patrones de conducta alimentaria. Para lograr el objetivo de la sesión se le pedirá a la participante que muestre sus diarios de alimentación y se le harán unas preguntas al respecto.

Notas del Terapeuta: Al revisar el patrón de alimentación, de Mariana se puede observar que ella come principalmente alimentos de origen animal, cereales, azúcares y grasas, pero casi no ingiere frutas y verduras. Además bebe de 2 a 3 vasos de refresco diariamente y restringe el consumo de tortillas por miedo a subir de peso. Asimismo se observa que la participante presenta sentimientos culpa por comer demasiado, por lo que para compensar toma mucha agua y se salta las comidas (7 horas entre una y otra); pero cuando hace ejercicio no siente tanta culpa por lo que come. Por último, Mariana come para evadir estados emocionales desagradables, principalmente el estrés y la ansiedad.

5.6.3.8 Sesión Nutricional 4 y 5

Objetivo: Enseñar a llevar una alimentación balanceada. Para ello, se le mostrará una presentación en Power Point sobre la alimentación saludable y posteriormente se le pedirá que junto con la nutrióloga diseñen un plan de alimentación semanal.

Notas de la Nutrióloga: Se hizo la presentación de la Guía de Orientación Alimentaria a Mariana en donde se dio información sobre aspectos básicos de nutrición, el plato del bien comer, y se

analizaron los nutrimentos de los alimentos. Asimismo se diseñó un plan de alimentación con dos menús de 1700Kcal. Por último se retomó el tema del agua y las diferencias que se observaban entre su alimentación actual y lo visto en la sesión, con el propósito de que lleve una alimentación correcta y saludable.

5.6.3.9 Sesión Psicológica 6

Objetivo: Enseñar a la participante el modelo de la intervención cognitiva conductual y mostrarle cual es la relación entre los pensamientos, sentimientos y acciones o conductas. Para ello se le enseñan los preceptos de la intervención cognitivo conductual a la participante, se le dan ejemplos y se realiza un ejercicio para identificar la relación de los pensamientos los sentimientos y las acciones.

Notas del Terapeuta: Se explicó a Mariana la relación entre pensamientos, sentimientos y acciones y se realizaron ejemplos. Se revisó el diario de alimentación para observar los cambios realizados, en los cuales se identificó que Mariana deseaba ser perfecta en todo: cuerpo, comida y persona.

5.6.3.10 Sesión Nutricional 6

Objetivo: Enseñar a la participantes el sistema de equivalencias de los alimentos. Así que se le enseñan a la participante los preceptos del sistema mexicano de equivalentes, asignándole un número de equivalentes específico para cada uno de los grupos de alimentos, de modo que haga sus propios menús.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63.5 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1800 Kcal. Posteriormente se revisó el apego al plan de alimentación, por lo que Mariana menciona la dificultad por dejar el refresco, sin embargo disminuyó y distribuyó mejor su consumo de agua a lo largo del día, además de comer más frutas y verduras, y hacer sus colaciones. Por último se le enseñó a realizar equivalentes y se le asignó un plan de alimentación que aportara una densidad energética de 1700Kcal al día.

5.6.3.11 Sesión Psicológica 7

Objetivo: Identificar pensamientos automáticos que generen malestar o ansiedad. Para ello se le pide a la participante que mencione 2 pensamientos emociones o impulsos que generan en ella malestar o ansiedad.

Notas del Terapeuta: Se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos automáticos. Los pensamientos reestructurados de Mariana estaban encaminados a disminuir sus niveles de ansiedad, por ejemplo: “Estoy nerviosa porque me toca exponer en la escuela” por “Puedo confiar en mis conocimientos ya que estoy bien preparada”. Además se observa que sus pensamientos distorsionados se encontraban relacionados con su necesidad de perfección: “Me siento mal porque consumo mucho refresco y ya no debo tomar demasiado”. A continuación se muestra un ejemplo del registro de pensamientos y cómo se lleva a cabo la reestructuración cognitiva. Ver tabla 13.

Tabla 13.

Registro de Pensamientos de Mariana (1)

Registro de pensamientos							
Emociones o Impulsos	Situaciones O Qué provocó el impulso	Pensamientos Automáticos (imágenes)	Evidencia que apoya el pensamiento de alta tensión	Evidencia que no apoya el pensamiento de alta tensión	Pensamientos alternativos/ Equilibrados	Estima ahora las emociones	Resultado
¿Qué sentías? Estima cada emoción (0-100%)	¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esa forma? Rodea el pensamiento de alta tensión			Escribe un pensamiento alternativo equilibrado	Vuelve a estimar las emociones listadas en la columna 1, además de cualquier otra nueva emoción	Escribe el resultado, finalmente que hiciste o que no hiciste
<i>Ansiedad 100%</i>	<i>Cada vez que tengo que exponer en clase</i>	<i>Me va a ir mal, me va a regañar el profesor</i>	<i>Quizás en la calidad de la información que voy a exponer</i>	<i>Estudié mucho Hice una buena presentación en power point Sé del tema por si me hacen preguntas mis compañeros El profesor me apoya si me llevo a atorar</i>	<i>Puedo confiar en mis conocimientos ya que estoy bien preparada</i>	<i>Ansiedad 30% Tranquilidad 70%</i>	<i>Expuse bien y el maestro me felicitó.</i>

5.6.3.12 Sesión Nutricional 7

Objetivo: Enseñar a la participante el programa de “5 frutas y verduras al día” y el cómo ingerir “colaciones saludables”. Para ello se le mostrará dos presentaciones en Power Point con la información del programa 5 frutas y verduras al día y colaciones saludables.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63.5 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1800 Kcal. Más adelante se hizo la revisión de los equivalentes y del apego que tuvo a su plan de alimentación en donde se observa que Mariana sigue el plan en cuanto a las comidas, sin embargo menciona no poder reducir su consumo de Coca-Cola que es de más de 4 vasos al día por lo que presenta sentimientos de ineficacia. Por último se le mostraron las presentaciones de Power Point sobre el programa de 5 frutas y verduras y colaciones saludables.

5.6.3.13 Sesión Psicológica 8

Objetivo: Identificar pensamientos automáticos que generen malestar o ansiedad en relación a la alimentación. Para lo cual se le pide a la participante que mencione 2 pensamientos emociones o impulsos relacionados con su conducta alimentaria que le generen malestar.

Notas del Terapeuta: Se utilizó el registro de pensamientos para identificar los pensamientos automáticos que generaron malestar en relación con la alimentación:

- La fruta sube de peso
- El agua sube de peso
- La tortilla engorda
- Pienso que estoy comiendo demasiado por hacer 5 comidas al día
- Si como “demasiado” voy a engordar inmediatamente

Al final de la sesión Mariana reestructuró dos de sus pensamientos distorsionados y se le dejó de tarea que trabajará en la reestructuración de los otros pensamientos. Asimismo se notó un cambio positivo en su actitud hacia la alimentación. A continuación se muestra un ejemplo del registro de pensamientos. Ver tabla 14.

Tabla 14.

Registro de Pensamientos de Mariana (2)

Registro de Pensamientos							
Emociones o Impulsos	Situaciones O Qué provocó el impulso	Pensamientos Automáticos (imágenes)	Evidencia que apoya el pensamiento de alta tensión	Evidencia que no apoya el pensamiento de alta tensión	Pensamientos alternativos/ Equilibrados	Estima ahora las emociones	Resultado
¿Qué sentías?		¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esa forma?			Escribe un pensamiento alternativo equilibrado	Vuelve a estimar las emociones listadas en la columna 1, además de cualquier otra nueva emoción	Escribe el resultado, finalmente que hiciste o que no hiciste
Estima cada emoción (0-100%)	¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	Rodea el pensamiento de alta tensión					
<i>Preocupación al 80%</i>	<i>Cuando veo mi guía de equivalentes y que tengo que comer 5 veces al día</i>	<i>Pienso que estoy comiendo demasiado por comer 5 veces al día</i>	<i>No tengo</i>	<i>Antes sólo comía 2 o 3 veces al día pero en grandes cantidades Ahora como más veces pero las porciones son pequeñas La nutrióloga me ha estado pesando cada semana y no he subido de peso Mi ropa me sigue quedando igual</i>	<i>Ahora que como 5 veces lo hago de forma moderada.</i>	<i>Preocupación 40%</i>	<i>Sigo haciendo el plan de alimentación de la nutrióloga</i>
<i>Miedo a engordar 100%</i>						<i>Miedo a engordar 40%</i>	

5.6.3.14 Sesión Nutricional 8

Objetivo: Enseñar a las participantes los modelos de alimentos, de modo que conozcan el tamaño de las porciones que deben comer acorde a los equivalentes asignados por la nutrióloga.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (62 Kg.) y se hizo el recordatorio de 24 horas: 1650 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación: Mariana demuestra interés por mejorar su alimentación, con los modelos le quedan bastante claras las porciones que debe de consumir, tiene buen apego al plan de alimentación, además ya no teme a su consumo de HC, de igual forma ya no abusa del consumo de agua, y sobre todo ya no tiene largos periodos de ayuno. Sin embargo, aún

no logra reducir su consumo de Coca-Cola ni dulces e intenta aumentar su consumo de frutas y verduras que también le es muy difícil.

5.6.3.15 Sesión Psicológica 9

Objetivo: Identificación y expresión de sentimientos. Para ello se le presentará a la participante una presentación en Power Point sobre la identificación y expresión de sentimientos, posteriormente se le pedirá que realice unos ejercicios para identificar sus sentimientos.

Notas del Terapeuta: Se realizaron ejercicios para la identificación y expresión de sentimientos. Observándose que Mariana tuvo facilidad en la identificación de emociones en las partes del cuerpo, por ejemplo: en la cara identifica la alegría, el miedo en las piernas, en la cabeza la desesperación, la ansiedad y el aburrimiento. Asimismo Mariana se percató de que en el estómago focaliza varios sentimientos como: amor, tristeza y enojo y que las emociones que le causan mayor malestar son la ansiedad y la tristeza. Con respecto a cómo es que la expresa, Mariana cuando siente ansiedad come y tiene dolor de cabeza. Por último de tarea se le dejó a la participante que identificara dos emociones placenteras y dos más no placenteras y describiera cómo es que las expresa.

5.6.3.16 Sesión Nutricional 9

Objetivo: Enseñar a las participantes las medidas caseras a través de los recipientes de cocina. Para ello se le enseñan a la participante las medidas caseras mediante los recipientes de comida.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (62 Kg.) y se hizo el recordatorio de 24 horas: 1650 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación: A pesar de que Mariana bajó de peso, ella afirma que se siente inclusive más “gorda” que cuando inicio en el programa. Así que denota preocupación por su peso e insatisfacción por su imagen corporal.

5.6.3.17 Sesión Psicológica 10

Objetivo: Analizar la “Autoestima Global” de la participante y reestructurar los pensamientos distorsionados. Para lograr el objetivo de la sesión le pedirá a la participante que conteste una serie de preguntas y que posteriormente realice un gráfica.

Notas del Terapeuta: Para trabajar los pilares de la autoestima se le pidió a Mariana qué pensará en alguien en quien pudiera confiar plenamente, así que ella eligió a una de sus mejores amigas (Ana), asimismo se le pidió que pensara en que es lo que su familia podría decir de ella, a lo que Mariana respondió que podrían decir que ella una persona muy dedicada y que en ocasiones exagera. Además se le preguntó qué es lo que piensa sobre el rol de las mujeres en la sociedad, a lo que ella contestó que las mujeres son importantes y esenciales. También se le preguntó sobre las cualidades que ella tiene por lo que Mariana respondió que es una persona responsable y solidaria. Por último se le pidió que dijera cual es la parte que más le gusta de su cuerpo y ella dijo que eran sus manos.

Posteriormente se le pidió a Mariana que escribiera cómo es que ella se percibe en los diferentes pilares de la autoestima, por lo que ella afirmó que en el aspecto social ella no se siente muy satisfecha, ya que se considera una persona antisocial, sin embargo se percata de que tiene la habilidad de entablar una conversación con gente que no conoce y por lo general ella es la que se acerca a las personas. En el aspecto familiar, Mariana testifica que se siente muy bien, que es feliz

con ellos y que les tiene confianza. En cuanto al aspecto escolar, ella considera que es una estudiante muy dedicada y responsable, aunque siente que le falta mucho para ser mejor estudiante. En el aspecto de género, como mujer Mariana se siente complacida y refiere que no tiene problemas al respecto. En cuanto a sus cualidades ella considera que no tiene muchas. Por último en el aspecto físico Mariana afirma su cuerpo no le gusta, y que quizás comienza a sentirse un poquito satisfecha pero sabe que le falta mucho para sentirse bien y así poder sonreír cuando se ve al espejo.

Entonces al encontrar pensamientos distorsionados, en cuanto a sus cualidades y al aspecto escolar en donde se exige demasiado, se reestructuraron los mismos, y por último se le pidió a Mariana que dibujara una gráfica de pastel y plasmara el porcentaje que le da a cada uno de estos aspectos, de manera que el participante se dé cuenta que la autoestima no sólo se basa en lo físico.

A continuación se presenta la gráfica de pastel en donde Mariana asignó porcentajes iguales (20%) al aspecto familiar, físico, social y escolar, sólo a las cualidades le otorgó un 15% y al género un 5%, lo que denota cierto equilibrio en los pilares de la autoestima, además de que al físico no le da un porcentaje mayor al de las otras áreas. Ver figura 14.

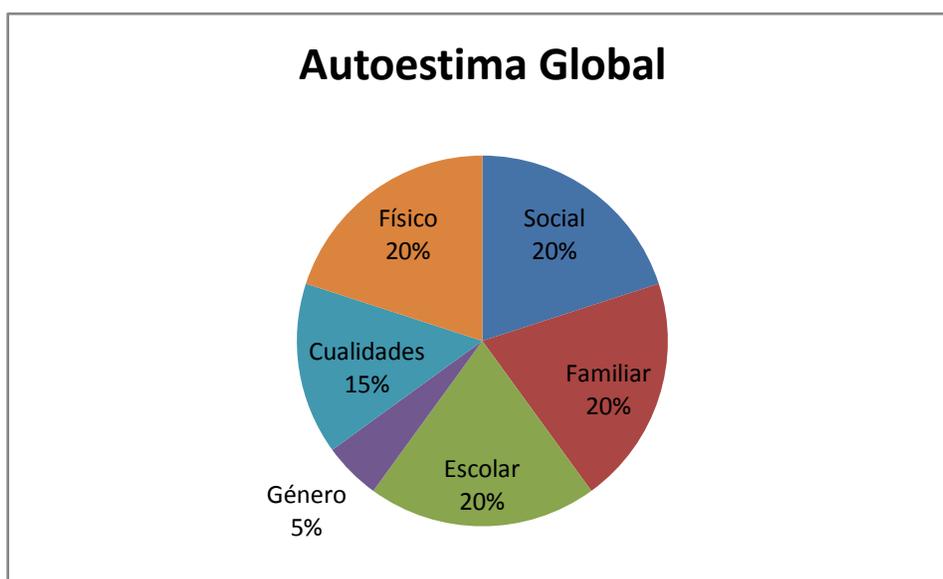


Figura 14. Autoestima Global.

5.6.3.18 Sesión Nutricional 10

Objetivo: Verificar la elección y el tamaño de porción de los alimentos. Por lo que se le pide a la participante que traiga a la sesión la comida o la colación que le corresponda ese día para verificar que las elecciones y las porciones sean las adecuadas.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (61.3 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1600 Kcal. La participante trae al centro lo que debe comer al medio día que es el equivalente a dos quesadillas y un jugo de caja. Así que se abordó cómo ella podía mejorar su colación vespertina para hacerla más saludable.

5.6.3.19 Sesión Psicológica 11

Objetivo: Trabajar la identificación de pensamientos distorsionados en relación con su imagen corporal, promoviendo la reestructuración de los mismos. Para lograr el objetivo de la sesión le pedirá a la participante que conteste una serie de preguntas con respecto a su imagen corporal.

Notas del Terapeuta: Se le pide a Mariana que exprese cuáles son sus pensamientos hacia su cuerpo, a lo que ella responde que está feo, que le sobran muchos kilos, y que no le gusta su abdomen y sus piernas, denotando insatisfacción, además de sentimientos de enojo, frustración y tristeza. Por el contrario, afirma que lo que si le gusta, son sus manos y su cabello.

Posteriormente se le pregunta cuáles son algunas las razones que provocan que su imagen sea tan importante para ella, por lo que Mariana responde que es así como las personas la pueden criticar, ya que algunas veces se le da más importancia al físico, y por el contrario si ella está

delgada la pueden aceptar más y de esa forma puede relacionarse mejor. Por otro lado, Mariana afirma que la publicidad y la moda, son factores que también han contribuido a su imagen corporal.

Así que al observarse que Mariana presentaba varias ideas distorsionadas en torno a su imagen corporal, se trabajó la reestructuración de dichos pensamientos, de forma que se desarrollara una relación positiva con el cuerpo, por ejemplo: “El hecho de decirme cosas negativas afecta mi autoestima y me pone triste, así que para no hacerle caso a los estereotipos de belleza, puedo fijarme en las enfermedades que provoca el no comer y además de darme cuenta de todo lo que mi cuerpo hace por mí —me ayuda a moverme y me brinda la fuerza para realizar actividades— y de esta forma me siento más contenta con él”.

Por último Mariana encontró la relación entre las situaciones estresantes —la entrega de trabajos escolares— y el comienzo de las molestias con su imagen corporal.

5.6.3.20 Sesión Nutricional 11

Objetivo: Reforzar y revisar el seguimiento de los equivalentes y clarificar dudas al respecto. Para lograr el objetivo de la sesión se le pide a la participante que traiga a la sesión los diarios de alimentación, para revisar su adherencia y clarificar dudas al respecto.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1630 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación, se asignaron nuevos equivalentes de 1600Kcal con la finalidad de disminuir su consumo de HC simples y grasas y aumentar su consumo de frutas y verduras.

5.6.3.21 Sesión Psicológica 12

Objetivo: Identificar Creencias Centrales

Notas del Terapeuta: Se reforzó el trabajo de la sesión anterior, ya que Mariana se encontraba muy preocupada por su peso y al finalizar la sesión se sintió más tranquila. Asimismo se reestructuraron las ideas rígidas de Mariana con respecto a sí misma, los demás, el mundo y el futuro. En donde se observa que Mariana tiene un esquema de pensamiento negativo, sin embargo al evaluar sus pensamientos puede modificarlos adecuadamente. A continuación se presenta un ejemplo de cómo los reestructuró uno respecto a sí misma, uno más con relación a su alimentación y un último en torno a su cuerpo.

Cabe señalar que el pensamiento en torno a su alimentación se originó cuando ella solía pesarse, mientras que el de su imagen corporal se presenta debido a los mensajes de los medios de comunicación. Ver Tabla 15.

Tabla 15.

Modificación de Creencias Centrales de Mariana.

Modificación de Creencias Centrales

Creencia Central (1-100)	Evidencia de que la creencia central no es verdadera	Creencia central modificada (1-100)	Vuelve a puntuar la creencia central original	Factores que rigen la creencia central original
60% <i>Soy una persona débil emocionalmente.</i>	<i>Situaciones desagradables o difíciles que he salido adelante.</i>	<i>Soy una persona fuerte que situaciones difíciles me pueden afectar pero que sin embargo logra salir adelante.</i>	40%	<i>Suelo pensar en cosas negativas.</i>
70% <i>Comer demasiado me hará engordar</i>	<i>Hay días en los que mi cuerpo requiere de mayor energía y requiere comer más. Por comer demasiado un solo día no hará que engorde automáticamente</i>	<i>Comer es importante, ayuda a que el cuerpo se nutra; hay días en los que se come mucho o poco pero esto depende de lo que tu cuerpo necesita.</i>	30%	<i>Pesarme cada semana Inflamarme después de comer</i>
30% <i>Pensé que mi cuerpo es desagradable</i>	<i>Siento bien mi cuerpo Es sano Me permite moverme</i>	<i>Mi cuerpo es importante, ya que me permite desplazarme y tiene sus defectos y virtudes como demás. Además de que a través de este conozco el mundo.</i>	10%	<i>Publicidad (medios de comunicación) Comparaciones</i>

5.6.3.22 *Sesión Nutricional 12*

Objetivo: Reforzar y revisar el seguimiento de los equivalentes y clarificar dudas al respecto. Para ello se le pide a la participante que traiga a la sesión los diarios de alimentación, y así revisar su adherencia y clarificar dudas al respecto.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1545 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación, el cual a pesar de ser bueno, cómo no fue exacto Mariana lo percibe como malo. Por lo tanto se platica sobre lo que significa para ella, y se retomó el IMC y cómo es que ella sigue dentro de un peso normal, por lo que se fue más tranquila.

5.6.3.23 Sesión Psicológica 13

Objetivo: Enseñar una técnica para que aprendan a resolver los problemas de forma eficaz. Se le pide a la participante la identificación dos creencias centrales y cómo las modificó, utilizando la técnica aprendida. Se le mostrará al participante los pasos necesarios para resolver un problema y posteriormente se le pedirá que realice un ejercicio.

Notas del Terapeuta: En esta sesión, Mariana planteó que se sentía nerviosa y presionada en la escuela ya que está en periodos de exámenes finales y a ella le gusta ser “perfecta”, por lo que cuando no se puede adelantar en los trabajos se siente muy abrumada. Así que con la técnica de resolución de problemas la participante pudo planificar su tiempo para no dejar las cosas para el final y sentirse más relajada.

5.6.3.24 Sesión Nutricional 13

Objetivo: Reforzar y revisar el seguimiento de los equivalentes y clarificar dudas al respecto. Para lograr el objetivo de la sesión se le pide a la participante que traiga a la sesión los diarios de alimentación, para revisar su adherencia y clarificar dudas al respecto.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1600 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación, el cual fue adecuado por lo que Mariana se siente satisfecha, además de que su peso se empieza a estabilizar y ella lo acepta.

5.6.3.25 Sesión Psicológica 14

Objetivo: Enseñar una técnica para que aprendan a resolver los problemas de forma eficaz. Se le mostrará al participante los pasos necesarios para resolver un problema y posteriormente se le pedirá que realice un ejercicio.

Notas del Terapeuta: En esta sesión se hizo un ejercicio de resolución de problemas para reforzar la técnica que se le enseñó a Mariana la sesión anterior. El problema que trabajó fue el no saber manejar el estrés ya que los efectos que tenía en su vida eran: nerviosismo constante, dolor de cabeza y estado anímico bajo. Por lo que la participante buscó varias formas para resolver esta situación, y al final decidió darle la debida importancia a los problemas y tomarlo por el lado positivo de modo que su estrés no se le eleve.

5.6.3.26 Sesión Nutricional 14

Objetivo: Reforzar y revisar el seguimiento de los equivalentes y clarificar dudas al respecto. Por lo que se revisa si se ha adherido al plan de alimentación sugerido.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1580 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación, el cual denota que Mariana ha dejado de beber refresco en exceso y tampoco tiene impulsos de atracón como al principio del tratamiento, además de introducir a su alimentación frutas y verduras. Sólo se le recomienda que incorpore alguna actividad física como la caminata dos días a la semana.

5.6.3.27 Sesión Psicológica 15

Objetivo: Prevenir las Recaídas. Para llevar a cabo el objetivo de esta sesión la participante contestará unas preguntas abiertas y una lista de chequeo sobre los cambios en las conductas alimentarias de riesgo, los pensamientos reestructurados y la identificación y expresión adecuada de sentimientos. Además se revisaran algunas herramientas necesarias para prevenir las recaídas y en caso de que se presenten algunas dificultades qué puede hacer la participante.

Notas de la Psicóloga: Se analizaron las herramientas a utilizar para prevenir recaídas. Asimismo se revisaron los cambios que Mariana hizo durante la intervención, por ejemplo en cuanto a sus pensamientos hacia la comida, ella ahora cree que la comida la nutre, con respecto a las creencias que tiene sobre sí misma, Mariana ahora considera que es una persona útil, además de cambiar los pensamientos que la hacían sentir nerviosa y ansiosa e identificar adecuadamente sus sentimientos (alegría, tristeza, enojo, miedo). Otros cambios que logró Mariana fueron: aumentar su autoestima, mejorar sus relaciones interpersonales, tener mayor comunicación con la familia, no tener impulsos de atracón relacionados con sus estados emocionales, disminuir sus niveles de ansiedad, y estar satisfecha con su imagen corporal.

Por lo que en sus palabras, Mariana afirma que: “Soy más sociable, ahora me gusta tomarme fotos, ya no como tortilla con remordimientos, ya no hago ejercicio para bajar de peso, cenar sin sentir culpa y así poder disfrutarla, aprendí a controlar los nervios y evitar que suba demasiado mi nivel de ansiedad”.

Los puntos que debe tomar en cuenta para no recaer están asociados a la ansiedad o el estrés que le genera el querer ser aceptada por su grupo social y familiar o el exigirse demasiado en la escuela.

Al finalizar la sesión se le da cita a Mariana para sus sesiones de post-evaluación y de seguimiento a 3 y 6 meses.

5.6.3.28 Sesión Nutricional 15

Objetivo: Reforzar y revisar el seguimiento de los equivalentes y clarificar dudas al respecto. Para lo cual se le pide a la participante que traiga a la sesión los diarios de alimentación, y así a revisar su adherencia y clarificar dudas al respecto.

Notas de la Nutrióloga: Se pesó a la participante (63 Kg.). Se hizo el recordatorio de 24 horas: 1600 Kcal. Se revisó el apego al plan de alimentación, se observó que Mariana continuó realizándolo adecuadamente, por lo que ella confía que puede seguir con sus nuevos hábitos alimentarios. Se habla nuevamente sobre lo que significa el peso para ella y cómo esto ya no es prioridad en su vida, que más bien se ha dado cuenta que tanto su familia como sus amigos la aceptan por su forma de ser y no por su figura.

Asimismo, entre los logros que mencionó Mariana se encuentran:

- Ya no teme el consumo de cereales
- Trata de distribuir su consumo de agua y que este no sea más de 1.5 litros al día
- Procura consumir más frutas y verduras (de nada a 3 al día)
- El peso dejó de ser importante
- Distribuye sus comidas en 5 tiempos al día.
- Reduce el consumo de refrescos
- Sentirse a gusto con su peso y su cuerpo
- El no tener impulsos a los atracones en momentos de estrés escolar por los exámenes.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue comprobar si una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual combinada con el apoyo nutricional disminuía los factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria tales como: conducta alimentaria compulsiva, alteración e insatisfacción corporal, miedo a la madurez, autoestima negativa e ineficacia; además de aumentar la autoestima positiva y la conciencia interoceptiva. Los resultados obtenidos permiten afirmar que se produjeron cambios estadística y clínicamente significativos en las variables investigadas (con excepción de la variable alteración corporal en la medición pre-post) lo que permitió confirmar las hipótesis de trabajo que se plantearon y que fueron:

H1. Los factores de riesgo (dieta crónica restrictiva, comer compulsivo, insatisfacción corporal, alteración corporal, autoestima, sentimientos de ineficacia, conciencia interoceptiva y miedo a madurar) cambiarán de un rango con riesgo a uno sin riesgo con significancia estadística y clínica, después de la aplicación del programa de intervención (pre-post).

H2. Los resultados post-intervención de los factores de riesgo (dieta crónica restrictiva, comer compulsivo, insatisfacción corporal, alteración corporal, autoestima, sentimientos de ineficacia, conciencia interoceptiva y miedo a madurar) mostrarán cambios saludables estadística y clínicamente significativos en las post-evaluaciones de seguimiento (3 y 6 meses).

Las participantes modificaron la actitud hacia su cuerpo (Ver tabla 7, pp.143). Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones, en donde las mujeres con Bulimia Nervosa y Trastorno Compulsivo cambiaron sus pensamientos distorsionados y sentimientos negativos relacionados con su imagen corporal al finalizar la terapia cognitivo-

conductual (Fairburn et al., 1991; Ghaderi, 2006; Nauta, Hospers & Jansen 2001; Wolf & Clark, 2001).

En el caso de la variable *alteración corporal*, se confirmó la hipótesis nula en los resultados de las pruebas pre y post tratamiento, sin embargo resulta interesante que posteriormente, en los análisis realizados a los 3 y 6 meses si se encontraron cambios, por lo que se confirmó la hipótesis de trabajo y se rechazó la hipótesis nula (Ver tablas 7, 8 y 9). Este resultado puede explicarse de acuerdo a lo que sustenta una de las teorías de la percepción, en donde se afirma que los individuos mantienen la percepción del tamaño de su cuerpo, a su máximo peso y talla a pesar de haber perdido peso; por lo que a mayor pérdida de peso, mayor sobreestimación de este y es a través del tiempo que las personas modifican su percepción corporal (Heinberg, 1996).

Asimismo, las participantes disminuyeron significativamente las conductas alimentarias de riesgo (*conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica restrictiva*) mediante la reestructuración de los pensamientos negativos hacia los alimentos y la modificación de los hábitos alimentarios, ya que al finalizar la intervención se observan tanto en los diarios de alimentación como en el análisis de contenido que ellas aprendieron a alimentarse de forma adecuada en cuanto a la cantidad y a la variedad de sus alimentos.

Con respecto al factor de *conducta alimentaria compulsiva*, el hecho de que las participantes dejaran de presentar atracones, lo cual se observó en sus diarios de alimentación y en las notas de las nutriólogas, apoya la hipótesis planteada en esta investigación, ya que esta conducta es a la que se le da mayor énfasis en la investigaciones para mostrar la eficacia de los tratamientos aplicados a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Bailer et al. 2004; Ghaderi, 2006; Hsu, 2001; Lojtson, 2007; Peterson et al., 2001; Stoylen & Laberg, 1990; Wolf & Clark, 2001).

En cuanto al factor de *dieta crónica restrictiva*, los resultados del estudio confirman los obtenidos por Seamoore, Buckroyd y Scott (2006), quienes al aplicar un tratamiento donde integraron psicoeducación y los preceptos de la terapia cognitivo-conductual, observaron que conductas alimentarias como la dieta restrictiva, el consumo de alimentos *light* y los ayunos disminuyeron en pacientes que padecían Bulimia Nervosa y Síndrome de Atracón. Del mismo modo los resultados de esta investigación con respecto a la variable arriba mencionada se corroboran con los encontrados en los programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria interactivos y enfocados vía internet, en donde se utilizan lecturas psicoeducativas, tareas, registros de auto-monitoreo de pensamientos y ejercicios de reestructuración cognitiva (Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring & Wifley, 2003).

Lo anterior también se corrobora con la literatura, la cual considera que la dieta crónica restrictiva es un precursor de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que la restricción calórica y la práctica de ayunos provocan una inhibición en el apetito que puede desembocar en atracones (Polivy & Herman, 1985).

En lo que se refiere a la *conciencia interoceptiva*, (Ver tablas 7, 8 y 9) en este estudio las participantes reconocieron sus sensaciones físicas de hambre y saciedad, además de identificar sus sentimientos y expresarlos de manera adecuada, lo que ayudó a que sus estados emocionales no determinaran su conducta alimentaria (Bailer, 2004). Asimismo, se promovieron sentimientos de autoeficacia, lo cual disminuyó la *ineficacia* de manera significativa. Estos resultados concuerdan con otros investigadores, quienes aplicaron la terapia cognitivo-conductual a pacientes con Bulimia Nervosa y Trastorno Compulsivo y observaron cambios favorables en ambas variables con porcentajes de significancia clínica de 15 y 32 por ciento, respectivamente (Ljotsson et al., 2007).

Los resultados también mostraron una disminución en la variable *miedo a la madurez*, ($M = 2.73$ $DE = 1.33$ $t(29) = 4.86$, $p < .000$) y en los estudios que muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, sólo hacen referencia a un cambio positivo en las escalas relacionadas con la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria evaluados con el Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI-2) por sus siglas en inglés), pero no dan un dato específico, sin embargo en esta investigación si se presenta, siendo una aportación que ayuda a ampliar el conocimiento sobre esta variable (Carter, Olmsted, Kaplan & McCabe, 2003; Stoylen & Laberg, 1990).

La *autoestima positiva* de las participantes aumentó, (Ver tablas 7, 8 y 9) lo cual se observó en el cuestionario “Yo como persona”, tanto al finalizar el tratamiento como en las evaluaciones de seguimiento. Esto concuerda con resultados previos en los que se reporta que al aplicar componentes de la terapia cognitivo-conductual a participantes dentro de programas de prevención enfocada, a pacientes con Anorexia Nervosa atendidas bajo la modalidad hospital de día, y a pacientes con Bulimia Nervosa mediante guías de autoayuda con apoyo terapéutico, observaron un incremento significativo en la autoestima (Ghaderi, 2006; Kong, 2005; Mcvey, Davis, Tweed & Shaw, 2003; Pritchard, Bergin & Wade, 2004; Thiels, Schmidt, Tresaure, Garthe & Troop, 1998).

Todo lo anterior confirma lo que la literatura ha señalado acerca de la terapia cognitivo-conductual para la Bulimia Nervosa: disminución de las dietas restrictivas, de atracones y además, se pueden observar cambios positivos en la actitud hacia el peso, la figura, el tamaño y la apariencia física, aumento de la autoestima y mejoramiento de las relaciones sociales o, en su caso, su restablecimiento (Agras, et al., 1992; Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, Telch &, 1989; Fairburn et al., 1991; Fairburn, Kirk, O’Conner & Cooper, 1986; Garner et al., 1993; NICE, 2004; Rossiter, Agras, Losch & Telch, 1988; Ricca, Mannucci, Zucchi, Rotella & Faravelli, 2000; Wilson Elderegde, Smith & Niles, 1991).

Con respecto a los resultados obtenidos por medio de los registros semanales que llenaron las participantes, se observaron en aquellas que se registraron una *conducta alimentaria compulsiva* los siguientes cambios en cuanto a esta variable: las primeras dos fases del tratamiento, psicoeducación (sesiones 1 a 5) y reestructuración cognitiva (sesiones 6 a 12), contribuyeron a su mejoría. En la etapa de psicoeducación, se les brindó información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, sus factores de riesgo y consecuencias; se les enseñó los grupos de alimentos a través de los modelos de alimentos y se les dio una guía de alimentación equilibrada. En la fase de reestructuración cognitiva, se trabajó con las participantes los pensamientos distorsionados hacia la alimentación mediante el formato que plantea Greenberger (2000) y también se les dio supervisión semanal con respecto a su adherencia a la guía alimentaria proporcionada por las nutriólogas.

Como resultado, las participantes lograron modificar sus hábitos alimentarios: dejaron de comer compulsivamente, aprendieron a comer de forma equilibrada, siguieron su plan de alimentación, se sintieron a gusto por comer las porciones adecuadas, incluyeron frutas y verduras en su dieta habitual y evitaron picar la comida durante el día.

Con respecto a la variable *conciencia interoceptiva*, en la fase psicoeducativa se trabajó la identificación de los estados de hambre y saciedad ya que desde la sesión 3 en la cual se hizo la revisión de los patrones de alimentación se observó la dificultad que tenían las participantes para reconocer dichos estados. Mientras que en la fase de reestructuración cognitiva se trabajó la identificación, expresión y regulación emocional, de tal forma, las participantes reconocieron que comían cuando se sentían desesperadas, ansiosas, temerosas o con cualquier sentimiento displacentero. Además, se dieron cuenta de algunas de las situaciones que les provocaban emociones desagradables: dejar las cosas para otro día, las calificaciones de la escuela, pesarse y sentir que no hacían lo que debían. Entonces, al poder diferenciar y separar sus estados

emocionales del hambre, aprendieron a reconocerlos y a expresarlos sin tener que comer de un modo compulsivo. Por tanto, la variable de *conciencia interoceptiva* disminuyó, es decir, se redujo su dificultad para reconocer estados emocionales y sensoriales y responder a ellos adecuadamente.

En cuanto a las variables *autoestima positiva y negativa*, en la fase de reestructuración cognitiva —al trabajar los pilares de la autoestima— se ayudó a las participantes a aumentar su autoestima, de modo que otorgaron poca importancia a su físico, es decir, ya no depositaron su autovalía en el cuerpo.

Las variables relacionadas con la imagen corporal, *insatisfacción y alteración corporal*, mostraron una mejoría debido a que —también en la fase de reestructuración cognitiva— las participantes trabajaron el modo de relacionarse con su cuerpo de manera positiva y al mismo tiempo reestructuraron los siguientes pensamientos distorsionados: “las personas gordas son indisciplinadas”, “las personas flacas son felices”, “para ser femenina tienes que ser delgada”, “las mujeres deben tener cuerpos de súper modelos”, “gordura es igual a fealdad”. Así, al finalizar el tratamiento, aceptaron la forma de su cuerpo y se sintieron satisfechas con él, y aquellas que lo alteraban no lo hicieron más.

Por último, los cambios en las variables *miedo a la madurez e ineficacia* se relacionan —en la fase de resolución de problemas (sesiones 13 y 14)— con la manera en que pueden identificar las situaciones que les desagradan y cómo solucionarlas, lo cual es consistente con el modelo que plantea D’Zurilla (1993). Esto promovió que las participantes aprendieran a afrontar de forma asertiva las situaciones de la vida cotidiana a las que se enfrentaban, se sintieran con mayor confianza y seguridad en sí mismas, fueran más eficaces en la toma de decisiones, afrontaran sus problemas de manera independiente, se relacionaran mejor con sus familiares, en especial con la madre, y establecieran límites a las críticas que los demás hacían acerca de su

cuerpo. Asimismo, las participantes socializaron mejor y ya no necesitaron de la comida para relacionarse con las personas.

Ahora bien, en lo que refiere a las participantes que llevaban una dieta *crónica restrictiva*, con respecto a la variable *dieta crónica restrictiva*, los ejercicios establecidos en las fases psicoeducativa y de reestructuración cognitiva, así como la guía de las nutriólogas, ayudaron a que ellas modificaran sus hábitos alimentarios: no restringir su alimentación, comer alimentos “prohibidos”, acudir a un bufet sin miedo a perder el control, probar todo tipo de alimentos, adherirse al plan de alimentación en cinco tiempos y poder disfrutarlo.

En cuanto a la variable *conciencia interoceptiva*, las participantes reconocieron sus sensaciones de hambre y saciedad, dejaron de expresar su enojo de forma explosiva, empezaron a expresar verbalmente sus sentimientos y, al igual que las participantes comedoras compulsivas, distinguieron y separaron sus estados emocionales de su alimentación.

Los resultados también mostraron una disminución en el *miedo a la madurez*, en los estudios que muestran la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual, sólo hacen referencia a un cambio positivo en las escalas relacionadas con la psicopatología del trastorno de la conducta alimentaria evaluados con el Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI-2, por sus siglas en inglés), pero no dan un dato específico (Stoylen & Laberg, 1990; Carter, Olmsted, Kaplan & McCabe, 2003).

En las variables *autoestima positiva y negativa*, las participantes atribuyeron una tercera parte de importancia a sus cualidades y una quinta parte a su físico en la gráfica que realizaron sobre los pilares de la autoestima. Al igual que las participantes que comían de manera compulsiva, ya no depositaron su valor como personas en la forma de su cuerpo.

En lo que se refiere a las variables relacionadas con la imagen corporal, *insatisfacción y alteración corporal*, al trabajar los pensamientos distorsionados, las participantes lograron

establecer una relación positiva con su cuerpo. Así, se sienten bien con su cuerpo, lo aceptan y lo cuidan adecuadamente, ya no ven su peso como lo más importante de su vida o como un freno para realizar actividades, no se pesan o se miden con la ropa, ni tampoco idealizan la figura femenina.

En lo que respecta a las variables *miedo a la madurez e ineficacia*, las mujeres adquirieron mayor independencia: ya no se hacen acompañar de la madre para todo, mejoraron sus estrategias de afrontamiento ante los conflictos, aprendieron a poner límites y a tomar sus propias decisiones, comenzaron a trabajar, se sintieron más seguras de sí mismas y reconocieron las cosas que pueden hacer conforme a su edad. Además, con respecto a sus relaciones interpersonales, lograron relacionarse con sus familiares y disfrutar de su compañía, aprendieron a ser más sociables, perdieron el miedo a hablar con sus amigos y mostrarse como son, y se relacionaron mejor con sus parejas.

Por último, en cuanto a los aspectos médicos, las participantes reportaron ya no sufrir mareos ni cansancio, ni dolores de cabeza, por lo que tienen energía necesaria para poder realizar sus actividades, e incluso algunas mejoraron su desempeño escolar.

Al analizar los resultados obtenidos del estudio de los *componentes* de la intervención cognitivo-conductual combinada con el apoyo nutricional, en donde se tomaron en cuenta las fases de tratamiento propuestas para la Anorexia Nervosa (Garner, Vitousek & Pike, 1997) y para la Bulimia Nervosa (Ricca et al., 2000), se observó que el componente psicoeducativo concientizó a las participantes sobre sus problemas y las orientó acerca de una alimentación nutritiva. Por su parte, el componente de reestructuración cognitiva promovió el cambio de las actitudes disfuncionales hacia la alimentación, el peso, la figura corporal y el autocontrol, lo cual también fue reportado por Hsu (2001) en la investigación que realizó para medir la eficacia de la Terapia

cognitiva y nutricional en pacientes con Bulimia Nervosa donde comprobó que el componente cognitivo fue de gran importancia tanto para la modificación de creencias distorsionadas como para la adherencia al tratamiento y la finalización del mismo. El componente de resolución de problemas promovió el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento de manera que mejoraron sus relaciones interpersonales. Finalmente, el componente de prevención de recaídas ayudó no sólo a identificar las situaciones en las que las participantes podrían recaer, sino también para saber qué pueden hacer para no volver a engancharse con las Conductas alimentarias de riesgo y disminuir su probabilidad, tal como lo plantea Fairburn (2008) en su propuesta de Terapia cognitivo-conductual extendida.

Por último resulta teóricamente relevante mostrar cómo las condiciones que narran las participantes (en la entrevista individual) del inicio de sus problemas confirman la teoría y hallazgos previos, por ejemplo, el inicio de las conductas alimentarias de riesgo, lo asocian con: a) las burlas y bromas que recibieron de sus pares en la pubertad por ser personas de complejión media o robusta, lo cual se ha documentado en el modelo de las transiciones evolutivas de Smolak y Levine (1994) y en las teorías del desarrollo de la imagen corporal alterada (Brown, Cash & Lewis, 1989; Thompson, 1992); b) la presión social, que enfatiza la cultura de la delgadez y la creencia de que estar delgadas significa tener éxito en todos los aspectos (personal, laboral, social, familiar y sentimental), concuerda con el modelo integral de la teoría cognitivo conductual de los trastornos de la conducta alimentaria (Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004) y con el estudio de March et al. (2006), en donde se identificó el imperativo social de la delgadez como factor de riesgo que propicia los trastornos de la conducta alimentaria; y c) el ámbito familiar: malos hábitos alimentarios, preocupación excesiva de los padres por la figura, antecedentes familiares de abuso de alcohol y sobreprotección, características que Rodríguez, Gutiérrez, Vaz y García (2006) plantean como factores de riesgo.

Conclusiones

Al analizar el programa de intervención que se aplicó en este estudio, se corroboró que cumplió los criterios establecidos por la investigación (metaanálisis) para lograr la eficacia de los programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (Ver p.31) en donde se plantea que:

- La *edad* de las participantes debe ser mayor que 15 años y la muestra de este estudio fue de 17 a 26 años.
- Se debe aplicar sólo a *mujeres*, como fue en este caso.
- La *muestra debe ser seleccionada y no de tipo universal*, y en esta investigación efectivamente se colocaron carteles en las diferentes facultades de la universidad con leyendas alusivas a los factores de riesgo relacionados con los Trastornos de la conducta alimentaria.
- Se deben aplicar a las participantes programas de *tipo interactivo*, lo cual si se cumplió ya que se les dejaban ejercicios y tareas para que las participantes practicasen las habilidades que se les enseñaban en las sesiones (reestructuración de pensamientos, expresión emocional, resolución de problemas, alimentos “prohibidos”).
- En cuanto a la *duración del programa*, es preferible que sean varias sesiones -con duración hasta de 3 horas a la semana- y en este caso se trabajó con las participantes dos horas: una con la psicóloga y otra con la nutrióloga, durante 15 semanas.

- Con respecto al *contenido del programa*, se espera que se haga énfasis en la insatisfacción corporal, la autoestima, la presión sociocultural hacia la delgadez y la forma de mantener un peso saludable, y en esta investigación se trabajó con los Factores de riesgo que predisponen más la aparición de los Trastornos de la conducta alimentaria (insatisfacción corporal, dieta crónica restrictiva y comer de forma compulsiva), además de la autoestima, el miedo a la madurez, los sentimientos de ineficacia, la falta de conciencia interoceptiva y el establecimiento de un peso saludable (Índice de masa corporal: normal).
- Los *instrumentos* deben estar validados, y aquí los que se aplicaron para la medición de las variables antes, durante los seguimientos tres y seis meses después (EFRATA, EDI-2, Autoestima) contaban con los requerimientos necesarios de confiabilidad y validez.
- *Los seguimientos deben ser a corto plazo* (1, 3, 6 y 9 meses), y en este estudio se hicieron a 3 y 6 meses.
- Finalmente, teóricamente se espera que los individuos que presentan mayores puntajes en los factores de riesgo se encuentren más motivados a comprometerse en un programa de prevención que los que obtienen puntajes menores, siendo esta la principal explicación para lograr una adherencia a este tipo de programas; ahora bien en la muestra de esta investigación se observó que efectivamente las participantes que se adhirieron al programa, que lo terminaron y que acudieron a las sesiones de seguimiento, eran mujeres que tenían varios años con conductas alimentarias de riesgo, y los puntajes obtenidos al principio del programa fueron *altos*.

Además se considera que el programa de intervención funcionó debido a:

- La implementación de un manual de intervención, de forma que ayudara a asegurar que se proporcionaran adecuadamente los componentes de la intervención tal como lo hicieron Stice, Mazoti, Weibel y Agras (2001) en la serie de investigaciones con programas de prevención interactivos y enfocados.
- La capacitación del personal (psicólogas y nutriólogas), promovió el desarrollo de un trabajo interdisciplinario, en el que tanto las nutriólogas conocían los contenidos de las sesiones psicológicas como las psicólogas aprendieron el manejo de los equivalentes de alimentos, de manera que al momento de revisar los diarios de alimentación de las participantes pudieran saber si se estaban alimentando adecuadamente o no, y no sólo por sentido común.
- La supervisión semanal de los casos, en donde se daba retroalimentación grupal a las terapeutas y nutriólogas, y se intercambiaban opiniones y sugerencias para que las participantes alcanzaran los objetivos del programa.
- La implementación de material didáctico— presentaciones en computadora y trípticos— como apoyo para las participantes, ya que podían revisar de manera sencilla el contenido de las sesiones y poner en práctica lo aprendido. Por ejemplo, el tríptico con la tabla de equivalentes de alimentos, en donde las participantes revisaban las porciones que debían comer de acuerdo con el plan de alimentación que diseñaban con la nutrióloga, lo cual también fue implementado por McIntosh et al. (2005).

- El uso de los modelos de alimentos para enseñarles los tipos alimentos y mostrarles las porciones adecuadas de cada uno de ellos.
- La sesión en donde las participantes traían su comida del día, lo cual ayudaba a que la nutrióloga comprobara la adherencia al plan de alimentación y la ingesta de alimentos que las participantes catalogaban como “prohibidos” durante las primeras sesiones del programa de prevención.

En conclusión, los resultados muestran que la intervención cognitivo-conductual con apoyo nutricional disminuyó los Factores de riesgo, por lo que puede prevenir el desarrollo de un cuadro completo de trastorno de la conducta alimentaria, evitar sus consecuencias clínicas y psicológicas y, por lo tanto, reducir los costos sociales de dichos trastornos.

Limitaciones

Las principales limitaciones de este estudio residen en la imposibilidad de generalizar los resultados a la población de donde se extrajeron las participantes, debido a que el muestreo fue no aleatorio y no incluyó un grupo control.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, no se hicieron mediciones sobre ansiedad y depresión, y cuando se trabajó con las participantes durante el proceso terapéutico, algunas de ellas mostraban sintomatología asociada a esos trastornos.

Asimismo, debido a la duración del programa (15 sesiones) no se añadieron sesiones para enseñar a las participantes habilidades sociales, y pesar de que a través de las sesiones de resolución de problemas las participantes mejoraron las relaciones familiares e interpersonales, se

considera que el instruirlas sobre la asertividad, les ayudaría a que tuvieran mejores estrategias de afrontamiento.

Tampoco se establecieron criterios para el cambio de fase (psicoeducativa, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y prevención de recaídas) lo cual quizás pudo obstaculizar el avance que se espera a través de las sesiones del programa, ya que no todos las participantes comprendían los conceptos que se les enseñaban o en su defecto su pensamiento era muy rígido y por lo tanto les costaba trabajo flexibilizarlo para reestructurar adecuadamente sus pensamientos distorsionados.

Sin embargo, lo alentador de los hallazgos obtenidos permite esperar que nuevos estudios superen las limitaciones señaladas, replicando y extendiendo los resultados aquí reportados.

Sugerencias

- Se sugiere mejorar la metodología incluyendo un grupo control (lista de espera) para obtener resultados más precisos y seleccionar a los participantes aleatoriamente para generalizar los resultados.
- Otra propuesta es que se aplique el programa a población más joven, ya que como se observó, las mujeres que participaron en el programa ya tenían varios años con conductas alimentarias de riesgo.
- También se pueden aplicar programas preventivos a hombres, puesto que los trastornos de conducta alimentaria no son exclusivos de las mujeres.
- Asimismo se exhorta que en los siguientes programas de intervención se integre la “Entrevista Motivacional” con el propósito de que las participantes que se encuentren en una fase de contemplación, pasen a la de acción y se logre la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS

- Agras, W.S., Brandt, H.A., Bulik, C.M., Dolan-Sewell, R., & Fairburn, C.G. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on "Overcoming Barriers Treatment Research in Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 35, 509-521.
- Agras, W.S., Rossitter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F. & Raeburn, S.D. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment: a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W.S., Schneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D. & Telch, C.F. (1989). Cognitive behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 215-221.
- Alvin, P., Zogheib, J., Rey, C., & Losay, J. (1993). Complications graves et mortalité au cours des dysorexies mentales à l'adolescence. A partir de 999 patients hospitalisés. *Archives Françaises de Pédiatrie*, 50 (9), 755-762.
- American Psychiatric Association (1993). Practice guidelines for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 207-234.
- Andersen, A.E. (1985). *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. USA: John Hopkins.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV*. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV- TR*. España: Masson.
- Bailer, U., Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., Gianal, N., Hornik, K. & Kasper, S. (2004). Guided self-help vs. cognitive behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 522-537.
- Bahia, A., Chu, E. & Mehler, Ph. (2011). Polydepsia and Hyponatremia in a Woman with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 186-188.
- Baranowski, M.J., & Heartherington, M.M. (2001). Testing the efficacy of an Eating Disorder Prevention Program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, (2), 119-124.
- Barua L., Berenson, R. (1996). Medicina Teórica: definición de la salud. (Versión electrónica), *Rev Med Hered*. 7 (3), 105-107. Recuperado el 16 de febrero de 2009.
- Barriguete, J.A., Unikel, C., Aguilar, C., Córdoba, J.A. & Hernández, M. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico (Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública México*, 51, (4), 5638-5644.

- Bauer, S., Moessner, M., Wolf, M., Haug, S. & Kordy, H. (2009). ES [S] PRIT- an Internet-based programme for the prevention and early intervention of eating disorders in college students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37 (3), 327-336.
- Becoña, E., Gutiérrez-Moyano, M.M. (1987). La terapia de solución de problemas: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortion. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognoscitiva Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Blanco, J., Rojas, E. & Fleiz, C. (2008). *Epidemiología de los Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes de la Ciudad de México*. Documento presentado en la XVIII Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, Distrito Federal.
- Berinstáin, C. & Szydlo, D. (1998). *Qué es la psicoterapia*. México: Trillas.
- Bergen, A.W., Yeager, M., Welch, R.A., Haque, K., Ganjei, J.K. & Van Den Bree, M.B. (2005). Association of multiple DRD2 polymorphisms with anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 30, 1703-1710.
- Bowers, W.A. (2001). Cognitive Model of Eating Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 15 (4), 331-340.
- Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57.
- Brown, K. & Jasper, K. (1993). Introduction: Why weight? Why Women? Why Now? En C. Brown & K. Jasper (Eds.), *Consuming passions: Feminists Approaches to weight preoccupations and eating disorders* (pp.16-79). Toronto: Second Press.
- Brown, T.A., Cash, T.E., & Lewis, R.J. (1989). Body-image disturbances in adolescent female binge-purgers: A brief report of the results of a national survey in the U.S.A. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 30, 605-613.
- Brownell, K.D. (2000). *The learn program for weight management*. Dallas, Texas: American Health.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Anorexia, obesity and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. USA: Harvard University Press.

- Calati, R., Ronchi, D., Bellini, M., & Serretti (2011). The 5-HTTLPR Polymorphism and Eating Disorders: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 191-199.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Cargill, B.R., Clark, M.M., Pera, V., Niaura R.S. & Abrams, D.A. (1999). Binge eating, body image and depression and self-efficacy in an obese clinical population. *Obesity Research*, 7, 379-386.
- Carter, J.C. & Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *Journal Consultation of Clinical Psychology*, 66 (4), 616-623.
- Carter, J.C., Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., & McCabe, R.E. (2003). Self-help for bulimia nervosa: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 1,160(5), 973-978.
- Cooper, P.J. & Fairburn G.C. (1984). Cognitive Behavior Therapy for Anorexia Nervosa: Some Preliminary Findings. *American Journal of Psychiatry*, 150, (6) 87-96.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press Inc.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power for the Behavior Sciences*. (2a. ed.). New Jersey: LEA.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Crow, S., Eisenberg, M.E., Story, M., & Newmak-Sztainer, D. (2008). Suicidal Behavior in adolescents: relationship to weight status, weight control behaviors and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders* 41 (1), 82-87.
- Dalle Grave, R. D., Bohn, K., Hawker D.M. & Fairburn C.G. (2008). Day patient and two forms of outpatient CBT-E. En C.G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp.231-244). New York: Guilford Press.
- Dalle Grave, R.D., De Luca, L. & Campello, G. (2001). Middle School Primary Prevention Program for Eating Disorders: A Controlled Study with a Twelve-Month Follow-Up. *Eating Disorders*, 9 327-337.
- De la Vega, R. (2008). *Hoja de registro semanal*. Manuscrito no publicado.
- De la Vega, R. (2008). *Hoja de registro de alimentación*. Manuscrito no publicado.
- De la Vega, R. & Ávila, A. (2009). *Formato de supervisión semanal de casos: Psicóloga*. Manuscrito no publicado.

- De la Vega, R. & Ávila, A. (2009). *Formato de supervisión semanal de casos: Nutrióloga*. Manuscrito no publicado.
- De la Vega, R. & Gómez-Peresmitré, G. (2008). *Guía de entrevista individual*. Manuscrito no publicado.
- D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ductor, M.J. (2005). Perfil de la población con trastorno de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*. 23 (1), 83-100. Recuperado el 23 de abril de 2007, de http://www.cop.es/delegaci/andocci/VOL.23_1_7.pdf
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. (Desclée de Brouwer, trad.). New Jersey: Citadel. (Trabajo original publicado en 1962).
- Fassino, S., Daga, G.A. & Piero, A. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal Psychosomatic Research*, 51, 757-764.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating Disorders. En D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 209-242). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Cooper, P.J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En K.D. Brownell & J.P. Foreyt (Eds.), *Handbook of Eating Disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp. 389-404). New York: Basis Book.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Soloman, C. G., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P.J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 24, 629-643.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 361-404). New York: Guilford Press.

- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 304-312.
- Fernández, A., & Turón, G. (2002). *Trastornos de la alimentación, guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. España: Masson.
- Field, A.E., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Cheung D.C. & Colditz, G.A. (1993). Frequent dieting and the development of obesity among children and adolescents. *Nutrition*, *17*(4) 355 – 356.
- Fitcher, M.M., Leibl, K., Rief, W., Brunner, E., Schmidt S. & Engel, R.R. (1991). Fluoxetine versus placebo: A double blind study with bulimic inpatient undergoing intensive psychotherapy. *Pharmapsychiatry*, *24*, 1-7.
- Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. En G. Szukler, C. Dare, J. Treasure, & C. Chichester (Eds.), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. (pp. 309-332). England: John Wiley & Sons.
- Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: International Thomson Editores Spain Parainfo.
- García-Camba (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, obesidad*. España: Masson.
- García-García, M.C., Vásquez-Velázquez V., López-Alvarenga J. & Arcila-Martínez, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory. *Salud Pública*, *45*(3), 1-7.
- García, M., Ángel R.A. & Tovar, B. D. (2007). *Realidad Virtual Prevención de Trastornos de la Alimentación en Adolescentes: Formación de Audiencias Críticas*. Tesis de Licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Garner, D.M. (1991). *Eating disorder inventory – 2. Professional Manual*. USA: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1997). Psycho-educational principles in treatment. En D.M. Garner & P.E. Garfinkel. (Eds.), *Handbook of treatment disorders* (pp. 145-174). New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M., & Eagle, M. (1993). Comparison between cognitive-behavioral and supportive expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* *150*, 37-46.
- Garner, D.M., Vitousek, K.M. & Pike, K.M. (1997). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa. En D.M. Garner & P.E. Garfinkel. (Eds.), *Handbook of treatment for Eating Disorders*. (pp. 94-144). New York: Guilford Press.

- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 44, 273-288.
- Gleaves, D.H., Miller, K.J., Williams, T.L. & Summers, S.A. (2000). Eating Disorders: An Overview. En K.J. Miller & J.S. Mizes. (Eds.), *Comparative treatments of eating disorders*. (pp. 1-49). USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Goldbloom, D.S. & Garfinkel, P.E. (1990). The serotonin hypothesis of Bulimia Nervosa: Theory and Evidence. *Canadian Journal of Psychiatry* 35(9), 741-744.
- Goldbloom, D.S., Omsted, M., Davis, R., Clewes, J., Heinmaa, M., Rockert, W., & Shaw, B. (1997). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behavior Research and Therapy*, 35, 803-811.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 153-165.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas, documento presentado en el aniversario de los 450 años de la UNAM. Antigua Escuela de Medicina. Distrito Federal, México.
- Gómez-Peresmitré, G. y Ávila E. (1993). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-198.
- Gómez-Peresmitré, G., González, D. M., Sois, T. C., Cueva-Renaud, C., Unikel, S.C., Saucedo, M.T., & Rodríguez, D. R. (2006). Obesidad en población universitaria: prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 135-147.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M.T. y Unikel, S.C. (2001). La psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, X. M. (2009). *Estudio Piloto de un Programa de Realidad Virtual en Mujeres Adolescentes*. Tesis de Licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Greenberger, D. & Padesky, Ch. (2000). *Control de tu estado de ánimo*. Argentina: Paidós.

- Grilo, C.M. & Macheb, M.R. (2005). Guided self-help cognitive-behavioral and weight loss treatments for binge eating disorder. *Behavioral Research Therapy*, 6, 53-58.
- Grilo, M. C. & Macheb, R.M. (2007). Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: Finding form a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2537-2550.
- Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario (2001). (C. E. Toro, Trad.). (2a. ed.). Barcelona, España: Psiquiatría Editores.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Heatherton, T.F. & Baumeistier, R.F. (1991). Being Eating as escape of self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heatherton, T.F. & Polivy, J. (1992).Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, E.F. Hobfold, & M.P.Parris (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. (pp.133-149). Washington, DC: Hemisphere.
- Heinberg, L. J. (1996). Theories of Body Image Disturbance: Perceptual, developmental, and sociocultural factors. En J.K. Thompson (Ed.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. (pp.27-48). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion of Psychiatric*, 19 (4), 389-394.
- Hsu, L.K., Rand, W., Sullivan, S., Liu, D.W., Mulliken, B., Mcdonagh, B. & Kaye, W.H. (2001). Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 1, 31(5), 871-879.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope H.G. & Kessler R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey. *Biological Psychiatry*, 61, (3), 348-358.
- Ingram, R.T & Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Versen & A.E. Kazdin (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy* (pp.53-65). New York: Plenum Press.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. (s.f.) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el 24 de febrero de 2011, de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior. (2009). IME. *Sistema de Salud Mexicano*. Recuperado el 21 de febrero de 2011, de http://www.ime.gob.mx/ime2/jornadas/presentaciones_salud/sistema_salud_mexicano.pdf

- INSALUD (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Recuperado el 23 de abril de 2007, de <http://es.salut.conecta.it/pdf/TCA.pdf>
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991) Normative comparisons in therapy outcome. *Behavior Assessment, 10*, 147-158.
- Kaminski, P. L., & McNamara, K. (1996). A Treatment for College Women at Risk for Bulimia a Controlled Evaluation. *Journal of Counseling & Development, 74*, 288-294.
- Kaye, W. (2009). Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Physiology Behavior, 94*, 121-135.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Eddy, K.T., & Delinsky, Sh. S. (2002). Predictors of treatment utilization among women with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 1(1)* 140-2.
- Kenardy, J., Mensch, M., Bowen, K., Green, B. & Walton, J. (2002). Group Therapy for binge eating in Type 2 diabetes: a randomized trial. *Diabetes Medicine, 19*, 234-239.
- Kendal, P.C. & Hollon, S.D. (Eds.). (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academy Press.
- Kirchner, T., Torres, M. & Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós.
- Kong, S. (2005). Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial, *Journal of Advanced Nursing 51* (1), 5-14.
- Kortegaard, L.S., Hoerder, K. & Joergensen, J. (2001). A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. *Psychological Medicine, 31*, 361-365.
- Lambruschini, N. & Leis, R. (2007). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Recuperado el 28 de noviembre de 2007, de <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/8.pdf>
- Lega, L., Caballo, V.E. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Wolf, J., Vara, I. S., Detzer, M. J., & Srebnik C. (1994). Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy, 32*, 37-45.
- León, H. R. (2010). *Modelos de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Técnicas Asertivas/Habilidades Sociales y Psicoeducativas*. Tesis de doctorado, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.

- Lilenfield, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., & Merikangas, K.R. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-610.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M. & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 649-661.
- Mahoney, M.J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. (México: Trillas trad.). Cambridge, MA: Bellinger. (Trabajo original publicado en 1974).
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundation of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mcvey, G.L., Danis, R., Tweed, S., & Shaw, B.F. (2004). Evaluation of a School-Based Program Designed to Improve Body Image Satisfaction, Global Self-Esteem, and Eating Attitudes and Behaviors: A Replication Study. *Journal of Eating Disorders*, 36 (1), 1-11.
- Mancilla, D.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., & Álvarez, R.L. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1) 37-46.
- March, J.C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E. & Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferencias actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21 (1), 4-12.
- Marrazzi, M.A. & Luby, E.D. (1986). An autoaddiction model of chronic anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 191-208.
- Mascolo, M., Chu, E. & Mehler, Ph. (2011). Abuse and Clinical Value of Diuretics in Eating Disorders Therapeutic Applications. *Journal of Eating Disorders*, 44, 200-202.
- Mcintosh, V.V., Jordan, J., Carter, F., & Luty S. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 1 (4), 741-747.
- Medina, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, Cl., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4), 1-16.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Mitchell, J.E. & Crow, S. (2006). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 438-443.

- Mitchell, J. E., Raymond, N., & Specker, S. (1993). A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *14*, 2219-2247.
- Monteleone, P. & Maj, M. (2008). Genetic susceptibility to eating disorders: Associated polymorphisms and pharmacogenetic suggestions. *Pharmacogenomics*, *9*, 1487-1520.
- Morandé, G. (1999). *La Anorexia*. Madrid: Temas de Hoy.
- Mussell, M.P., Peterson, C.B., Weller, C.L., Crosby, R.D., De Zwann, M. & Mitchell, J.E. (1996). Differences in body image and depression among obese women with and without binge eating disorder. *Obesity Research*, *4*, 431-439.
- Nagai, N., Nauro, T., Homan, N., Tatebe, Y., Murunaga, T., Munemoto, T., Yasuhara, D., Degushi, D., & Nozoe, Sh. (2002). Effectiveness of multidisciplinary team approach and prognosis of inpatients with eating disorders. *International Congress Series 1241*, 137-141.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder*. London: British Psychological Society.
- National Center for Health Statistics. (2000). *CDC Growth Charts*. United States.
- Nauta, H., Hospers, H, & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, *6* (3), 271-284.
- Nestler, E.J. (2006). The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biological Psychiatry*, *59*, 1151-1159.
- Olvera, R. A. & Mercado, G. L. (2007). *Programa de Realidad Virtual y Entrenamiento en Habilidades Sociales como Prevención de Factores de Riesgo Asociados con la Imagen Corporal*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el tratamiento*. Madrid: Meditro.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría*. Recuperado el 21 de enero de 2011, de http://campusvirtual.suissedu.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1&Itemid=84
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Glosario "Promoción de la Salud". Recuperado el 3 de enero de 2008, de http://www.who.int/topics/health_promotion/es/

- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Promoción de la Salud*. Recuperado el 10 de junio de 2011, de <http://www.paho.org>
- Ortiz, F.A. (2007). *Estrategias de Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Habilidades Sociales y Realidad Virtual*. Tesis de licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Palazzoli, M. S. Cirillo, S. & Sorrento, A.M. (1999). *Las muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós Terapia Familiar.
- Pale, M.L. (1997). *Modelos de alimentos para la orientación alimentaria*. Registro CMN² 97/003.
- Paredes, S. E. & Sánchez, G. N. (2007). *Evaluación de dos Programas de Prevención Primaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria Enfocados en el Análisis de Publicidad Televisiva en Adolescentes Mujeres*. Tesis de licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Pérez, L. A., Palacios G. B., & Castro B. A. (2008). *Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes*. Cuadernos de Nutrición, Fomento de Nutrición y Salud, A.C.
- Pérez, M. A., Pinzón-Pérez, H. L., Alonso P. L. (2007). *Promoción de la salud: conceptos y aplicaciones*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Peterson, B.C. & Mitchell, E.J. (1999). Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: A review of research findings. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 685-697.
- Peterson, B.C., Mitchell, E. J., Engbloom, S., Nugent, S., Mussell, P.M., Crow, J.S., & Thuras, P. (2001). Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 367-374.
- Pineda, G. G. (2006). *Estrategias Preventivas de Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Tesis de doctorado, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Pritchard, B.J., Bergin, J.L. & Wade, T.D. (2004). A case series evaluation of guided self-help for Bulimia Nervosa using a cognitive manual. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 144-156.
- Reidl, M.L. (2002). *Yo como persona. Escala Psicológica de Autoestima*. Manuscrito no publicado.
- Rey, S. & Gutiérrez, C. (2007). *Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Recuperado el 28 de noviembre de 2007, de <http://es.salut.conecta.it/pdf/cl/c6.pdf>

- Reyes, H.V. (2009). *Estudio Piloto de un Programa de Realidad Virtual como Método de Intervención*. Tesis de licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezanni, B., Moretti, S., & Bernardo, M. (2001). Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: a one-year follow-up study. *Psychotherapy Psychosomatic*, 70, 298-306.
- Ricca, V., Mannucci, E., Zucchi, T., Rotella, C., & Faravelli, C. (2000). Cognitive-Behavioural Therapy for Bulimia Nervosa and Bing Eating Disorder: A review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (6), 287- 295.
- Rodríguez, D. R. (2008). *Prevención Primaria de los Trastornos Alimentarios: Formación de Audiencias Críticas*. Tesis de doctorado, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Rodríguez, M. A. (2006). *Estudio Piloto de dos Programas de Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria, en una muestra de Mujeres Adolescentes*. Tesis de licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Rodríguez, O. & Rojas, R. (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y Miguel Ángel Porrúa.
- Rodríguez, S. L., Gutiérrez, A.M., Vaz, L.F., & García, H. M. (2006). Trastorno del Comportamiento Alimentario: Anorexia y Bulimia. Recuperado el 20 de abril de 2007, de http://www.saludextremadura.com/opencms/export/system/bodies/contenidos/DGPOCS/publicacion20060428123930361/ANOREXIA_Y_BULIMIA.pdf
- Rogers, C. (1977). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rosen, J.C. & Leintenberg H. (1982). Bulimia Nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13, 117-124.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Losch, M. & Telch, C.F. (1988). Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral or pharmacological treatment. *Behavior Research and Therapy*, 26, 495-498.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Sánchez-Sosa, J.J., & González-Celis, A.L.M. (2004). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En Caballo, V.E. (Ed.). *Manual para la evaluación de los trastornos Psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes Psicológicos*. (pp. 259-260). España: Ediciones Pirámide.

- Salazar, G.L., Martínez, L.M. & Pérez-Mitré, G.G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1) 117-126.
- Schmidt, U., Landau, S., Pombo-Carril, M.G., Bara-Carril, N., Reid, Y., Murray, K., Treasure, J., & Katzman, M. (2006). Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioral guided self-care in bulimia nervosa? *British Journal of Clinical Psychology* 45, 111-121.
- Schmidt, U.H., & Treasure, J.L. (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e)*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scime, M. & Cook-Cotone, C. (2008). Primary prevention of eating disorders: a constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (2), 134-142.
- Seamoore, D., Buckroyd, J. & Stott, D. (2006). Changes in eating behavior following group therapy for women who binge eat: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 337-346.
- SINAIS (2011). *Encuesta Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 21 de febrero de 2011, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>
- Smith, D.E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annual Behavior of Medicine*, 20, 227-232.
- Smolak, L. (1999). Elementary school curricula for primary prevention of eating disorders. In N. Piran, M.P. Levine, & C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing eating disorders* (pp.87-104). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Smolak, L. & Levine, P. M. (1994). *The prevention of eating disorders: Theory, Research and Practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J. Hasin, D. & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: it's further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Secretaría de Salud (2002). *Manual de procedimientos: toma de medidas clínicas y antropométricas*. México: SSA.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. & Appel, A. (2001). A Randomized Trial of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 247-262.

- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C. & Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during adolescence: A four-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 671-675,
- Stice, Marti, Shaw & O'Neil (2008). General and Program-Specific Moderators of Two Eating Disorder Prevention Programs. *International Journal of Eating Disorders, 41* (7), 611-617.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. & Agras, W.S. (2000). Dissonance Prevention Programme Decreases Thin-Ideal Internalization, Body Dissatisfaction, Dieting, Negative Affect, and Bulimic Symptoms: A Preliminary Experiment. *International Journal of Eating Disorders, 27* (2), 202-217.
- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 130*, 206-227.
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 233-257.
- Stice, E., Trost, A. & Chase, A. (2002). Healthy Weight Control and Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Programs: Results from a Controlled Trial. *International Journal of Eating Disorders, 33*(1), 10-21.
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating Nature Assessment and Treatment*. (pp. 144-172). New York: The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R.H., Cachelin, F.M., Dohm, F.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E. & Fairburn, C.G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders, 29*(2), 157-165.
- Stoylen, J.L. & Laberg, J.C. (1990). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Perspectives on Etiology and Cognitive Behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 361*(82) 52-58.
- Szydlo, D., & Woolston J. (2004). Bulimia Nervosa. En J. M. Wiener & M. K. Dulcan (Eds.), *The Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. (pp.691-706). United States of America: The American Psychiatry Publishing.
- Telch, C.F. & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders, 15*, 53-61.
- Telch, C., Agras, W., Rossiter, E., Wilfley, D., & Kenardy, J. (1990). Group cognitive behavioral treatment for non-purging bulimic: an initial evaluation. *Journal Consultation of Clinical Psychology, 58*, 629-635.
- Telch, C.F. & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in woman with binge eating disorder: prevalence rates form a non-treatment-seeking sample. *Journal Consultation of Clinical Psychology, 66*, 768-776.

- Thiels, C., Schmidt, U., Treasure, J., Garthe, R., & Troop, N. (1998). Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(7), 947-53.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment, methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM-IV diagnostic criteria-body image disorder. En M. Hensen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 3-54). Scymore, IL: Sycmore.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo del delito. Anorexia bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., & Vilardel, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Unikel, C., Bojorquez-Chapela, I., Villatoro, J., Fleiz, Cl., & Medina, M.E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*. *58* (1), 15-29.
- Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo T., Trujillo, E., García, F., & Trejo, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*. *62* (5), 424-432.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina, M.E., Fleiz, Cl., Alcántar E., & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*. *52* (2), 140-147.
- Vanardo-Sullivan, P., Zucker, N. (2004). The body logic program for adolescents: A treatment manual for the prevention of eating disorders. *Behavior Modification*, *28*, 854-875.
- Vaz, L.F. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos del comportamiento alimentario. En J. Bobes, P. Saíz, M. García-Portilla, M. Bascarán, & M. Bousoño. (Eds.), *Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- Vitousek, K.B. & Hollson, S.D. (1990). The validation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 191-214.
- Waller, G. (2005). Treatment of bulimia nervosa. *Psychiatry* *4* (4), 18-22.
- Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Mickley, D., Sysko, R., & Parides, M.K. (2004). Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, *161*(3), 556-561.
- Walsh, B. T., Wilson, G. T., Loeb, K. L., Devlin, M. J., Pike, K. M., Roose, S. P., Fleiss, J., & Wateraux, C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 523-531.

- Whittal, M. L., Agras, W. S., & Gould, R. A. (1999). Bulimia Nervosa: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments. *Behavior Therapy, 30*, 117-135.
- Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 439-465.
- Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D. & Niles, B. (1991). Cognitive behavioural treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation. *Behavior Research and Therapy 29*, 575-583.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G. & Agras, W.S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. En D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp.67-93).New York: Guilford Press.
- Williamson, D.A., Muller, S.L., Reas, D.L., Thaw, J.M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. *Behavior Modification, 23*, 556-577.
- Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E., & Stewart T.M. (2004). Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification, 28*, 711-738.
- Winzelberg, A. (1997). The analysis of an electronic support group for individuals with eating disorders. *Computers in human Behavior, 13*, 393-407.
- Wolf, E. G., & Clark, M.M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder, a clinical study. *Eating Behaviors, 2*, 97-104.
- Zabinski, M.F., Celio, A.A., Jacobs, M.J., Mainwaring, J. & Wiffley D. E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 11*, (3), 183-197.

APÉNDICE “A” ENTREVISTA INDIVIDUAL

- Entrevista Individual (Validación Por Jueceo) (De la Vega & Gómez-Peresmitré , 2008)

APÉNDICE “A”

Entrevista Individual sobre Conductas Alimentarias de Alto Riesgo (De la Vega & Gómez-Peresmitré)

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

1. ¿Por qué razón solicitaste esta consulta?

DINÁMICA FAMILIAR

1. ¿Con quién vives?
2. Plátame cómo es tu relación con tus padres
3. ¿Tus padres te permiten tomar tus propias decisiones?
4. ¿Cómo convive la familia?
5. ¿Quién toma las decisiones importantes de la familia?
6. ¿Qué actividades hacen juntos?
7. Háblame acerca de cómo te llevas con tus hermanos
8. Plátame cómo es la relación con tu madre respecto a la comida

ACTITUD HACIA LA COMIDA

1. ¿Qué piensas de tu forma de comer?
2. ¿Te preocupa lo que comes? ¿Por qué?
3. ¿Podrías decirme qué te sucede cuando piensas en la comida?
4. ¿Te has dado cuenta si la forma en que comes se asocia con algún sentimiento (s)? ¿Cuál?

MOTIVACIÓN PARA ADELGAZAR

1. ¿Te encuentras preocupada por tu peso? ¿Por qué?
2. ¿Tienes miedo a subir de peso?
3. ¿Cómo te sientes con la pérdida de peso?
4. ¿Te sientes a gusto con la pérdida de peso que has alcanzado?
5. ¿Te preocupa lo que comes?

DIETA restrictiva

1. ¿Qué sientes cuando comes carbohidratos y/o grasas?
2. ¿Qué sientes cuando comes demasiado?
3. ¿Estás siguiendo alguna dieta especial? ¿Con qué propósito?
4. ¿Desayunas? Si la respuesta es afirmativa, se pregunta: ¿qué desayunas?
5. ¿Comes? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué comes?
6. ¿Cenas? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué cenas?

7. ¿Qué acostumbras hacer con tu alimentación para controlar tu peso?
8. ¿Cuántas comidas haces al día? ¿por qué?

ATRACÓN

1. ¿Te ha sucedido que alguna o algunas veces comes sin medida?
2. ¿Cuándo comes sin medida sientes que pierdes el control?
3. ¿Aproximadamente cuántas veces (por mes) comes sin medida?

CONDUCTAS COMPENSATORIAS

1. ¿Haces ejercicio? ¿Con qué propósito?
2. ¿Cada cuándo haces ejercicio y por cuánto tiempo?
3. ¿Después de comer sin medida, dime qué precauciones tomas?
4. ¿Qué haces después de que crees que has comido mucho?

IMAGEN CORPORAL

1. ¿Te gusta tu cuerpo?
2. ¿Qué te agrada de tu cuerpo?
3. ¿Qué no te agrada de tu cuerpo?
4. ¿Piensas que estás en el peso adecuado?
5. ¿Te gustaría bajar de peso?
6. ¿Qué piensas cuando los demás (tus familiares o amigas te dicen que estás delgada?
7. ¿Cómo te sientes cuando te ves al espejo?
8. ¿Comparas tu cuerpo (forma y tamaño) con el de tus amigas?
9. ¿Comparas tu cuerpo (forma y tamaño) con el de las artistas o modelos que aparecen en los medios?

MENARCA y AMENORREA

1. ¿Cuándo fue tu primera menstruación?
2. ¿Tu menstruación se presenta de forma regular?
3. Si ya has menstruado, ¿se ha suspendido en algún momento tu periodo?
4. Si has dejado de menstruar, ¿cuánto tiempo no has tenido menstruación?

ESTRÉS Y ANSIEDAD

1. ¿Cómo duermes, de corrido o te cuesta conciliar el sueño?
2. ¿Te despiertas a medianoche?
3. ¿Tienes problemas para concentrarte?
4. ¿Sufres de dolores de cabeza?
5. ¿Últimamente te has sentido tensa con dolores en el cuello o en la espalda?

VIGILIA

1. ¿Qué actividades realizas durante el día?

APÉNDICE “B” INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- Escala de Autoestima “Yo como persona” (Reidl, 2002)
- Inventario de Desórdenes de la Alimentación (Garner & Olmsted, 1983)
 - Sub-escalas: Miedo a madurar, Ineficacia y Conciencia Interoceptiva
- Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1993).
 - Factores: Conducta alimentaria compulsiva (1) y Dieta Crónica Restrictiva (6).

Yo, como persona (Reidl)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones; responda a cada una de ellas de acuerdo con su opinión. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, cada quien tiene derecho a opinar lo que desee.

Las respuestas que puede dar es alguna de las siguientes:

Totalmente de Acuerdo = TA

De Acuerdo = A

En Desacuerdo = D

Totalmente en Desacuerdo = TD

AFIRMACIONES	TA	A	D	TD
1. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo(a).				
2. Soy una persona con muchas cualidades.				
3. En realidad no me gusto a mí mismo(a).				
4. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo.				
5. Poca gente me hace caso.				
6. Casi siempre me siento seguro (a) de lo que pienso.				
7. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera.				
8. Creo que la gente tiene buena opinión de mí.				
9. Es muy difícil ser uno mismo(a).				
10. Soy muy feliz.				
11. A veces desearía ser más joven.				
12. Me siento orgulloso(a) de lo que hago.				
13. Siempre tiene que haber alguien que me diga qué hacer.				
14. Es fácil que yo le caiga bien a la gente.				
15. Por lo general, la gente me hace caso cuando le aconsejo.				
16. Con frecuencia desearía ser otra persona.				
17. Me siento bastante seguro(a) de mí mismo(a).				

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Inventario de Desórdenes de la Alimentación (Garner y Olmsted)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las pregunta antes de contestarlas. Especifica tu respuesta anotando una **X** en el paréntesis que contenga la opción que mejor exprese tu forma de pensar.

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas Veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

	0	1	2	3	4	5
1. Me considero una persona eficaz.						
2. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.						
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.						
4. Me siento solo en el mundo.						
5. Suelo estar confuso sobre mis emociones.						
6. Me gustaría ser más joven.						
7. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.						
8. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.						
9. La infancia es la época más feliz de la vida.						
10. Me gustaría ser otra persona.						
11. No sé qué es lo que ocurre en mi interior.						
12. Preferiría ser adulto a ser niño.						
13. Me siento incapaz.						
14. No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.						
15. Las exigencias de la vida adulta son excesivas.						
16. Me siento seguro de mí mismo.						
17. Temo no poder controlar mis sentimientos.						
18. Me alegra haber dejado de ser niño.						
19. Tengo mala opinión de mí.						
20. Me siento hinchado después de una comida normal.						
21. Creo que las personas son más felices cuando son niños.						
22. Creo que puedo conseguir mis objetivos.						
23. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.						
24. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.						
25. Me considero una persona valiosa.						
26. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.						
27. Me siento emocionalmente vacío en mi interior.						
28. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.						

EFRATA, Factor 1 y Factor 6 (Gómez Pérez-Mitré)

INSTRUCCIONES: En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

1. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
2. Tengo temporadas en las que materialmente “me mato de hambre”. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Siento que mi forma de comer se me sale de control. (A) (B) (C) (D) (E)
4. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
5. No soy consciente de cuánto como. (A) (B) (C) (D) (E)
6. Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Me la paso “muriéndome de hambre”, ya que constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
9. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)
11. Soy de lo que se hartan (se llena) de comida. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
13. Me avergüenzo de comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
14. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Paso por periodos en los que como en exceso. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
22. “Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan comidas. (A) (B) (C) (D) (E)

APÉNDICE “C” FORMATOS DE TRABAJO

- Formato de Registro de alimentación diaria (De la Vega, 2008)
- Hoja de Registro Semanal (De la Vega, 2008)
- Formato para la supervisión semanal de los casos: psicóloga (De Vega & Ávila 2009)
- Formato para la supervisión semanal de los casos: nutrióloga (De Vega & Ávila 2009)

Formato de registro de alimentación diaria (De la Vega, 2008)

Auto-reporte de alimentación

Hora	Comida o líquido que consumió	En que lugar	Sola o Acompañada	Restricción I=Impulso H=Hecho	Atracón I=Impulso H=Hecho	Vomito o laxante I=Impulso H=Hecho	Ejercicio	Pensamientos y Sentimientos

Hoja de Registro Semanal (De la Vega)

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha: _____ Semana de tratamiento: _____

Instrucciones: marque con una “X” el número que corresponda a la frecuencia con la que usted **realizó las siguientes conductas** durante la semana pasada:

Conducta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Llevó a cabo la guía de alimentación que su nutrióloga le asignó										
Utilizó productos que NO son de dieta										
Realizó sus actividades laborales o estudios										
Hizo ejercicio con el propósito de bajar de peso										
Convivió con familiares o amigos de forma social										
Se pesó										

Instrucciones: marque con una “X” el número que corresponda a la frecuencia con la que usted **tuvo los siguientes pensamientos** durante la semana pasada:

Pensamientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pensé que la comida me nutre										
Pensé que mi cuerpo es desagradable										
Pensé que iba a subir de peso por comer una pieza de pan										
Pensé que la comida me daba la energía que necesitaba para realizar mis actividades diarias										
Pensé que soy una persona valiosa										
Pensé que las personas me iban a rechazar debido a la forma de mi cuerpo										
Pensé que la comida sólo servía para engordar										
Pensé que era una persona que no servía para nada										

Instrucciones: marque con una “X” el número que corresponda a la frecuencia con la que usted **tuvo los siguientes sentimientos** durante la semana pasada:

Sentimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alegría										
Tristeza										
Enojo										
Vergüenza										
Miedo										
Confianza										
Desesperación										
Ansiedad										
Aburrimiento										
Frustración										
Amor										

GRACIAS

Formato para la supervisión semanal de los casos: Psicóloga (De Vega & Ávila)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

Programa: Conductas Alimentarias de Alto Riesgo

Responsable: Mtra. en Psicología Rocío Ivonne de la Vega Morales

**DATOS CLINICOS
PSICOLÓGICOS**

Nº DE EXP _____

TERAPIA INDIVIDUAL

Nombre del paciente: _____

EQUIPO TERAPÉUTICO	PSICOLOGA	NUTRIOLOGA
	1. Historia Clínica _____	1. Entrevista Nutriológica _____
	2. Entrevista CAR _____	
	3. Terapeuta asignado (a) _____	2. Nutrióloga Asignada _____

SESION	FECHA	SEÑALA CON UNA X LAS SESIONES IMPARTIDAS Y EN CASO DE NO INTERVENCION ANOTAR MOTIVOS DE SUSPENSIÓN
1		<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>

BATERIA APLICADA

INSTRUMENTO		FECHA DE APLICACIÓN	CALIFICADO SI/NO	PUNTAJE	INFORME
HC	P				
ENTREVISTA CAR	P				
EDI INEFICACIA CONCIENCIA INTEROCEPTIVA MIEDO A LA MADUREZ	P				
YO COMO PERSONA	P				
INSATISFACCION CORPORAL	P				
DISORSION CORPORAL	P				
CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA	P				
DIETA CRONICA RESTRICTIVA	P				
ENTREVISTA NUTRIOLÓGICA	N				

PSICOLOGO (A)

P

NUTRIÓLOGA

N

DIAGNÒSTICO

INDICAR CON UNA X LA PATOLOGÌA

ANOREXIA NERVIOSA

BULIMIA NERVIOSA

COMEDOR COMPULSIVO

TANE 1, 2, 3, 4, 5, 6

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO _____

ANOTAR PUNTAJES

INSATISFACCIÓN CORPORAL

DISTORSIÓN CORPORAL

CONDUCTA ALIMENTARIA
COMPULSIVA

DIETA CRONICA RESTRICTIVA

AUTOESTIMA ALTA

AUTESTIMA BAJA

INEFICACIA

CONCIENCIA INTEROCEPTIVA

MIEDO A LA MADUREZ

DIAGNÒSTICO:

PROCESO DE INTERVENCION POR SESION

Nº SESION	FECHA	DESARROLLO	INTERVENCIONES	TEMAS ABORDADOS	TAREAS QUE ENTREGA	TAREAS PARA PROX SESION	REGISTRO SEMANAL PSA MARQUE CON UNA X	REGISTRO ALIMENTACION MARQUE CON UNA X	OBSERVACIONES
1									
2									
3									
4									
5									

	FECHA	DESARROLLO	INTERVENCIONES	TEMAS ABORDADOS	TAREAS QUE ENTREGA	TAREAS PARA PROX SESION	REGISTRO SEMANAL PSA MARQUE CON UNA X	REGISTRO ALIMENTACIÓN MARQUE CON UNA X	OBSERVACIONES
6									
7									
8									
9									
10									
11									

Nº SESION	FECHA	DESARROLLO	INTERVENCIONES	TEMAS ABORDADOS	TAREAS QUE ENTREGA	TAREAS PARA PROX SESION	REGISTRO SEMANAL PSA MARQUE CON UNA X	REGISTRO ALIMENTACIÓN MARQUE CON UNA X	OBSERVACIONES
1 2									
1 3									
1 4									
1 5									

Nº SESION	FECHA	Nº FALTAS	ENTREGÒ REGISTRO SEMANAL DE PSA	RELACIÒN TERAPEÚTICA										CÒMO SE SINTIÒ EL TERAPEUTA DURANTE Y DESPUES DE SESION	CÒMO VE AL PACIENTE	
				EMPATÍA	GENUINIDAD	ACEPTACIÓN POSITIVA	CLARIFICACIÓN	PARAFRASIS	REFLEJO	SINTESIS	PRUEBA	CONFRONTACIÓN	INFORMACIÓN			LIMITES
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																

Nº SESION	FECHA	Nº FALTAS	ENTREGÒ REGISTRO SEMANAL DE PSA	RELACION TERAPEÚTICA										CÒMO SE SINTIÒ EL TERAPEUTA DURANTE Y DESPUES DE SESION	CÒMO VE AL PACIENTE	
				EMPATÍA	GENUINIDAD	ACEPTACIÓN POSITIVA	CLARIFICACIÓN	PARAFRASIS	REFLEJO	SINTESES	PRUEBA	CONFRONTACIÓN	INFORMACIÓN			LIMITES
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																

Formato para la supervisión semanal de los casos: Nutrióloga (De Vega & Ávila)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

Programa: Conductas Alimentarias de Alto Riesgo

Responsable: Mtra. en Psicología Rocío Ivonne de la Vega Morales

**DATOS CLINICOS
NUTRIOLÓGICOS**

Nº DE EXP _____

TERAPIA INDIVIDUAL

Nombre del paciente: _____

EQUIPO TERAPÉUTICO	PSICOLOGA	NUTRIOLOGA
	4. Historia Clínica _____	3. Entrevista Nutriológica _____
	5. Entrevista CAR _____	
	6. Terapeuta asignado (a) _____	4. Nutrióloga Asignada _____

SESION	FECHA	SEÑALA CON UNA X LAS SESIONES IMPARTIDAS Y EN CASO DE NO INTERVENCION ANOTAR MOTIVOS DE SUSPENSION
1		<input type="checkbox"/>
4 Y 5		<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>

ENTREVISTA NUTRIOLÓGICA

LABORATORIOS

--

HABITOS ALIMENTARIOS

Alergias alimentarias:
Intolerancias alimentarias:
Alimentos no deseados:
Alimentos imprescindibles en su dieta:
Cantidad de líquidos ingeridos:
Hambre:
Sed:
Complementos alimentarios:

FRECUENCIA DE CONSUMO

Frutas: Verduras: Carnes Rojas: Carnes Blancas: Cereales:
Lácteos: Quesos: Leguminosas:

RECORDATORIO DE 24 HORAS

DESAYUNO:

COLACIÓN:

COMIDA:

COLACIÓN:

CENA:

DIAGNÒSTICO:

CONSUMO CALÓRICO APROXIMADO AL DÍA: _____

LA PACIENTE COMENZARÁ UN PLAN DE ALIMENTACIÓN
DE _____ CALORÍAS AL DÍA

LOS EQUIVALENTES QUE SE MANEJARAN SERÁN:

VERDURAS	_____
FRUTAS	_____
CEREALES Y TUBÉRCULOS	_____
LEGUMINOSAS	_____
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL	_____
LECHE ENTERA	_____
LECHE DESCREMADA	_____
LÍPIDOS	_____
AZÚCARES	_____

SI HAY ALGUN CAMBIO DE ESTOS DURANTE EL TRATAMIENTO LA NUTRIÓLOGA PODRÁ HACER SUS ANOTACIONES EN LOS SIGUIENTES RENGLONES DE ACUERDO CON LA SESIÓN EN QUE SE REALIZAN LAS MODIFICACIONES

SESIÓN 1:
SESIÓN 4 Y 5:
SESIÓN 6:
SESIÓN 7:
SESIÓN 8:
SESIÓN 9:
SESIÓN 10:
SESIÓN 11:
SESIÓN 12:
SESIÓN 13:

SESIÓN 14:
SESIÓN 15:

PROCESO DE INTERVENCION POR SESION

Nº SESION	FECHA	DESARROLLO	INTERVENCIONES	TEMAS ABORDADOS	TAREAS QUE ENTREGA	TAREAS PARA PROX SESION	REGISTRO SEMANAL PSA MARQUE CON UNA X	REGISTRO ALIMENTACIÓN MARQUE CON UNA X	OBSERVACIONES
1									
4 Y 5									
6									
7									
8									

	FECHA	DESARROLLO	INTERVENCIONES	TEMAS ABORDADOS	TAREAS QUE ENTREGA	TAREAS PARA PROX SESION	REGISTRO SEMANAL PSA MARQUE CON UNA X	REGISTRO ALIMENTACIÓN MARQUE CON UNA X	OBSERVACIONES
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Nº SESION	FECHA	Nº FALTAS	ENTREGÒ REGISTRO SEMANAL DE PSA SOLO SESION 4 Y 5	RELACION TERAPEÚTICA										CÒMO SE SINTIÒ EL TERAPEUTA DURANTE Y DESPUES DE SESION	CÒMO VE AL PACIENTE		
				EMPATÍA	GENUINIDAD	ACEPTACIÓN POSITIVA	CLARIFICACIÓN	PARAFRASIS	REFLEJO	SINTESIS	PRUEBA	CONFRONTACIÓN	INFORMACIÓN			LIMITES	ENCUADRE
1																	
4 Y 5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	

Nº SESION	FECHA	Nº FALTAS	ENTREGÒ REGISTRO SEMANAL DE PSA	RELACION TERAPEÚTICA										CÒMO SE SINTIÒ EL TERAPEUTA DURANTE Y DESPUES DE SESION	CÒMO VE AL PACIENTE	
				EMPATÍA	GENUINIDAD	ACEPTACIÓN POSITIVA	CLARIFICACIÓN	PARAFRASIS	REFLEJO	SINTESIS	PRUEBA	CONFRONTACIÓN	INFORMACIÓN			LIMITES
12																
13																
14																
15																

APENDICE “D” HISTORIAS DE CASO

Participantes con conductas alimentarias compulsivas

- Caso 1: Isabel
- Caso 2: Adriana
- Caso 3: Liliana

Participantes que realizan dietas crónicas restrictivas

- Caso 1: Sheila
- Caso 2: Norma
- Caso 3: Tatiana

APENDICE D

HISTORIAS DE CASO

Participantes con conductas alimentarias compulsivas

Caso 1

Isabel, de 22 años de edad, padeció AN cuando tenía 14 años, por lo que recibió atención psicológica y nutricional. Las creencias asociadas con este problema eran: “la gente es fea si no es delgada”, “la delgadez da felicidad” y “si no soy delgada, no voy a ser aceptada por los demás”. En el momento del inicio del tratamiento, Isabel presentaba CAR debido a la presión del ambiente laboral donde se encuentra, pues es actriz y, para obtener los papeles en las obras de teatro, debe cumplir con ciertas características físicas, entre ellas, la delgadez.

En cuanto a sus hábitos de alimentación, al inicio del programa, Isabel presentaba atracones con sensación de pérdida de control y realizaba ayunos y/o ejercicio excesivo (4 a 5 horas al día) como conductas compensatorias. Además, no tenía un horario fijo de comida; por el contrario, su ingesta estaba relacionada con sus estados emocionales, de modo que alternaba entre el atracón y la restricción alimentaria. A pesar de ello, su IMC se encontraba en el rango de Peso Normal.

Durante la intervención, Isabel comenzó a mejorar de forma consistente en la fase de reestructuración cognitiva (sesiones 6 a 12), lo que continuó así en la fase de resolución de problemas (sesiones 13 y 14) y de prevención de recaídas (sesión 15). En la fase de reestructuración cognitiva, Isabel trabajó en relación con sus pensamientos distorsionados y reestructuró los siguientes: “las grasas engordan”, “si como un poco más, no voy a poder dejar de comer”, “no como para no engordar” y “debo ser perfecta”. Con respecto a la identificación, expresión y

regulación de sentimientos, Isabel se percató de cómo relacionaba sus sentimientos con la forma en que se alimentaba: ante la culpa y la vergüenza, comía en exceso y utilizaba la comida para evadir estados emocionales desagradables. Así, aprendió a identificarlos y expresarlos adecuadamente. En cuanto a su alimentación, en la sesión 10, Isabel propuso a la nutrióloga incorporar alimentos “reto”; en lo relacionado con los pilares de la autoestima, hizo una gráfica en donde otorga un 25% a sus habilidades y sólo un 15% a su físico; asimismo, al trabajar en su imagen corporal, Isabel se dio cuenta de que “no debe comparar su cuerpo con el de las artistas”, “la gente no es fea debido a la forma de su cuerpo” y “la delgadez no da felicidad y aceptación por parte de los demás”. En la fase de resolución de problemas, Isabel aprendió a relacionarse de forma asertiva con sus pares, sin tener que buscar su aprobación para todo lo que hace, y a establecer una relación de pareja duradera. Finalmente en la fase de prevención de recaídas, Isabel se enfocó en las herramientas necesarias para mantener los cambios obtenidos y de esta forma no recaer.

Los cambios que Isabel presentó fueron: incluir alimentos “prohibidos a su alimentación” (tacos), sentirse satisfecha con su imagen corporal, aumentar su autoestima, mejorar su relación de pareja y sus estrategias de afrontamiento de conflictos, tener sensaciones de bienestar y bajar de peso 5.5 kg, manteniéndose así con un IMC normal.

Por último, Isabel se encontraba muy motivada al cambio y se identificaba con su problemática en cada sesión, por lo que trabajaba arduamente para mejorar. Además, era muy introspectiva, lo cual, aunado a la buena relación que tenía con el equipo terapéutico, propicio su adherencia al tratamiento.

Caso 2

Adriana, de 23 años de edad, presentaba CAR desde 6 años antes de iniciar la intervención, cuando cursaba la preparatoria. Refirió que, debido a que su madre la alimentaba de pequeña para darle cuidados y amor, ahora sólo recibía el afecto a través de la comida. Adriana presentaba atracones y como conducta compensatoria vomitaba una vez a la semana, no comía frutas y verduras, sino en su mayoría carbohidratos y grasas (chispas de chocolate, hojuelas de maíz de chocolate, helado de pastel de fresa, tortas de milanesa, bombón de chocolate y donas); además, relacionaba sus estados emocionales con su alimentación. A pesar de ello, tenía un IMC normal.

Adriana comenzó a presentar cambios positivos en la sesión 5 de la fase psicoeducativa; en la sesión 7 de la fase de la reestructuración cognitiva se adhirió a la guía de alimentación, con lo que disminuyeron sus atracones. Asimismo, Adriana reestructuró los siguientes pensamientos distorsionados: “no debo comer tortas de tamal”, “no debo comer galletas de mantequilla”, “no puedo elegir alimentos saludables cuando voy al restaurante porque si lo hago mi novio me va a rechazar” y “debido a que mi abuela hace la comida, yo como con grasa”. En las sesiones de resolución de problemas, se centró en sus relaciones con su madre, abuela y novio. Sólo presentó una recaída en la sesión 8 en donde tuvo una riña con su madre y se atracó.

Entre los cambios que logró, se encuentran: dejar de atracarse, sentirse a gusto con su cuerpo, tener más confianza en sí misma, aprender a disfrutar las cosas, expresar sus emociones sin relacionarlas con la alimentación, resolver sus problemas de forma asertiva y mantenerse con un IMC normal.

Por último, la buena relación con el equipo terapéutico y el observar cambios favorables a través de las sesiones, propiciaron la adherencia de Adriana al programa.

Caso 3

Liliana, de 22 años de edad, presentaba CAR desde hacía 3 años. Refirió que su problema de alimentación empezó debido a la situación familiar en la que vive, pues su padre es alcohólico y su hermano es, además de alcohólico, adicto a las drogas. Su hermano la golpeaba, y todos los miembros de la familia la criticaban por la forma de su cuerpo, por lo que Liliana relacionó sus estados de ánimo con la alimentación. Cuando Liliana se atracaba, buscaba compensar las calorías ingeridas mediante el vómito (1 vez a la semana), no comía frutas ni verduras y su dieta era hipercalórica, es decir, se basaba principalmente en carbohidratos simples. A pesar de ello, su IMC era normal. Entre los cambios que logró, se encuentran: dejar de atracarse, sentirse a gusto con su cuerpo, tener más confianza en sí misma, aprender a disfrutar las cosas, expresar sus emociones sin relacionarlas con la alimentación, resolver sus problemas de forma asertiva y mantenerse con un IMC normal.

Liliana comenzó a presentar cambios positivos en la sesión 6, de la fase de reestructuración cognitiva; sin embargo, se observa en la gráfica que en la sesión 9 sufrió una recaída, debido a que la única relación interpersonal positiva que tenía (su novio) se terminó. Liliana informó a la terapeuta el deseo de quitarse la vida, así que la terapeuta analizó con ella dicha situación, de modo que Liliana modificó sus pensamientos negativos en torno a la vida y retomó los cambios logrados en las sesiones. Estos cambios fueron: comer un poco mejor sin atracarse o vomitar, reestructurar los pensamientos negativos con respecto a los problemas personales y familiares, afrontar tales problemas de forma adecuada e identificar y expresar sus sentimientos sin relacionarlos con la alimentación.

Sin embargo, a pesar de bajar de peso (1.5 kilogramos) y mantenerse con un IMC normal, en el área de acciones Liliana no aumentó su porcentaje, pues se pesaba, hacía ejercicio sólo con el

propósito de bajar de peso, utilizaba productos de dieta y se adhería sólo un 46% a su guía de alimentación.

Por último, con respecto a su adherencia al programa, Liliana tenía una buena relación con la terapeuta, se sentía apoyada por ésta. Por el contrario, la relación con la nutrióloga era áspera y en ocasiones le avisaba que no iba a acudir a su sesión de último momento; tal vez ésta fue una de las razones por la cual Liliana no obtuvo los resultados esperados. Otra razón pudo ser la dinámica familiar en el que vivía, la cual propiciaba que no se pudiera adherir a su plan de alimentación, al no contar con los recursos económicos para adquirir los alimentos sugeridos.

Participantes que se alimentaban de forma restrictiva

Caso 1

Sheila, de 19 años, comenzó con CAR 7 años antes de iniciar la intervención, cuando cursaba el primer año de secundaria. Explicó que estos problemas se debían a la búsqueda de aceptación por medio de la delgadez, el miedo a la crítica por parte de sus amigos y la sobreprotección de su madre. Sheila restringía su alimentación evitando carbohidratos y grasas, alimentándose dos veces al día alrededor 250 Kcal diariamente, usando la comida para castigarse, utilizando laxantes y vomitando cuando, ocasionalmente, se atracaba. A pesar de ello, su IMC era normal.

Sheila mejoró en cada una de las sesiones de la intervención. En la fase de reestructuración cognitiva, Sheila comía de forma inconsistente, a veces 250 Kcal y otras 1400 Kcal, se atracaba cuando tenía peleas con su madre debido a que no hacía lo que esta última deseaba y también cuando se encontraba muy estresada por sus exámenes. A partir de la sesión 12, empezó a consumir mayor cantidad de alimentos, los cuales eran más variados, y dejó de usar laxantes. Los pensamientos que reestructuró fueron: “no debo comer para ser delgada y aceptada por los otros”, “el pavo tiene muchos ingredientes y me puede engordar”, “soy fea” y “mi mamá seguro se va a enojar como siempre”.

Los cambios que Sheila presentó fueron: ya no percibir la comida como un enemigo, consumir las kilocalorías adecuadas para su edad y nivel de actividad, aceptar su figura, sentirse más segura de sí misma, mejorar la relación con su madre y perder el miedo a hablar con sus amigos mostrándose tal cual es. Además, Sheila dejó de padecer mareos y cansancio y subió de peso 1 kg, con lo que se mantuvo en el rango normal de IMC.

Sheila se encontraba muy motivada al cambio y tenía conciencia de las consecuencias negativas de sus CAR, por lo que se adhirió adecuadamente al programa de intervención.

Caso 2

Norma, de 20 años, comenzó con CAR dos años antes de participar en el programa. Al principio practicaba vómitos esporádicos, pero antes vomitaba hasta 3 veces al día. Sin embargo, cuando pidió cita para entrar al programa dejó de vomitar. Norma considera que las CAR aparecieron debido a la falta de comunicación entre los miembros de la familia, sus deseos de perfeccionismo y su necesidad de caerle bien a toda la gente.

Con respecto a los hábitos de alimentación, Norma se restringía en el consumo de alimentos, ayunaba, evitaba comer carbohidratos y grasas, ingería alimentos sólo dos veces al día y en poca cantidad, alrededor de 600 Kcal, presentaba atracones subjetivos, utilizaba laxantes y confundía el hambre con el asco. A pesar de ello, su peso correspondía a un IMC normal.

Durante la intervención, Norma tuvo pequeñas recaídas en la fase Psicoeducativa (sesiones 4 y 5); sin embargo, en la de reestructuración cognitiva pudo mejorar y mantener sus cambios positivos hasta la última sesión de prevención de recaídas. A partir de la sesión 5 de la fase psicoeducativa, Norma comenzó a comer con más variedad en su alimentación aunque todavía le faltaba incluir algunos equivalentes. No obstante, desde la sesión 9, de la fase de reestructuración cognitiva, Norma comió sus colaciones y desde la sesión 11 ingirió alimentos “prohibidos” como la nutella (crema de avellana con chocolate). Los pensamientos distorsionados que reestructuró fueron: “el pan es malo y me hace engordar”, “las harinas y los azúcares se estancan en el cuerpo”, “me siento llena y necesito vomitar para compensar”, “me siento llena y empiezo a sentir las lonjitas y debo hacer algo para quitarlas”, “los pliegues del cuerpo son igual a gordura y eso es malo”, “debo ser perfecta en todo lo que hago”, “podría lastimar a alguien con mi trabajo de médico, a pesar de haber practicado arduamente cada procedimiento” y “es mejor aceptar todo lo que mis amigos digan por miedo a ser inoportuna”.

Los cambios que Norma manifestó fueron: reconocer sus estados de hambre y saciedad, poder disfrutar de la comida probando alimentos “prohibidos”, ya no idealizar la figura femenina, no medirse con la ropa, dejar de utilizar laxantes, tener un mejor estado de ánimo y sentirse capaz de hacer las cosas que desea. En cuanto a su peso, Norma subió 4 kg y se mantuvo con un IMC normal.

Por último, Norma llegaba a tiempo a sus citas, cumplía con las tareas que se le asignaban y seguía las recomendaciones de la nutrióloga; al observar cambios favorables a través de las sesiones, la relación con el equipo terapéutico se afianzó, y se promovió una buena adherencia a la intervención.

Caso 3

Tatiana comenzó con CAR dos años antes de iniciar la intervención, pensaba que la “gordura” significaba “ser descuidada”, lo cual provocaba que tuviera muchas riñas con su madre, quien la obligaba a comer. Entre sus hábitos de alimentación, Tatiana evitaba comer carbohidratos como arroz, pasta, tortillas o cereal, por temor a subir de peso, y consumía alrededor de 1000 Kcal. Se encontraba con un IMC que indicaba bajo peso.

Durante la intervención, en la fase de reestructuración cognitiva empieza los cambios positivos dentro del proceso terapéutico; a partir de la sesión 7, ella comenzó a consumir cereales, pero le hacían falta más proteínas. Es hasta la sesión 13 cuando se adhiere por completo a la guía de alimentación comiendo helados, pizza y pan árabe sin culpa; además, Tatiana entró a un curso de repostería. Los pensamientos que reestructuró en relación con su alimentación fueron: “comer 100 gr de queso es muchísimo”, “comer pastel es malo” y “comer arroz está de más”. Asimismo, Tatiana trabajó en la reestructuración de pensamientos distorsionados como: “si sale algo mal, soy una tonta” y “soy una inútil”. En la fase de resolución de problemas, Tatiana se enfocó en buscar

estrategias para cambiar la relación con su madre; en la última fase se trabajó la prevención de recaídas.

Los cambios que tuvo Tatiana fueron: ya no percibir su peso como lo más importante en su vida o como un freno para realizar actividades, comer todo tipo de alimentos, mejorar la relación con su madre y, además, abrir su propia cafetería. Tatiana subió de peso y se estableció en un IMC normal.

Por último, con respecto a sus características, Tatiana es una persona con un pensamiento abstracto que le permite hacer inferencias y flexibilizar sus ideas distorsionadas y modificarlas adecuadamente. Asimismo, el hecho de que estuviera consciente de su problemática y a la vez motivada al cambio propició su adherencia al programa.