



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE
LA BULIMIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

ALEYDA ANGÉLICA SALAZAR HORTA

Director: Mtro. Ernesto Arenas Govea

Dictaminadoras: Lic. Juana Olvera Méndez

Mtra. Maria Olga Mejia Anzures



Los Reyes Iztacala, Edo de México, noviembre, 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Te agradezco Señor por haberme dado la oportunidad de llegar hasta aquí, tú eres mi fuerza y gracias a las piedritas que has puesto en mi camino es que he podido llegar a abrir las puertas que también me pones enfrente.

Gracias papá, por ser el gran hombre que eres, por enseñarme a no rendirme, a luchar, a trabajar, a dar siempre más de lo necesario. Te amo.

Gracias mamá por estar siempre aquí, por ser mi apoyo, quien me ayuda a no perder mis objetivos, quien me impulsa a ser mejor y a tener esas ganas de salir adelante. Te amo.

Gracias hermano, por aguantarme, por quererme, por ser paciente, por enseñarme que todavía me quedan muchísimas cosas por mejorar. Te amo.

Gracias Mtra. Norma Contreras García, por ser mi maestra de vida y de profesión, por darme siempre su apoyo, por ser mi compañera, mi amiga y mi modelo a seguir, es una bendición tenerla en mi vida. Gracias infinitas.

Gracias a mis amigas, amigos, familiares y compañeros que siguen presentes y que han aparecido en mi vida para llenarla de alegría, amor, apoyo y muchas cosas valiosas, no necesito mencionarlos, ustedes saben bien quienes son. Los quiero mucho.

Gracias a mis asesores: el Mtro. Ernesto Arenas Govea, la Lic. Juana Olvera Méndez y la Mtra. Maria Olga Mejía Anzures por el apoyo que me brindaron en este camino y por todas las sugerencias que enriquecieron enormemente mi trabajo.

Gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT por el apoyo económico recibido en el año 2010 para la realización de mi proyecto de titulación.

Gracias a la UNAM y a la FES-Iztacala por recibirme y por ayudarme a obtener el logro más importante de mi vida, siempre ha sido y seguirá siendo un orgullo ser universitaria.

Por mi raza hablará el espíritu.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Resumen..... | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| | |
| Capítulo 1. La adolescencia y los trastornos de la alimentación | |
| 1.1 Adolescencia..... | 8 |
| 1.2 Trastornos de la alimentación..... | 12 |
| 1.2.1 Anorexia nerviosa..... | 13 |
| 1.2.2 Bulimia nerviosa..... | 15 |
| 1.2.3 Otros trastornos de la alimentación..... | 20 |
| | |
| Capítulo 2. La terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa | |
| 2.1 Fundamentos y técnicas de la terapia cognitivo-conductual..... | 23 |
| 2.1.1. Enfoque conductual..... | 23 |
| 2.1.2. Enfoque cognitivo | 33 |
| 2.2 Tipos de intervención en la bulimia nerviosa desde la perspectiva cognitivo-conductual..... | 49 |
| 2.2.1 Intervención cognitivo-conductual individual..... | 49 |
| 2.2.2 Intervención cognitivo-conductual grupal..... | 58 |
| 2.2.3 Manuales de autoayuda..... | 64 |
| 2.2.4 Intervención preventiva para la bulimia nerviosa..... | 73 |
| | |
| Capítulo 3. Propuesta de intervención preventiva desde la perspectiva cognitivo- conductual para la bulimia nerviosa..... | 81 |
| | |
| Conclusiones..... | 89 |
| Referencias..... | 93 |
| Anexo 1..... | 110 |
| Anexo 2..... | 111 |
| Anexo 3..... | 112 |
| Anexo 4..... | 113 |
| Anexo 5..... | 115 |

RESUMEN

La adolescencia es una etapa en la que los individuos se encuentran en mayor riesgo para desarrollar algún trastorno alimenticio como la bulimia nerviosa, la cual se presenta con mayor frecuencia en mujeres, debido a la sobrevaloración del ideal estético corporal difundido socialmente. Ante este problema se han efectuado un gran número de investigaciones para conocer cuál es el tipo de intervención que ofrece mejores resultados y se ha determinado que la terapia cognitivo-conductual ha sido la más exitosa, sin embargo, sus alcances a largo plazo son limitados.

Dado lo anterior, el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión teórico-metodológica de la intervención psicológica cognitivo-conductual en la bulimia nerviosa en adolescentes para proponer una alternativa de intervención que aumente la eficacia en los tratamientos. Del análisis de esta revisión encontramos que la terapia cognitivo-conductual se ha realizado de manera individual, grupal, con manuales de autoayuda y prevención entre otras y concluimos que la intervención preventiva es la que puede aportar mayores beneficios a largo plazo, por ello, se ofrece una propuesta de intervención preventiva cognitivo-conductual que podría ser aplicada a adolescentes tempranos que se encuentran en riesgo de padecer bulimia nerviosa.

Palabras clave: bulimia nerviosa, terapia cognitivo-conductual, adolescencia, prevención.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta que se caracteriza principalmente por cambios de tipo biológico, cognitivo, social y psicológico. Aunque no se ha llegado a un consenso sobre los límites de edad entre los que se sitúa (Domínguez, 2008), la clasificación más común es situar la adolescencia temprana entre los 10 y 14 años de edad, la adolescencia media entre los 15 y 17 años de edad y la adolescencia tardía o juventud entre los 18 y 24 años de edad (Gorab e Iñarritu, 2005).

A partir de los cambios que aparecen en esta etapa y sobre todo por factores como el interés por pertenecer a un grupo, la búsqueda de identidad, la presión social y de los medios de comunicación en cuanto a estándares de belleza así como los cambios corporales propios de la edad, muchos adolescentes pueden llegar a desarrollar insatisfacción con su imagen y su peso, lo cual, en algunos casos, puede contribuir a que presenten algún trastorno de la conducta alimentaria (Saldaña, 2001; Ruiz, González y Valdez, 2005).

Entre los principales trastornos de la conducta alimentaria más comunes en la adolescencia se encuentra la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios no especificados, estos últimos también son llamados síndromes parciales.

Según Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004), los trastornos alimenticios son *“aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de cierta distorsión en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad”* (pág. 57).

El presente trabajo se limitará a tratar el tema de la bulimia nerviosa, las razones que nos motivan a trabajar sobre este trastorno en específico son: el considerable porcentaje (del 1 a 3%) de su incidencia en la población adolescente (Gorab e Iñárritu, 2005), los altos costos que representa a nivel económico (Crow, Frisch, Peterson, Croll, Raatz y Nyman, 2009) y que su detección es más difícil que la anorexia (Walsh, Wheat y Freund, 2000), ya que las personas con bulimia nerviosa no en todos los casos presentan bajo peso, sino que por el contrario, tienen un peso normal o peso alto (Hernández, Trava, Bastarrachea y Laviada 2003), lo cual hace más complicado que las personas que los rodean puedan percatarse del problema y ofrecer un tratamiento oportuno.

Además de esto, consideramos que la bulimia nerviosa implica mayores y más rápidos riesgos a la salud física, ya que provoca en muchos casos inflamación de ganglios mandibulares, cara, manos y pies hinchados, ruptura estomacal por la rápida extensión del estómago al momento del atracón, infecciones urinarias, fallo renal, fallo intestinal, esofagitis, hernias hiatales, desbalance de potasio y electrolitos, cáncer de esófago, candidiasis y por último la muerte. En el aspecto emocional existen cambios repentinos de humor, falta de autoestima, depresión, auto devaluación y pensamientos suicidas que también pueden llevar a la muerte (Weitzner, 2008; Crow, Peterson, Swanson, Raymond, Specker, Eckert y Mitchell, 2009).

Los tratamientos que más resultados han dado a lo largo del tiempo, han sido la terapia farmacológica (Romano, Halmi, Sarkar, Koke y Lee, 2002) y la terapia cognitivo-conductual en varias modalidades (Carter, McIntosh, Joyce, Gendall, Frampton y Bulik, 2004).

En cuanto al tratamiento farmacológico, Van den Eynde y Schmidt (2008), mencionan que los antidepresivos tienen una gran utilidad, ya que los medicamentos surten efecto en las primeras dos semanas desde que se ingieren. Según los autores no es recomendable que continúen siendo ingeridos si en este

lapso de tiempo no se ven cambios en el consultante. El antidepresivo más utilizado en este tipo de tratamiento es la fluoxetina, que tiene la función de reducir el estrés que presentan los consultantes y a su vez se reduce la presencia del ciclo atracón-purga.

Existen varios estudios que señalan que la terapia cognitivo-conductual es la intervención psicológica que mejores resultados ha obtenido hasta el momento (Saldaña, 2001; Roca y Roca, 2001; Wilson y Shafran, 2005; Rodríguez, Mata y Moreno, 2007) ya que se encarga de modificar las conductas y pensamientos referentes al peso, la forma del cuerpo y la apariencia en general de los consultantes. Además, al hacer diversas comparaciones, la terapia cognitivo-conductual presenta un mayor porcentaje de remisión de los síntomas después de 6 meses de seguimiento (Trompeter, 2006).

Sin embargo, existen también estudios que señalan que la terapia cognitivo-conductual presenta algunas desventajas en cuanto a que se dirige principalmente a la erradicación de los síntomas y que no está muy clara su eficacia a largo plazo (Diéguez, 1999; Celis y Roca, 2011).

El objetivo general del presente trabajo es realizar una revisión teórico-metodológica de la intervención psicológica cognitivo-conductual en la bulimia nerviosa en adolescentes para analizar y proponer una alternativa de intervención que aumente la eficacia en los tratamientos.

El capítulo 1 ofrece una descripción sobre las características principales de la adolescencia y la clasificación de los principales trastornos de la alimentación sobretodo de la bulimia nerviosa. Además se señala la relación que existe entre adolescencia y los trastornos de la alimentación.

En el capítulo 2 hablamos de la terapia cognitivo-conductual señalando los fundamentos y técnicas tanto del enfoque cognitivo como del conductual y

mostrando los principales tratamientos que se han utilizado al abordar la bulimia nerviosa como son la terapia individual, la terapia grupal y la intervención preventiva, entre otras.

Por último en el capítulo 3 se ofrece una propuesta de intervención preventiva desde la perspectiva cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa ya que consideramos que esta es la alternativa que ofrece mejores resultados tanto a corto, mediano y largo plazo para las adolescentes que están en riesgo de sufrir dicho padecimiento.

La propuesta que ofrecemos está dirigida a mujeres adolescentes entre 12 y 15 años de edad, estudiantes de secundaria con peso normal o sobrepeso y con riesgo de desarrollar bulimia nerviosa e incluye el abordaje de temas como el cuestionamiento al ideal estético de delgadez, autoestima, percepción y aceptación corporal, alimentación y conductas saludables, relajación, habilidades sociales y asertividad utilizando técnicas cognitivo conductuales. Además de la intervención preventiva con las adolescentes, se ofrece también la descripción de dos sesiones para sus padres, esto con el fin de incrementar los efectos de los conocimientos y habilidades adquiridas por ellas, ampliándolos a toda la familia.

CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

1.1 Adolescencia

Hablar de adolescencia resulta para muchos adentrarse en un tema difícil ya que implica una variedad de discordancias, por ejemplo, en principio no existe un consenso en cuanto a los límites de edad entre los que se puede situar a la adolescencia, sin embargo para varios autores resulta de mucha utilidad clasificarla en tres estadios: adolescencia temprana entre los 10 y 14 años de edad, adolescencia media entre los 15 y 17 años de edad y la adolescencia tardía o juventud de los 18 hasta los 24 años de edad (Coleman y Hendry, 2003; Gorab y cols., 2005).

En cuanto al concepto de adolescencia y las formas en que es visto el adolescente, encontramos que ha habido cambios significativos a través del tiempo, por ejemplo, en la edad media se prestaba muy poca atención a la juventud ya que se consideraba que la sabiduría, los valores, la fuerza y el poder pertenecían a los viejos. Posteriormente en los siglos XV y XVII se designaba como juventud tanto a niños como adolescentes, por lo que no había una clara diferenciación entre dichas etapas. Ya para el siglo XIX se estableció el concepto de juventud en Estados Unidos como una etapa problemática que requería de una formación militar; en ese sentido, después de la segunda guerra mundial fue que se comenzó a catalogar a la adolescencia como una etapa de desorden, rebeldía, delincuencia, inestabilidad y desenfreno entre otras cosas (Flores, 2002).

Aún en la actualidad se ha llegado a considerar a la adolescencia como una etapa de peligros e irresponsabilidades y en algunos casos se ha llegado a enaltecerla, sin embargo, no puede hacerse una generalización, ya que el comportamiento de los adolescentes es muy variable (Pintado, Jiménez, Padilla, Guerra y Antelo, 2010).

Para nosotros la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la adultez comprendida entre los 10 y los 24 años de edad en la que se dan cambios biológicos y psicosociales que impactan de diversas maneras la salud física y psicológica del sujeto y que implica cierto nivel de vulnerabilidad ante factores de riesgo.

Los cambios biológicos durante la adolescencia implican el crecimiento que se da durante la pubertad en la adolescencia temprana (entre 10 y 14 años de edad), entre los cuales podemos mencionar “el estirón” o aumento de estatura de manera muy rápida, aparición del vello púbico en axilas y genitales, en las niñas crecimiento de senos, menarquía y maduración de los órganos sexuales tanto en lo externo como en lo interno; en los varones aparece vello facial, se engrosa la voz y tanto el pene como los testículos crecen y maduran (Shaffer, 2000).

Con respecto a los cambios psicosociales podemos mencionar que en esta etapa los adolescentes en cualquiera de los 3 estadios pasan por la búsqueda de una identidad, la cual se va formando a partir de la relación con su familia, amigos, profesores, etc. sin embargo los medios de comunicación adquieren un papel muy importante en este aspecto (Rivera, 2004), ya que en ocasiones toman como ídolos a quienes tienen más popularidad en estos medios aunque no necesariamente promuevan actitudes positivas o inculquen personalidades sanas.

Cabe señalar que los adolescentes se encuentran en una situación de gran exigencia social (Domínguez, 2008), ya que es en esta etapa cuando se ven presionados por tomar ciertas decisiones que repercutirán de manera significativa en su futuro, por ejemplo, se les asignan roles sociales como elegir y estudiar una carrera, tener una pareja o adquirir responsabilidades más elevadas a las que tenían siendo niños, lo cual los lleva a experimentar altos niveles de estrés porque quieren responder a esas expectativas y a una identidad ya establecida, es entonces cuando se les presentan mayores dificultades y pueden llegar a presentar sentimiento de fracaso (Rivera, 2002).

Los adolescentes comienzan también a pasar mayor tiempo con sus amigos que con su familia, empiezan a tener relación con el sexo opuesto y a establecer noviazgos, lo cual les ayuda a ir construyendo su personalidad. Además despierta su sexualidad y comienzan a tener encuentros de este tipo que les permiten conocer su cuerpo y sus sensaciones (Krauskopof, 2011).

Además de estos cambios, los adolescentes pueden presentar algunos problemas de salud relacionados con trastornos del sueño y aumento de peso (Papalia, 2005), así como cuestiones emocionales como miedo e inseguridad que en esta etapa pueden provocar falta de interés por su aspecto físico, la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, dormir en exceso, vagancia, conductas que lo ponen en situaciones de riesgo como: uso de tabaco, problemas de alimentación, consumo de alcohol, consumo de drogas, accidentes no intencionales, delincuencia, violencia, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, abandono del hogar paterno, fracasos en los aprendizajes escolares, episodios depresivos, ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, conducir sin precaución, actos delictivos, intentos y/o consumación de suicidio y exceso de atención en el aspecto físico que puede desembocar en la aparición de algún trastorno alimenticio (Casullo, 2003 y Weissmann, 2011).

En cuanto a la acentuada atención en el aspecto físico, es común entre los adolescentes tener un ideal inspirado en la personalidad o imagen de alguna persona diferente a ellos, esto puede provocarles insatisfacción con su imagen corporal y hacerlos tomar medidas drásticas como ejercicio excesivo o dietas que pueden conducirlos hacia algún trastorno alimenticio; en este sentido, Vallejo, Castro y Arboleda (2002) mencionan que en su estudio, el 31% de los adolescentes consultados no están satisfechos con su cuerpo, de los cuales el 42.1% tienen 14 años de edad, es decir, los más jóvenes de la muestra.

En la adolescencia, existe una alta prevalencia de trastornos de la alimentación, y como señala Saldaña (2001), el 90% de casos de anorexia se observa en mujeres adolescentes, mientras que la bulimia se presenta en aproximadamente el 3% de la población adolescente.

Hablando específicamente de la bulimia nerviosa, se trata de un padecimiento que regularmente se inicia en la adolescencia, que tiene repercusiones fuertes en el funcionamiento del cuerpo, que es gravemente influenciado por la sociedad y sobre todo, es un padecimiento que tiene fundamentos y etiologías individuales, entre las cuales podemos mencionar: la rebelión ante la familia o problemas de comunicación con los miembros de ésta, dificultad para socializar, dependencia, problemas en la toma de decisiones y falta de habilidades en la resolución de problemas, asimismo, los adolescentes que la presentan en su mayoría tienen baja autoestima, pensamientos negativos sobre sí mismos, su cuerpo, la alimentación y tienen demasiado interés en lo que los demás piensen de ellos (Sierra, 2005).

En estudios realizados al respecto para conocer e identificar qué factores influyen en mayor medida en los adolescentes que presentan trastornos alimenticios y cuáles de éstos predominan en las mujeres con bulimia nerviosa, se detectó que factores como la baja autoestima, el deseo excesivo de bajar de peso, la insatisfacción corporal, la privación de alimentos, el ejercicio excesivo, los pensamientos negativos acerca de los alimentos o la imagen corporal, el aislamiento y la falla en las relaciones interpersonales fueron los predominantes.

Incluso existen investigaciones que relacionan la aparición de la bulimia nerviosa con trastornos de la menstruación y otras alteraciones hormonales que tienen que ver con el crecimiento (Hernández y cols., 2003), mismas que se encuentran en fluctuaciones constantes durante la adolescencia.

Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), identificaron de estos factores cuáles se presentaban con mayor intensidad y qué influencia tenían en la propensión a la bulimia nerviosa y en la aparición de la misma en un grupo de 3640 hombres y 3957 mujeres adolescentes mexicanos entre 13 y 18 años a los cuales se les aplicaron cuestionarios basados en el DSM-IV con preguntas relacionadas con el peso, la talla y el autoconcepto. Los resultados mostraron que en las mujeres se presentaba más el problema dado que tener más grasa corporal o más peso era un factor que influía en su estado emocional, sus relaciones y el concepto que tenían de sí mismas, asimismo, encontraron que mujeres que habían presentado cambios corporales propios de la adolescencia a edades más tempranas eran las que se sentían menos satisfechas con su cuerpo y más reprochaban su apariencia física, tendían a aislarse y restringían su alimentación; por otra parte, los hombres no presentaban el problema ya que para ellos el tener mayor masa corporal representaba una oportunidad de crecimiento, de dominio y de liderazgo.

Además de la bulimia, no debemos olvidar que los adolescentes pueden presentar otros problemas respecto a la alimentación, por lo tanto es importante conocer los demás trastornos de la alimentación y su clasificación.

1.2 Trastornos de la alimentación

Los trastornos de la alimentación representan uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población adolescente y uno de los padecimientos psiquiátricos más letales (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008). De acuerdo con Fernández y Turón (2004) los trastornos de la conducta alimentaria “se caracterizan por los trastornos cognitivos y las alteraciones conductuales asociados a la dieta, al peso y a la figura, y se mantienen siempre asociados a una psicopatología importante y rica” (p.27).

Según el Instituto Nacional de Salud Pública, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2006 reflejan que tan solo en el

Distrito Federal hubo 13 932 adolescentes entre 10 y 19 años que dijeron haber llevado a cabo el vómito autoinducido, 14 151 aceptaron haber utilizado pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso y 349 231 señalan haber perdido el control sobre lo que comen, conductas que sugieren el inicio o la presencia de alguno de los distintos trastornos alimenticios.

El Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta versión DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ha establecido una clasificación para los trastornos de la alimentación: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, mismos que se describen a continuación.

1.2.1 Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por pérdida significativa de peso y un índice de masa corporal menor a 17.5, evitación del consumo de alimentos, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos, distorsión de la imagen corporal, temor a engordar y trastorno endócrino generalizado que se manifiesta con amenorrea. Los criterios de diagnóstico en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994. p.p. 558-559) para la anorexia nerviosa son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).*

- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.*

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Y los subtipos de la anorexia nerviosa son:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

En este sentido, Chinchilla (2003) menciona que la anorexia nerviosa conlleva gran cantidad tanto de trastornos mentales como enfermedades médicas, por lo tanto, estos consultantes requieren de apoyo profesional multidisciplinario. En cuanto al trabajo del psicólogo, es adecuado llevar a cabo una intervención cognitivo-conductual que incluya educación y apoyo nutricional, normalización de la conducta alimentaria y el peso, reestructuración de creencias irracionales y distorsiones cognitivas en relación a los patrones alimentarios y la imagen corporal, manejo de trastornos depresivos, ansiedad, fobias o abuso de

sustancias, técnicas de relajación, inoculación del estrés, desensibilización sistemática, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas.

1.2.2 Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno que se caracteriza por episodios en los cuales los consultantes presentan atracones con los alimentos y después realizan conductas compensatorias para eliminar las calorías que ingirieron en el atracón, estas conductas pueden ser la ingesta de laxantes o diuréticos, el ayuno, la práctica de ejercicio excesivo o el vómito. Existen dos tipos de bulimia nerviosa, la purgativa y la no purgativa (Rushing, Jones y Carney, 2003; Weitzner, 2008).

Los criterios de diagnóstico del DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994. p.p. 563-564) para la bulimia nerviosa son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito;

uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Y los subtipos de la bulimia nerviosa son:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Es importante señalar también que es muy común encontrar casos en los que la anorexia y la bulimia se encuentran combinadas ya que es muy probable que un consultante con anorexia de tipo compulsivo/purgativo desarrolle más tarde bulimia nerviosa. Estos casos dan pie a que se realicen mayores investigaciones y sobretodo se sugieran correcciones en el DSM-IV que abarquen una caracterología más específica de los trastornos alimenticios cuando se han

combinado y que permita un mejor diagnóstico (Eddy, Dorer, Franko, Tahilani, Thompson-Brenner y Herzog, 2008) además de determinar si los criterios de frecuencia de atracón son correctos o deben corregirse (Wilson y Sysko, 2009).

Es importante mencionar que no se encuentran cambios significativos entre el DSM-IV y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

De acuerdo a los resultados de varias investigaciones podemos decir que existe una alta prevalencia de la bulimia nerviosa en distintas partes del mundo, por ejemplo, Behar y Figueroa (2004) señalan que en Gran Bretaña y Estados Unidos aproximadamente el 0.013 % de las mujeres presenta bulimia cada año mientras que Jáuregui (2006) afirma que la prevalencia de dicho trastorno oscila entre el 1% y el 3% en mujeres jóvenes. Por otro lado, Mancilla, Gómez, Álvarez, Franco, Vázquez, López y Acosta (2006) señalan que en México la prevalencia se encuentra entre el 0.24 % y 0.91%.

En un estudio realizado en México sobre los factores de riesgo, Guadarrama y Mendoza (2011) señalan que la población más propensa a desarrollar tanto bulimia como anorexia son las mujeres adolescentes.

Entre los factores de predisposición más frecuentes podemos encontrar ser mujer, adolescencia o adultez joven, alteraciones alimenticias en la infancia, temor al rechazo, relaciones familiares inadecuadas, acontecimientos estresantes tempranos, obesidad previa, antecedentes psiquiátricos como depresión o abuso de sustancias, dificultad para la independencia, baja autoestima, negativismo, realizar actividades como modelaje, baile o algún otro deporte individual, insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la apariencia física, presión social en cuanto al peso o la alimentación (Chinchilla, 1994), personalidad obsesivo compulsiva (Von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao, y Matsunaga, 1999), presencia de algún trastorno alimenticio en familiares (Strober, Feeman, Lampert,

Diamon y Kaye, 2000) y alteraciones hormonales o genéticas (Raevuori, Kaprio, Hoek, Sihvola, Rissanen y Keski-Rahkonen, 2008)

Por otro lado, Rava y Silber (2004) señalan como factores de riesgo pertenecer a deportes como la gimnasia y el ballet. En este sentido, Canetti (1999) habla de la relación que existe entre la presencia de trastornos alimenticios y la práctica de deporte o actividad física durante la adolescencia, ya que se ha observado que una gran proporción de personas que practican alguna modalidad de deporte presentan preocupación por el peso (48% de mujeres y 24% de hombres) e insatisfacción con su cuerpo (57% de mujeres y 37 de hombres) además de someterse a restricciones alimentarias y a métodos de control de peso, vómitos, laxantes y diuréticos (26% de mujeres y 4% de hombres), lo cual las pone en un riesgo potencial de presentar o mantener bulimia nerviosa.

De acuerdo con Díaz (2005), los adolescentes que realizan algún deporte de categorías (lucha), deportes de estética (gimnasia, patinaje, ballet), deportes de resistencia (natación) o deportes practicados en gimnasios también se encuentran en riesgo.

Por su parte, Largo (2003) hace una división entre los factores predisponentes de tipo familiar, personal y sociocultural. En cuanto a los factores familiares menciona que hay una supuesta vulnerabilidad genética para la bulimia nerviosa, sin embargo no resulta ser determinante; por otro lado, se ha encontrado que las familias de estas personas son desorganizadas, conflictivas, con excesivo control y dependencia, falta de apoyo y con una marcada preocupación hacia el peso y la figura.

En cuanto a los factores personales, menciona que las alteraciones neurobiológicas tienen un papel importante ya que la serotonina, la dopamina, la noradrenalina, la colecistocinina, el péptido YY y la insulina funcionan de manera

inadecuada, ya que éstas tienen funciones de saciedad y control alimentario, su funcionamiento deficiente contribuye al mantenimiento de atracones de comida.

Otros factores personales implicados son la búsqueda de emociones, inestabilidad afectiva, impulsividad, sintomatología depresiva, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y otras sustancias, trastornos de personalidad como el trastorno límite, histriónico, narcisista, antisocial y obsesivo.

Como factores socioculturales hace hincapié en la influencia del modelo de delgadez y el rechazo al sobrepeso, lo cual contribuye a que se tenga una idealización sobre las figuras esbeltas como símbolo de éxito, belleza y felicidad.

Dicho trastorno trae consecuencias muy serias, y entre las más comunes se encuentran: cambios repentinos de humor, hinchazón de cara, manos y pies, ruptura estomacal, fallo renal e intestinal, infecciones urinarias, esofagitis, estreñimiento, deshidratación, erosión del esmalte de los dientes, mal aliento, dolor mandibular, cáncer de esófago (Weitzner, 2008), intentos de suicidio (Crow y cols., 2009) y en algunos casos la muerte (Steinhausen y Weber, 2009).

En cuanto al tratamiento, Behar y Figueroa (2004) dicen que la bulimia nerviosa puede ser tratada mediante psicoterapia individual o grupal de tipo cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámica o familiar y con terapia farmacológica.

Específicamente en el caso de la terapia cognitivo-conductual, las herramientas más utilizadas son el afrontamiento de episodios bulímicos, normalización de la ingesta, control de hábitos alimentarios, modificación de ideas distorsionadas respecto al peso e imagen corporal, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de resolución de problemas, preguntas socráticas, entrenamiento en

autoinstrucciones, autoobservación, autorregistros, psicoeducación y manuales de autoayuda (Chinchilla, 2003).

1.2.3 Otros trastornos de la alimentación

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son aquellos que no cumplen por completo los criterios del DSM-IV para anorexia o bulimia y en los cuales los consultantes pueden presentar peso normal y menstruación regular; algunas de las conductas que realizan estas personas son masticar y luego escupir grandes cantidades de comida y efectuar atracones de comida recurrentes sin llegar a la autoinducción del vómito o la purga, a esto último se le conoce como trastorno por atracón (Behar y Figueroa 2004).

Al respecto, Tinahones (2003) señala que también existen alteraciones leves de la imagen corporal, fuertes impulsos para perder peso y uso potencial de métodos de control de peso; el primer paso en el tratamiento de estos trastornos es establecer con el consultante un acuerdo en cuanto al límite de pérdida de peso y posteriormente valorar excesos o deficiencias en su dieta, proporcionarle información sobre la comida y erradicar ideas erróneas sobre los alimentos, establecer un plan de comidas dependiendo de lo que se desee en cuanto a peso, flexibilidad en la selección de alimentos, llevar auto-registros diarios sobre lo que come y dar al consultante retroalimentación sobre su progreso.

Es importante tomar en cuenta que los trastornos alimenticios están apareciendo con mayor frecuencia en edades más tempranas (San Sebastián, 2003) y existen clasificaciones que indican trastornos de tipo alimenticio que inician en la infancia o en la pubertad, por ejemplo:

- Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia: se presenta como una dificultad para ingerir alimentos adecuadamente de manera permanente y existe pérdida de peso o dificultad para aumentarlo.

- Pica: se caracteriza por ingerir sustancias no nutritivas o que socialmente han sido desaprobadas como alimentos.
- Rumiación: consiste en regurgitar los alimentos intencionalmente para volver a ser masticados sin que haya sido producto de náuseas o alguna enfermedad estomacal.
- Potomanía: es una fuerte necesidad de beber algún líquido en específico.
- Manierismo: consiste en consumir únicamente determinado alimento o producto.
- Coprofagia: es el juego e ingestión de las heces.
- Obesidad: implica un exceso de peso superior al 20% del peso normal para la edad y la talla.

Como conclusión de este capítulo podemos señalar que la adolescencia es una etapa importantísima de cambios en muchos aspectos, y que los adolescentes se encuentran en la difícil situación de no ser niños pero tampoco adultos, con lo cual adquieren la tarea de pertenecer a algún grupo con características bien definidas y adoptar una identidad, misma que se va conformando con lo que ven, escuchan o leen. Sin embargo, la información proporcionada por los distintos medios de comunicación enaltece, entre otras cosas, la belleza y la delgadez, promocionando productos para adelgazar, aparatos para hacer ejercicio o cirugías que representan un alto riesgo, pero que muchos adolescentes están dispuestos a correr con tal de cumplir con las expectativas sociales, para ser dignos de admiración y con esto pertenecer a algún grupo que se caracterice por tener cierto estatus gracias a su apariencia

física como es el caso del gremio deportivo, donde se observa una mayor preocupación por el aspecto físico.

Los trastornos alimentarios son un grave problema de salud con implicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida de las personas que la presentan, y si el hecho de presentarse en adolescentes ya es un asunto alarmante en sí, resulta mucho más alarmante darnos cuenta de que existen también trastornos alimentarios en la infancia que ponen en riesgo a los niños y niñas, lo que además podría ser un factor que contribuya a que trastornos como la bulimia se presenten más adelante en la adolescencia.

CAPÍTULO 2. LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA BULIMIA NERVIOSA

2.1 Fundamentos y técnicas de la terapia cognitivo-conductual

El enfoque conductual está basado en el trabajo de Watson, Pavlov y Skinner principalmente, quienes a través de diversos estudios establecieron la importancia que tienen los estímulos sobre las conductas de los individuos. Sin embargo, ante la necesidad de ampliar los alcances del enfoque conductista y con el fin de proporcionar a los consultantes un servicio que abarque tanto la modificación de su conducta como un acercamiento a sus procesos internos, se comenzó a prestar mayor atención a las teorías cognitivas propuestas por Aaron Beck y Albert Ellis, las cuales giran en torno al supuesto de que son los pensamientos más que los eventos, los responsables de las consecuencias emocionales y conductuales del sujeto (Phares y Trull, 1999).

Consideramos que a pesar de que la terapia cognitivo-conductual utiliza lineamientos y técnicas tanto del conductismo como del enfoque cognitivo, es importante hacer aquí una reseña acerca de los principios básicos, los lineamientos generales y las técnicas de ambos enfoques para entender la manera en que ambos contribuyen para la mejoría de los consultantes.

2.1.1 Enfoque conductual

Si nos remontáramos a los primeros estudios, encontraríamos que primero se dio una explicación del comportamiento como Estímulo-Respuesta, posteriormente como Estímulo-Organismo-Respuesta, más adelante Estímulo-Organismo-Respuesta-Consecuencias y así fue complejizándose más la explicación de la conducta del ser humano. Dentro de esta historia de investigaciones, encontramos que se buscaron los principios básicos que regían la

conducta en relación con su ambiente, por lo que las explicaciones y variables a tomar en cuenta, fueron cada vez más amplias, incluyentes y propositivas.

Kazdin (1983) escribe que los principios del condicionamiento operante describen la relación entre la conducta y los acontecimientos ambientales que influyen sobre ella. La mayor parte de los principios describen los efectos que tienen las consecuencias que siguen a la conducta: los principios básicos del condicionamiento operante son los que se refieren al reforzamiento, castigo, extinción y control de estímulos, a partir de estos principios se derivaron diversas técnicas de modificación de conducta.

Programas de Reforzamiento: hace referencia a las diversas formas en las que los estímulos discriminativos y reforzantes se presentan con relación a las respuestas. Cómo la presentación o retirada de un estímulo reforzante puede o no incrementar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta. Esto significa administrar una consecuencia tan pronto se emite la conducta determinada, que ya existía en el repertorio del sujeto, aún a niveles muy bajos. Pueden presentarse de manera continua o intermitente (de razón o frecuencia fija-variable / de intervalo o tiempo fijo-variable).

Control de estímulos: es el grado en el que los estímulos antecedentes determinan la probabilidad de que una respuesta tenga lugar. Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta o cuando se castiga, la conducta en cuestión se emite o disminuye con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación, decimos así que el sujeto discrimina el estímulo que acompaña la consecuencia y se le denomina estímulo discriminativo; cuando la probabilidad de la respuesta varía en función de la presencia o ausencia del estímulo discriminativo, decimos que dicha conducta está bajo el control de estímulos.

El reforzamiento condicionado: se refiere a la transformación de acontecimientos no reforzantes, en reforzadores a través del condicionamiento, esto consiste en aparejar la presentación del estímulo u objeto que deseamos condicionar como reforzador con la presentación de un reforzador que ya funciona como tal en la práctica. El objeto o estímulo que vamos a establecer como reforzador condicionado debe preceder al reforzador incondicionado, se apareja el número de veces necesario y para poder decir que poseemos un reforzador condicionado cuando éste puede sustituir al reforzador incondicionado que utilizamos, y seguimos siendo capaces de mantener la conducta puesto que no disminuye sensiblemente la conducta.

El castigo: implica la administración de consecuencias aversivas o punitivas contingentes a una respuesta que reduce la probabilidad de ocurrencia de esa respuesta. Se dice que cuando alguien recibe una consecuencia negativa inmediatamente después de emitida una conducta, la asocia a la consecuencia y por tanto esto se manifiesta en la reducción de la probabilidad de que esa conducta se repita.

La conducta de evitación: hace referencia al aplazamiento o prevención de la aplicación de acontecimientos aversivos o punitivos. Esto implica que cuando la persona está en una situación en la cual puede predecir que ocurrirá una consecuencia negativa, aplaza o retrasa la exposición a esa situación, cuando ya está en ella y realiza una conducta que la saque de ésta se le llama escape.

Operantes Concurrentes: es el término utilizado para designar el condicionamiento simultáneo de dos o más respuestas, cada una de las cuales puede estar controlada por contingencias diferentes; esta es una combinación de cómo dos o más respuestas pueden estarse presentando por contingencias diferentes y así poder aumentar o disminuir la probabilidad de la respuesta en una u otra condición.

Conducta supersticiosa: son aquellos cambios que resultan de la presentación repetida de un reforzador poco después de emitida la conducta pero sin embargo independiente de ella. La aplicación no contingente de consecuencias aumenta la tasa de las respuestas que se estaban realizando cuando el reforzador fue administrado.

En cuanto a la intervención conductual, Ribes (1981) menciona que:

1.- En primer término la delimitación del problema se elabora conjuntamente entre el individuo afectado y el terapeuta o analista conductual, es más bien el individuo quien debe explicitar, bajo la asesoría metodológica y analítica, las interrelaciones que definen su problema y las variables que le afectan a él y a otros en esta interdependencia.

2.- La estrategia de cambio tiene que plantearse sobre un eje central: la propia conducta del individuo “afectado” como promotor y participante activo en la modificación de las interrelaciones episódicas en las que se encuentra involucrado.

En el proceso de cambio conductual el aprendizaje es un aspecto esencial, mismo que la persona va adquiriendo a través de su desarrollo y establece que la persona es un ente activo, que constituye su propia personalidad y realidad en base a su pensamiento e ideas, es decir, 1) relación persona-ambiente, 2) el origen de la conducta y cómo en base a la interacción persona-medio se modifica (Mahoney, 1988). Se evalúa lo que la persona comenta o hace y toma en cuenta las conductas problema de la persona al inicio, durante y al final del tratamiento. El tratamiento conductual puede ir siendo modificado en algunos detalles durante el transcurso de su aplicación, conforme se vayan presentando las necesidades de la persona que está siendo tratada, todo con el fin de llegar a la realización de los objetivos del consultante de manera más eficaz y exitosa para él.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que el tratamiento desde el enfoque conductual concibe al ser humano como un ente que se ve influenciado por una serie de factores (historia personal, familiar, social y cultural) que ejercen influencia sobre el individuo en cuanto a su manera de pensar, actuar y sentir, y a la vez, éste influye en el medio provocando todo un proceso de cambio y/o eliminación de algunas conductas (Kanfer y Golstein, 1987).

Dentro de los lineamientos generales cuando se ha realizado la programación de la intervención terapéutica y a partir de los objetivos personales y sus efectos sobre el grupo social al que pertenece el consultante, es importante tomar en cuenta lo siguiente (Kazdin 1983):

- 1.- Entrenar al consultante también en el ambiente natural para ampliar o continuar un programa llevado a cabo en un ambiente terapéutico (se puede hacer mediante tareas específicas a casa, trabajo o escuela).
- 2.- Sustituir las consecuencias extrínsecas utilizadas en un principio para modificar la conducta por reforzadores “naturales” (por ejemplo atención de los demás).
- 3.- Retirar gradualmente las contingencias, de forma que el cliente realice las conductas deseadas durante períodos largos sin contingencias específicas.
- 4.- Desarrollar la conducta en presencia de diversos estímulos (ambientes y personas), de forma que la conducta establecida esté controlada por una amplia variedad de estímulos y el consultante desarrolle un patrón generalizado de respuestas.
- 5.- Aplicar programas de reforzamiento intermitente para que la conducta se mantenga cuando las consecuencias se administren con poca frecuencia o cuando se elimine completamente.

6.- Aumentar la demora entre la conducta y las consecuencias, de forma que de vez en cuando el consultante no reciba consecuencias mientras continúa realizando la conducta.

7.- Desarrollar técnicas de autoadiestramiento, mediante las cuales el individuo se administra sus propias consecuencias, se da autoinstrucciones u observa su propia conducta.

Melamed y Siegel (1980), describen seis etapas para una intervención terapéutica y son:

I.- Seleccionar y definir la(s) conducta(s) a modificar

- A.- Conductas excesivas
- B.- Conductas deficitarias
- C.- Control de estímulos inapropiado o deficiente
- D.- Conductas favorables

II.- Utilización de Métodos de Evaluación o recolección de datos

- A.- Autorreportes
- B.- Observación conductual
- C.- Automonitoreo
- D.- Mediciones de productos permanentes
- E.- Instrumentos psicológicos

III.- Análisis Funcional de la Conducta

- A.- Eventos Antecedentes
- B.- Consecuencias

IV.- Seleccionar e implementar un programa de intervención

- A.- Motivación para el cambio
 - a.- Ganancias secundarias para el consultante
 - b.- Significativo para otros
- B.- Evaluación de reforzadores disponibles
- C.- Disponibilidad y cooperación de otras personas significativas u otros profesionales
- D.- Factores que mantienen el problema
 - a.- Deficiencias de habilidades
 - b.- Pérdida de incentivos
 - c.- Excesivos o insuficientes síntomas (ansiedad, depresión, enojo)
- E.- Estrategias de Tratamiento: Uso de Técnicas de Modificación de Conducta

V.- Evaluación del Programa de Intervención

- A.- Monitoreo continuo de los progresos durante el tratamiento (uso de la retroalimentación verbal para hacer modificaciones pertinentes)
- B.- Programación del mantenimiento y generalización del cambio conductual (transferirlo a la vida real)
- C.- Evaluación de seguimiento (para saber si es necesario regresar a algún momento del tratamiento)

VI.- Terminación del programa de intervención

- A.- Revisar si se cumplieron las metas y se mantuvo el cambio.

Ribes (1980) describe los pasos a seguir para la programación de repertorios conductuales:

I.- Repertorio Inicial

- A. Seleccionar la Conducta que se pretende modificar como repertorio final
- B. Tomar Línea Base
- C. Seleccionar el tipo de registro conductual que se llevará (específico, inespecífico, frecuencia, duración, topográfico o geográfico).

II.- Sistemas Motivacionales

- A. Reforzadores naturales
- B. Reforzadores arbitrarios
- C. Reforzadores generalizados

III.- Repertorios de Apoyo

- A. Imitación
- B. Seguimiento de Instrucciones
- C. Atención
- D. Discriminación

IV.- Aplicación de las Técnicas de Modificación de Conducta

- A. Para Incrementar conductas
- B. Para decrementar conductas
- C. Para mantener conductas

V.- Secuenciación

- A. Definir el tamaño y orden de los pasos
- B. Explorar los estímulos de apoyo
- C. Realizar programas correctivos

VI.- Repertorios Terminales

- A. Seleccionar qué tipo de repertorio terminal se espera
- B. Evaluación de la conducta terminal
- C. Seguimiento

Por su parte, Kazdin (1983) describe 4 fases de la intervención en el tratamiento conductual y son:

1.- Diagnóstico Conductual

- A.- Análisis inicial de la situación problemática
- B.- Clarificación de la situación problemática
- C.- Análisis Motivacional
- D.- Análisis Evolutivo
- E.- Análisis del autocontrol
- F.- Análisis de las situaciones sociales
- G.- Análisis del ambiente físico, social y cultural

2.- Evaluación

- A.- Observación directa
- B.- Autoinforme
- C.- Registros Fisiológicos
- D.- Instrumentos escritos (cuestionarios, escalas, inventarios, entre otros)
- E.- Reportes de personas significativas para el cambio

3.- Tratamiento

Técnicas principales de la terapia conductual que se aplican de acuerdo a cada caso:

- A.- Desensibilización Sistemática
- B.- Inundación o Implosión
- C.- Terapia Aversiva
- D.- Condicionamiento encubierto
- E.- Modelado
- F.- Biofeedback
- G.- Juego de Roles
- H.- Ensayo Conductual
- I.- Práctica Negativa
- J.- Entrenamiento en Relajación
- K.- Biblioterapia
- L.- Entrenamiento en Habilidades sociales

4.- Seguimiento

- A.- Retirar el reforzamiento y estímulos de apoyo
- B.- Observación directa y de autorreporte
- C.- Atención después de tiempo para el mantenimiento y generalización

Weiner (1992) por su parte nos dice que en la década de 1960 y 1970, la aplicación de esta terapia a una mayor diversidad de poblaciones y problemas, así como la creciente complejidad en el diseño de la investigación conductista, han dado lugar a interrogantes imprevistas que, a su vez han llevado a formular teorías cada vez más complejas y divergentes dentro de la terapia conductual. Los avances posteriores en el análisis conductual aplicado, la teoría neoconductista (E-R) del aprendizaje, la teoría del aprendizaje social y la modificación cognoscitiva de la conducta, ejemplifican la amplia variedad teórica actual.

2.1.2. Enfoque cognitivo

Según el modelo cognitivo, los estímulos ambientales externos y las consecuencias conductuales reforzadoras influyen en la conducta pero, a su vez, esta influencia es regulada por factores cognoscitivos.

Meichenbaum (1988) menciona que primeramente es necesario distinguir el concepto de cognición, como hechos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas.

A.- Hechos Cognitivos: Los hechos cognitivos se refieren a pensamientos e imágenes identificables que tienen lugar en el flujo de conciencia del individuo, o que se pueden recuperar fácilmente si así se desea. Es como una forma de diálogo interno que tiene lugar cuando se interrumpe el automatismo del comportamiento de una persona, Beck (1976) los ha descrito como pensamiento automáticos, mensajes discretos que aparecen en forma acortada, casi siempre en términos de podría, debería o tendría que, y son relativamente idiosincrásicos y difíciles de interrumpir. Este diálogo incorpora, entre otras cosas, atribuciones, expectativas y evaluaciones sobre sí mismo, de su tarea, o de ambos, o bien pensamientos e imágenes que son irrelevantes con respecto a la tarea. Debido tal vez a la naturaleza habitual de las expectativas y creencias, es probable que tales procesos de pensamiento se vuelvan automáticos y aparentemente involuntarios, como la mayoría de los actos demasiado aprendidos.

La naturaleza y el contenido de tales hechos cognitivos pueden influir en la manera de sentir y comportarse de la persona. Richard Lazarus (1981) y John Mason (1975) ambos citados en Meichenbaum (1988) consideran que el grado en que una situación determinada provoca una respuesta emocional depende en gran parte de la interpretación que hace el organismo de la situación y de su capacidad para abordar el acontecimiento. Con esto podrían caer en distorsiones cognitivas

como la polarización, la marginación, la exageración y el exceso de generalización que pueden producirse de manera automática e inconsciente.

B.- *Procesos Cognitivos:* es el término que se utiliza a la manera en que, automática o inconscientemente, procesamos la información, incluidos los mecanismos de investigación y almacenamiento, y los procesos de inferencia y recuperación, los cuales forman representaciones y esquemas mentales. Dice que en la mayor parte de las circunstancias, no prestamos atención a la manera según la cual interpretamos las situaciones, cómo atendemos y recordamos selectivamente los acontecimientos, y cómo buscamos, también selectivamente, la información que sea compatible con nuestras creencias. Cuando una busca y luego confirma sus creencias, éstas (esquemas) se vuelven aún más activas, así la suposición inicial actúa como una predicción y se cumple.

C.- *Estructuras cognitivas:* se refiere a las suposiciones tácticas, las creencias, los compromisos y los significados que influyen en las formas habituales de interpretación personal y del mundo.

Las estructuras cognoscitivas pueden considerarse como esquemas que están implícitos u operan a un nivel automático, son altamente interdependientes y pueden estar ordenados de una manera jerárquica. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen en la manera de procesar y organizar la información. Las estructuras cognitivas pueden engendrar procesos y acontecimientos cognitivos y afectivos que, a su vez, pueden ser desarrollados o modificados por procesos o acontecimientos en marcha. Las estructuras cognitivas o esquemas sirven para varios fines de representación y codificación, así como interpretativas y deductivas, ya que éstas actúan como plantillas que influyen en la manera de interpretar las situaciones y orientan el comportamiento y los procesos cognitivo-afectivos. Las estructuras cognitivas por tanto, operan como “programas disposicionales perceptivos latentes”, preparando a los individuos para responder de determinadas maneras.

Según los teóricos cognoscitivos, los problemas psicológicos son consecuencia de patrones de pensamientos deficientes, por tanto proponen que el tratamiento esté orientado casi por completo a cambiar los esquemas cognitivos. Las teorías posteriores sobre el significado clínico de la emoción y el afecto han tranquilizado asimismo a los terapeutas conductuales de la “vieja escuela”, quienes evitan mediar variables no ligadas directamente a los referentes operacionales debido a que no se pueden someter a validación empírica estricta. De aquí que la combinación o uso de técnicas conductuales y cognitivas haya dado lugar a la intervención psicológica denominada cognitivo-conductual.

Este enfoque cognitivo postula que el ser humano es individual y cada uno crea en base a su experiencia un conjunto de ideas que le llevan a crear su propia concepción del mundo, es decir, se crea un ciclo en el que se encadena el pensamiento, la conducta y las emociones (Mahoney y Freeman, 1988).

La mayor parte de las técnicas cognitivas centran su atención en la percepción y en la interpretación que el individuo hace de los acontecimientos externos, más que en la influencia directa de sus circunstancias ambientales. Los tratamientos cognitivos representan una orientación nueva en la modificación de conducta. Muchos de los problemas que requieren intervención terapéutica tienen ellos mismos un fundamento cognitivo (obsesiones, autocríticas, pesimismo), por lo que las conductas manifiestas no siempre son el problema por el que una persona solicita tratamiento. De aquí que sea necesario centrarse en los pensamientos, los sentimientos, autoverbalizaciones y otras experiencias privadas.

Los terapeutas con orientación cognitiva coinciden en que existe una relación de interdependencia entre las cogniciones, la conducta y las emociones, los seres humanos muchas veces perciben lo que les rodea de una manera negativa, por medio de pensamientos que les provocan perturbaciones emocionales, y que dependiendo de éstas se presentan las actitudes y

comportamientos de cada persona. Ellis y Abrahams (1989) mencionaban que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento equivocados o irracionales.

Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden, así A. Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva o TRE. El tratamiento cognitivo establece que la conducta de una persona depende de sus ideas o pensamientos, por lo tanto, el individuo tiene la capacidad de crear sus propias concepciones sobre el mundo y la realidad (Caballo, 1991).

El modelo de la modificación de conducta cognitiva tiene la suposición de que los procesos cognoscitivos son responsables de la mayor parte de la conducta desadaptada, y de que estas cogniciones deben modificarse, los sentimientos y la conducta están determinados en gran parte por los constructos cognitivos del individuo que, en la medida en que éstos reflejan la realidad, concepto y valoración de uno mismo crecerá. Se hace referencia a la metacognición, que alude al “pensamiento acerca del pensamiento”, o sea la reflexión sobre las estrategias y procesos cognoscitivos de uno mismo.

El término modificación cognitiva se utiliza para referirse a tratamientos que intentan cambiar la conducta manifiesta modificando los pensamientos, interpretaciones, suposiciones y estrategias de respuesta del sujeto. Utilizando la terapia racional emotiva, el entrenamiento en autoinstrucción, la solución de problemas y el autocontrol entre otras, (Kazdin 1983).

Los problemas que aparecen en la consulta del terapeuta están basados frecuentemente en pensamientos, autoverbalizaciones y otros procesos encubiertos. En estos casos, los fenómenos privados son normalmente el objetivo fundamental del tratamiento ya que los pensamientos, percepciones e interpretaciones de la realidad desadaptativas o ilógicas de trastornos psicológicos

específicos tienen una importancia etiológica, puesto que a menudo subyacen o agravan problemas de conducta manifiesta concretos. Las investigaciones sobre el papel de la autoinstrucción también han despertado interés por los tratamientos cognitivos (Weiner 1992).

Meichenbaum (1988), describe lineamientos generales desde el enfoque cognitivo, dentro del cual se encuentra que el terapeuta podría:

- 1.- Ayudar al consultante para que éste sea consciente de sus procesos de pensamiento y aumentar la probabilidad de que en el futuro revise el diálogo interno y lo modifique.
- 2.- Proporcionar información para que el consultante tenga conocimiento personal de sus procesos cognitivos, y la capacidad de controlarlos representen la metacognición, que le proporcione un enlace entre lo que normalmente permanece al margen del conocimiento consciente y lo que es accesible para evaluación, investigación y adiestramiento de sus pensamientos o ideas.
- 3.- Ofrecer adiestramiento en las reacciones posibles ante los contratiempos que enfrentará.
- 4.- Ayudar al consultante a descubrir a través de la experiencia práctica que las antiguas estructuras cognitivas son cuestionables y no están justificadas, y que la adopción de estructuras nuevas y más adaptativas es gratificante.
- 5.- Ayudar a los consultantes a tener conciencia de la naturaleza transaccional de su situación y el afrontamiento que hace ante esto, de cómo sus reacciones pueden contribuir a aumentar o mantener el problema.
- 6.- Se debe tener presente que no todos los individuos necesitan o quieren intervenciones formales, por lo que es necesario que expresen sus situaciones a

su propio ritmo. Es necesario que el consultante pueda expresar y reexperimentar sus sentimientos con paciencia y en confianza.

7.- El simple hecho de reexperimentar los hechos estresantes no es en sí mismo terapéutico, es necesario utilizar las nuevas experiencias de los consultantes como un medio para lograr una interpretación más adaptativa de lo que les sucedió y ayudarles a conseguir de nuevo la sensación de que son eficaces reforzando su autoestima.

8.- Es importante hacer uso de varios instrumentos verbales y no verbales para el apoyo terapéutico, ya que es importante obtener la información sin que la persona se sienta amenazada.

9.- Es necesario establecer una relación terapéutica segura, donde la persona pueda sentirse con la confianza de no ser juzgada, criticada o cuestionada por sus ideas o creencias, así como una postura abierta al cambio o a la resistencia.

10.- Es indispensable en este enfoque ayudar a las personas a recuperar sus creencias destruidas (que le eran positivas y motivantes).

11.- Es necesario informar de la vulnerabilidad que crea la experiencia de algo traumático, de tal manera que sus sentimientos, emociones, pensamientos se puedan interpretar más como una forma de buscar significado, de intentar seleccionar los hechos dolorosos, que como síntomas de una conducta inadaptada.

12.- Es importante dentro de la teoría cognitiva, ayudar a redefinir o resignificar las experiencias, sus reacciones, así como su misma condición, de modo que las visiones que tienen de si mismos y del mundo no resulten demasiado discordantes.

13.- Debe hacerse un análisis preciso de cuándo sus procesos de pensamiento y conducta son adaptativos o inadaptativos, ya que hay situaciones que provocan sentimientos de depresión, tristeza, soledad o ira, pero que son temporales y “lógicos” ante una situación dada.

14.- Debe incluirse un apartado en el proceso de ayuda de información normativa, para que las personas conozcan las reacciones que se tienen ante tales o cuales eventos y ellos puedan obtener un marco de referencia necesario para comprender y asumir mejor su situación conflictiva y sus reacciones.

15.- El terapeuta tiene que ser muy sensible a las reacciones del consultante a cada técnica clínica y estar dispuesto a retroceder en la terapia para seguir a la persona.

16.- El terapeuta puede utilizar una serie de técnicas cognitivo-conductuales, para ayudar a las personas a reinterpretar su situación.

Meichenbaum y Genest (1987) opinan que es necesario hacer modificaciones en tres esferas para obtener resultados duraderos:

A.- La conducta: a medida que se modifica la conducta del consultante, también se alteran la percepción del entorno hacia éste, lo cual produce más cambios.

B.- El discurso y las imágenes privadas: que son los pensamientos autorreguladores que influyen en la respuesta afectiva hacia las manifestaciones conductuales y rigen su ejecución, propuesta que también realiza Bandura.

C.- Estructuras cognoscitivas, se deberán producir modificaciones en su concepción del mundo y su estilo habitual de pensar.

Para lo anterior estos autores mencionan que el primer paso consiste en enseñar a los consultantes a observar mejor su propia conducta (autoobservación); el segundo paso es la producción de nuevos pensamientos y conductas de adaptación y por último consolidar los cambios cognoscitivos ya iniciados, es un proceso largo y aquí solo se enuncian los pasos, pero esto ha dado grandes aportaciones y sobre todo complementarias a otros enfoques terapéuticos.

Goldfried y Goldfried (1987) mencionan que los métodos de cambio cognitivo, tienen como pautas fundamentales:

- a)** Ayudar a los clientes a reconocer que las cogniciones funcionan como mediadores de la activación emocional.

- b)** Ayudar a los clientes a identificar la irracionalidad de ciertas creencias.

- c)** Ayudar a los clientes a que entiendan que las cogniciones poco realistas funcionan como mediadores de sus propias emociones desadaptativas.

- d)** Ayudar a los clientes a cambiar sus cogniciones poco realistas.

McKay, Davis y Fanning (1990), describen detalladamente una serie de técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés, que involucran problemas de salud, emocionales, cognitivos y conductuales, entre los que se encuentran: La aserción encubierta; La solución de problemas; La desensibilización sistemática, La inoculación de estrés; La sensibilización encubierta; La visualización; El reforzamiento encubierto; El modelamiento encubierto; La clarificación de valores; La intención paradójica y alternativas cuando estas técnicas no son aplicables.

Meichenbaum y Genest (1987), Kanfer y Golstein (1987), realizan una descripción amplia de la integración de los métodos cognitivos y conductuales, de

esta integración se han formado un sinnúmero de técnicas como las que se mencionarán más adelante por Slaikeu (1988), entre las que encontramos: Reforzamiento (positivo y negativo); Castigo; Extinción; Modelado e Imitación; Moldeamiento por Aproximaciones Sucesivas; Control de Estímulos; Generalización; Desvanecimiento; Encadenamiento; Desensibilización Sistemática; Entrenamiento Asertivo; Solución de Problemas; Relajación; Juego de Roles; Reestructuración Racional Sistemática; Terapia Racional Emotiva, Implosión; Técnica aversiva; Autosugestión; Autocontrol; Condicionamiento Encubierto; Hipnosis y Autohipnosis; Biofeedback o Retroalimentación; entre otras, que han permitido que la población consultante ante diversidad de problemas psicológicos pueda recibir una atención más completa y eficaz, y que esto nos permite ver que actualmente ni el enfoque conductual ni el enfoque cognitivo se aplican de manera pura, rígida y sin tomar en cuenta las emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamiento del ser humano, aunque para fines de investigación seria, se trabaja con los métodos más delimitados para el control de variables, no siendo así en la práctica clínica, ya que lo que se busca principalmente es el bienestar del consultante y no la comprobación de que tal o cual técnica funciona en general o en casos específicos, tomando en cuenta que cada persona representa una problemática muy particular, con historia y desarrollo individual y los lineamientos generales de los enfoques terapéuticos dan pautas a seguir y no reglas estrictas y rígidas de qué hacer paso a paso con cualquier caso.

Dado que la terapia cognitivo-conductual no posee un solo y único procedimiento, nos referiremos a algunas técnicas principales que den ejemplo al procedimiento general que se aplica y los puntos básicos a tomar en cuenta para el procedimiento.

Ellis y Abrahams (1989), describen detalladamente cómo es el uso de la Terapia Racional Emotiva (TRE), de la cual describen los siguientes pasos:

La gente llega a la consulta y se determina si la situación que presenta es necesaria para la intervención psicológica, posteriormente se les pide que llenen unos formatos que contienen preguntas acerca de la situación presente, de la cual se van formando las etapas de la TRE, para posteriormente trabajar en las sesiones estos aspectos:

A.- Descripción de las experiencias o acontecimientos antecedentes de la situación presente.

B.- Creencias sobre sus experiencias activantes.

a.- Creencias racionales (lo que quiere o desea)

b.- Creencias irracionales (sus demandas o exigencias)

C.- Consecuencias de sus creencias sobre las experiencias activantes.

a.- Consecuencias emocionales deseables (de las ideas racionales)

b.- Consecuencias conductuales deseables (de las ideas racionales)

c.- Consecuencias emocionales indeseables (de las ideas irracionales)

d.- Consecuencias conductuales indeseables (de las ideas irracionales)

D.- Discutir o debatir las creencias irracionales: Esto se realiza en las sesiones terapéuticas y se dejan tareas que deberán traer en las siguientes sesiones.

E.- Efectos de debatir o discutir las ideas irracionales: Se analizan los efectos y en qué momento es necesario regresar a determinadas ideas o creencias irracionales para poder reconceptualizarlas.

Meichenbaum (1988) describe ampliamente en su Manual de Inoculación de Estrés, cuál es procedimiento general que él utiliza y es de la siguiente manera:

I.- Fase Educativa (Información normativa): En esta fase se establece la relación terapéutica en la cual este autor da lineamientos generales y el contrato terapéutico (aunque no siempre se usa), así mismo proporciona la información más relevante del entrenamiento, sus efectos y actividades del consultante.

II.- Fase de Evaluación o Conceptualización: Entrevistas, autorregistros, observación directa, evaluaciones conductuales (escalas, inventarios, cuestionarios): En esta fase se lleva a cabo la recolección de la información necesaria sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas, así como se realiza el entrenamiento en registros y se llenan los instrumentos conductuales necesarios para conformar la intervención y delimitar las pautas a seguir.

III.- Fase de Reconceptualización: Una vez que se ha realizado la evaluación, se prosigue a reconceptualizar el problema del consultante, exponiendo cuáles son los pasos a seguir a partir de la evaluación, cómo se ha conformado el problema y cuáles son los elementos más importantes a trabajar.

IV.- Fase de Intervención-Adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento: En esta fase, se lleva a cabo el entrenamiento de habilidades necesarias para el consultante en función de la evaluación y reestructuración del problema, se aplican en el consultorio y se deberán llevar a cabo en la vida cotidiana o situaciones problemáticas, se utilizan varias técnicas entre ellas se encuentran:

- A.- Relajación muscular
- B.- Control de la respiración
- C.- Juego de Roles
- D.- Modelado encubierto
- E.- Detención de Pensamiento
- F.- Autodiálogo dirigido
- G.- Solución de Problemas

H.- Ensayo conductual

V.- Fase de Aplicación y Consolidación: Una vez que se han llevado a cabo estas técnicas, se procede a la aplicación en la vida cotidiana ya sin el entrenamiento, la consolidación se realiza cuando la persona piensa, siente o se comporta de la manera esperada para ella, así como se regresa a fases anteriores o entrenamiento más específico si no se han logrado los resultados esperados.

A.- Se retoman pasos de la fase IV

B.- Se aplica en vivo

C.- Se analizan consecuencias, recaídas e imprevistos

VI.- Fase de Terminación y Seguimiento: En esta fase, una vez revisado el punto anterior, se prosigue a separar las sesiones terapéuticas, de manera que la persona pueda evaluar si estas habilidades adquiridas las puede aplicar sin ayuda del terapeuta y ha resuelto exitosamente su situación problemática, se generaliza a otras situaciones y se evalúa la conveniencia o no de posteriores sesiones de seguimiento.

Goldfried y Goldfried (1987) al describir los métodos de cambio cognitivo, hacen referencia a los pasos que se llevan en el entrenamiento de la Solución de Problemas, que consta de:

A.- Orientación General: En esta parte, se explica al consultante los aspectos básicos que se toman en cuenta para la solución de problemas, los mecanismos cognitivos que operan y las alternativas de cambio que se pueden esperar, se establece la relación terapéutica y el encuadre del procedimiento.

B.- Reconocimiento del Problema: Esto consiste en la expresión y descripción del consultante sobre lo que le genera problema, la evolución que ha tenido y sus efectos sobre sus emociones, sentimientos, conductas y la relación con otros.

C.- Definición y Formulación del Problema: Una vez expuestos los motivos que llevan a la consulta o necesidad de solución, se define cuál es el problema principal y se define en términos claros y concretos y que dependa del consultante su solución, así como se expresan las particularidades del problema, quiénes más están involucrados y a quién le afecta tal o cual solución.

D.- Planteamiento de soluciones posibles: El consultante realiza aquí una lista de todas y cada una de las posibles soluciones, sin importar lo ilógico, absurdo o irreal que sea, se enlistan todas las posibilidades que el consultante piense que podrían dar solución al problema, pueden ser en desorden, lo importante es una lluvia de ideas de todo lo que se le ocurre que podría hacer para resolverlo.

E.- Selección de la(s) soluciones más óptimas: Una vez que se tiene la lista de posibles soluciones, se procede a eliminar todas aquellas que no están al alcance, que no son realistas, que perjudican a otros, que empeoran el problema o que no es posible lograr de momento, para que vayan quedando sólo aquellas que sean las más viables y se colocan en jerarquías de las más posibles a las menos, aquí se procurará que quede la menor cantidad de ellas y se analizan sus ventajas, desventajas y balance entre las opciones.

F.- Puesta en práctica de esta solución: Ya que han quedado las posibles soluciones más viables, se llevan a la práctica una por una, se ha analizado ya la forma, momento, lugar, persona, actitud y conductas que deberá tomar en cuenta el consultante.

G.- Verificación de resultados: Ante cada puesta en acción de las soluciones encontradas, se deberá revisar los resultados de cada una de ellas, para hacer modificaciones (ampliar, reducir o cambiar) a las soluciones propuestas, se revisará si se llevó a cabo cómo se analizó y qué factores pudieron influir para que no fuera satisfactorio el resultado.

Meichenbaum y Genest (1987) explican las etapas o fases para la terapia cognitivo-conductual como sigue:

Fase I.- Conceptualización del Problema (Evaluación Inicial): En esta fase el terapeuta y el consultante redefinen los problemas de éste en términos que den al consultante un sentido de control y un sentimiento de esperanza, especialmente en términos que lleven a intervenciones conductuales concretas; así los dos intentan redefinir el problema para que sean aceptables para ambos (pero sobre todo para el consultante). Existen diferentes elementos (la manera en que el terapeuta discute el problema, el tipo de preguntas que hace, la clase de procedimientos de evaluación que emplea, el contenido del fundamento de la terapia y el tipo de tareas que deja al consultante para que realice en casa) que contribuyen a elaborar una conceptualización común entre el terapeuta y el consultante.

Esta fase comienza con la exploración que hace el terapeuta de la amplitud y duración del problema que presenta el consultante, éste puede hablar de los sentimientos o pensamientos que presentó y experimentó antes, durante y después de la situación, a partir de esto el terapeuta ayudará al consultante a darse cuenta de los aspectos irracionales, autodestructivos y autosuficientes de su estilo de pensamiento, verbalizaciones e imágenes.

El objetivo de esta fase es recabar información sobre los problemas del consultante, establecer el terreno de trabajo para que el terapeuta y el consultante elaboren una conceptualización común del problema en cuestión y decidir los medios de la intervención terapéutica.

Fase II.- La Prueba de la Conceptualización (Evaluación Durante): La segunda fase de este tipo de intervención se presenta para hacer que los consultantes “prueben” y consoliden la conceptualización del problema. La fase empieza

cuando el consultante reporta las tareas que se le han encomendado en cuanto al control del diálogo interno, pensamientos e imágenes automáticas.

Esto ayuda a explorar el contenido de sus cogniciones y los aspectos de autonegación y autosuficiencia del tipo de pensamiento propio. Así los consultantes comienzan a descubrir que sus sentimientos y/o emociones negativas no son una propiedad de los acontecimientos externos, sino internos, los cuales contribuyen a provocar y mantener dichas emociones.

En este punto el terapeuta puede introducir el fundamento de la terapia, es decir, las consecuencias de la situación problemática por la que está pasando a través de cómo se siente, qué piensa, qué autoverbalizaciones e imágenes tiene ante la situación, así como la forma en que se trabajará y cómo favorecerá al cambio.

En suma la segunda fase del tratamiento trata de cómo el terapeuta ayuda a su cliente a explorar, ensayar y consolidar la conceptualización de su problema actual.

Fase III.- Modificación de Cogniciones y producción de conductas nuevas (Evaluación Final): Mientras que las dos primeras fases del tratamiento suponen preparar al consultante al cambio, en esta fase de tratamiento, es donde el terapeuta ayuda a éste a modificar su diálogo interno (autoverbalizaciones e imágenes) y a producir conductas nuevas y más adaptativas que se practican en vivo. Estas conductas llevarán a consecuencias que el consultante y el terapeuta pueden considerar a partir de las expectativas y creencias previas del cliente. Esta reevaluación puede dar salida a la creación de nuevas conductas futuras. Así el objetivo de esta tercera fase es el de empezar un proceso en el que lleguen a interactuar recíprocamente la cognición, el afecto, la conducta y las consecuencias del medio. El modo de proceder depende en parte de la naturaleza del problema en cuestión, de los objetivos de la terapia y de la orientación del terapeuta.

Quedando establecido que en esta fase comienza la aplicación de las técnicas de modificación de conducta cognitivas y conductuales.

McKay, Davis y Fanning (1990) describen varias técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés y se describirán sólo los pasos principales que lleva cualquiera de éstas:

A.- Evaluación Inicial

B.- Delimitación de los pensamientos automáticos y los deformados

C.- Entrenamiento en habilidades requeridas (verbales, cognitivas o conductuales)

D.- Puesta en práctica de las habilidades entrenadas

E.- Evaluación de Resultados y Modificaciones pertinentes

F.- Finalización y Seguimiento

Ahora bien, aunque estos procedimientos generales nos dan una pauta a seguir para la realización de una propuesta de intervención psicológica utilizando técnicas cognitivas y conductuales, es necesario revisar antes los tipos de intervención que se han llevado a cabo para el tema que nos ocupa, la bulimia nerviosa.

2.2 Tipos de intervención en la bulimia nerviosa desde la perspectiva cognitivo-conductual

Dentro del tratamiento de la bulimia nerviosa la psicología juega un papel definitivo, ya que si no se da un tratamiento en el cual se apoye en la solución a la baja autoestima y la distorsión de su imagen corporal, la consultante continuará presentando el mismo cuadro a pesar de que se haya dado una intervención médica adecuada (Van den Eynde y Schmidt, 2008), de ahí la importancia de administrar una atención psicológica apropiada para proporcionar mejores resultados.

A pesar de que se habla de terapia cognitivo-conductual en general, es preciso señalar que la bulimia nerviosa ha sido tratada con este enfoque de manera individual, grupal, con manuales de autoayuda y otras modalidades.

2.2.1 Intervención cognitivo-conductual individual

La terapia cognitivo-conductual individual en el tratamiento de la bulimia nerviosa se encarga de modificar las conductas y pensamientos que los consultantes presentan referentes a su peso, la forma de su cuerpo y su apariencia en general. El tratamiento se realiza por medio de diversas tareas, con las cuales se pretende que los consultantes tomen conciencia de su problema y modifiquen sus conductas para finalmente lograr un cambio a nivel cognitivo (Van den Eynde y Schmidt, 2008).

Este tipo de terapia puede presentar ventajas sobre el tratamiento grupal y el manual de autoayuda, sin embargo como se verá más adelante, existen limitaciones importantes que tras haber sido detectadas, deben ser tomadas en cuenta (Openshaw, Waller y Spelinger, 2004).

El tratamiento cognitivo-conductual individual es llevado a cabo entre 16 y 20 sesiones generalmente y está dividido en tres fases, la primera de ellas tiene

como objetivo principal la identificación de las conductas compensatorias así como la frecuencia de las mismas en las consultantes que recibirán el tratamiento y por otra parte realizar sesiones de psicoeducación en las que se proporciona información sobre el trastorno, con lo cual se busca aclarar dudas, mitos y cambiar pensamientos con respecto al padecimiento; la segunda fase, tiene como objetivo iniciar una modificación de las conductas de los consultantes por medio de la modificación de sus pensamientos acerca de los alimentos, el cuerpo, el ejercicio, las dietas y las relaciones interpersonales llevando un control de sus conductas, estableciendo patrones nuevos de alimentación y llevando registros en los cuales no sólo se abarcan las cogniciones, sino las emociones y sensaciones corporales así como un registro de peso y talla mientras transcurre el tratamiento y en la tercera fase, se lleva a cabo un fortalecimiento de las conductas positivas ya logradas, se enseña a los consultantes nuevas herramientas para la resolución de conflictos y se trata con mayor atención las conductas que todavía lo necesitan, asimismo, se cierra el trabajo demostrando a los consultantes con registros los cambios corporales que han experimentado y se refuerzan las nuevas cogniciones. Dentro de las sesiones, se incluye también información sobre la dieta y atracones, manejo de estrés, dietas energéticas, imagen corporal, trabajo con los pensamientos negativos, comunicación, expresión de sentimientos, asertividad, mantenimiento y prevención de recaídas (Openshaw y cols., 2004).

En la terapia cognitivo-conductual, estas son las bases de las que se parte al llevar a cabo el tratamiento, sin embargo, tras estudios revisados, se encontró que cada estudio y cada terapeuta tiene su estilo de llevar a cabo la terapia, y a pesar de no perder sus objetivos, los resultados varían dependiendo de las herramientas extras que se brinden a los consultantes, por ejemplo, el entrenamiento en relajación, la información de las sesiones de psicoeducación, el apoyo externo y la experiencia de los terapeutas que la llevan a cabo. El tratamiento incluye sesiones de imagen corporal y temas de relaciones interpersonales así como actividades cognitivo-conductuales (Chinchilla, 2003).

Otra estructura común utilizada dentro de la terapia cognitivo-conductual, es el método descrito por Fairburn (Roca, y col. 2001, Calvo, 2002, Barjau, y Guerro, 2003), que es la modalidad más utilizada para el tratamiento individual y en el tratamiento con manual de autoayuda para la bulimia nerviosa. Este método dura aproximadamente cinco meses y de igual manera se presenta en tres fases.

La primera fase suele durar ocho sesiones con un encuentro semanal, en esta fase se deben realizar las siguientes tareas:

- Explicar al consultante el modelo cognitivo de la Bulimia Nerviosa.
- Monitorear la alimentación mediante un registro diario.
- Un registro de peso y talla.
- Proporcionar al consultante información sobre el peso corporal y su regulación, las consecuencias físicas derivadas del atracón y el vómito, la ineficacia de los vómitos y purgas como método para controlar el peso y los efectos negativos de hacer dieta.
- Prescribir un patrón de alimentación regular de forma que no haya más de tres o cuatro horas de intervalo entre una comida y otra.
- Dar información acerca del vómito, explicarle sus consecuencias.
- Dar información sobre laxantes y diuréticos, informarle sobre su peligrosidad e ineficacia.
- Buscar alternativas al atracón y al vómito.
- Entrevistar a algún amigo o familiar.

La segunda fase, dura ocho semanas, de igual forma se lleva a cabo una entrevista semanal, en la cual los objetivos a cubrir son los siguientes:

- Eliminación de la dieta.
- Reestructuración cognitiva.
- Tratamiento de las distorsiones y de la repulsión acerca de la autoimagen.

- Entrenamiento en resolución de problemas

En la tercera etapa el objetivo es asegurarse de que el progreso se mantenga cuando la terapia concluye.

A pesar de que los tratamientos cognitivos conductuales tienen estructuras o modelos ya establecidos a seguir, se sugiere a los terapeutas modificar esta estructura cuando el tratamiento es aplicado de manera individual ya que al tener un registro personalizado de los avances se puede reducir el tiempo del tratamiento con mejores resultados.

Para comprobar la funcionalidad de la terapia cognitivo-conductual individual se han llevado a cabo varios estudios en los que se aplica la terapia y se evalúan factores que contribuyen a su desarrollo antes y después del tratamiento.

Steel, Jones, Adcock, Clancy, Bridgford-West y Austin (2000) realizaron un estudio con 32 mujeres a las cuales se les evaluó con el Inventario de los Trastornos Alimentarios-2 (EDI-2) para medir el comportamiento alimentario y las actitudes, el Cuestionario de Satisfacción Corporal, Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperación de Beck para medir sentimientos sobre el futuro, la pérdida de motivación y las expectativas futuras; la Escala del Locus de Control de Comportamiento para medir el grado en que los consultantes perciben la responsabilidad de su problema y de su comportamiento personal y por último, Medidas Demográficas y de Comportamiento para reunir información sobre la frecuencia de los síntomas de trastorno alimentario como la ingesta, vómito inducido, uso de laxantes, píldoras de dieta y diuréticos, así como información sobre la historia de peso y la historia menstrual.

Este estudio demostró que a pesar de que la terapia cognitivo-conductual individual esté correctamente aplicada, existen factores más fuertes que pueden influir en cómo cada consultante recibe el tratamiento; de las 32 mujeres sólo 18

terminaron el tratamiento con resultados óptimos, mientras que las 14 restantes, lo abandonaron antes de completar la mitad, esto ocasionó que se pusiera más atención a los resultados de sus pruebas y se encontró que quienes habían abandonado el tratamiento habían puntuado más altas en cuanto a la depresión y la desesperanza, así como en la falta de responsabilidad sobre su padecimiento; por lo que los autores sugieren que se ponga mayor énfasis o atención en dichos factores antes de afirmar que la terapia cognitivo-conductual individual no es funcional ya que esos factores pueden afectar los resultados de todas las terapias si no se les detecta a tiempo y se tratan.

Otro estudio realizado por Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce (1999) resalta otro factor importante en el abandono del tratamiento y los resultados de éste radican en la reacción que van teniendo los consultantes, es decir, que si no reaccionan de manera positiva desde las primeras sesiones, sintiéndose identificadas y motivadas para continuar, el tratamiento dejará de ser funcional, no tendrá los resultados esperados y finalmente los consultantes lo abandonarán.

Chen, Touyz, Beumont, Fairburn, Griffiths, Butow y cols. (2003) realizaron otro estudio en el cual se tenía como objetivo identificar si la terapia individual aportaba mejoras a los consultantes en cuanto a los síntomas de atracón, vómito, purga y actitudes negativas sobre su peso y figura en el período de post tratamiento y durante el seguimiento, encontrándose diferencias en la terapia cognitivo-conductual individual desde el inicio del tratamiento, ya que hubo mayor abstinencia de conductas bulímicas y tras el post tratamiento se encontraron los mismos resultados en comparación con la terapia cognitivo-conductual grupal, sin embargo tras el seguimiento, los resultados habían sido a la inversa, los consultantes de la terapia cognitivo-conductual grupal, se encontraban bien y no habían quebrantado el tratamiento mientras que quienes habían participado en el tratamiento individual, habían incidido en el problema.

Trompeter (2006) y Zeeck, Herzog, y Hartmann (2004) realizaron estudios donde buscaban conocer la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa en adolescentes, estableciendo que la terapia cognitivo-conductual individual es la que mejores resultados ha proporcionado ya que los consultantes reportan sentirse bien atendidas con respecto al tratamiento, se sienten en mayor confianza para apoyarse de los terapeutas, para pedir apoyo no sólo en relación al trastorno sino para solucionar todas las cuestiones que van de la mano del mismo, y esto se debe a que la atención que se les brinda es integral y van adquiriendo herramientas para salir adelante. También se detectó otro factor importante en los resultados de la terapia, que es llevarla a cabo en clínicas ambulatorias ya que los consultantes presentaban mejores resultados cuando podían continuar con su vida diaria y asistir a la terapia sólo ciertas horas al día, sin embargo, los autores concluyeron que los consultantes que completaban satisfactoriamente el tratamiento de manera ambulatoria eran aquellas que presentaba el trastorno en menor grado y lo habían padecido por menos tiempo, así como aquellas que presentaban conductas bulímicas con menor frecuencia.

En el estudio realizado por Toro, Cervera, Feliu, Garriga, Jou y Martínez (2003), se analizó una nueva técnica dentro de las terapias cognitivas, esta es la exposición a los alimentos, la cual se basa en que la respuesta condicionada, en este caso la ansiedad, es extinguida en presencia del estímulo condicionado, o sea el alimento. En esta técnica, se presenta el alimento a los consultantes para que lo toquen, lo huelan y se lo lleven a la boca como si se lo fueran a comer, sin embargo no lo ingieren, de esta forma reducen la ansiedad que usualmente provoca el atracón y/o el vómito.

En los resultados se confirmó que dicha exposición a los alimentos es efectiva para el tratamiento de la bulimia nerviosa ya que al terminar el tratamiento ninguna consultante presentó vómitos, sin embargo una de ellas continuó presentando atracones.

En un estudio realizado por Carter, McIntosh, Joyce, Gendall, Frampton y Bulik (2004), se investigó acerca de la extrema preocupación que presentan los consultantes con bulimia nerviosa acerca de la posibilidad que existe de que aumenten de peso. Se llevaron a cabo evaluaciones antes, durante y seis meses después de haber terminado el tratamiento, también se realizaron evaluaciones anuales durante cinco años y al final de este estudio solo 80 de las 135 consultantes lo completaron. Los resultados mostraron que la mayoría de las consultantes bajaron de peso, sin embargo no fue un cambio significativo, ya que en algunas de ellas aumentó. En las evaluaciones se observó que las que bajaron de peso fue porque a pesar del tratamiento seguían insatisfechas consigo mismas. En la discusión los autores reconocen la importancia del ambiente en la recuperación de los consultantes ya que al regresar a sus casas y a sus actividades regulares, de nuevo surgieron preocupaciones acerca de su peso.

Lundgreen, Danoff-Burg y Anderson (2004), realizaron una comparación entre los pretest y los postest de 11 investigaciones previas en las cuales, los consultantes se sometían al tratamiento cognitivo-conductual individual con el fin de dar solución a su problema de bulimia nerviosa. Los resultados encontraron que sí existen diferencias importantes en las conductas de purga y atracón, sin embargo no hay cambios significativos entre las cogniciones de los consultantes, especialmente en la autoestima. Finalmente, mencionan que hay algunos trastornos en los cuales las personas nunca podrán tener un comportamiento normal, en el caso particular de la bulimia nerviosa, puede deberse a la popularidad del control de la imagen corporal que existe en nuestra cultura. Se puede observar que existen factores que evitan que la terapia sea totalmente exitosa a lo largo del tiempo, esto puede significar que los factores ambientales y culturales que se toman en cuenta en las terapias han dejado de ser funcionales al paso del tiempo.

Schapman-Williams y Lock (2007) realizaron un estudio en el cual se dieron cuenta de la necesidad que los consultantes tienen de sanar principalmente sus

problemas familiares y de relaciones interpersonales antes que llevar a cabo un tratamiento específico para su trastorno, y hacen referencia a la ventaja del tratamiento individual ya que éste permite atender las necesidades de los consultantes al paso de la terapia y permite ir al ritmo de cada uno mostrando mejores resultados no sólo en cuanto al padecimiento sino en varios aspectos de su vida.

Con base en los estudios anteriores, se pudo detectar que la terapia cognitivo-conductual presenta ventajas y limitaciones que es importante conocer y sobre todo, es importante realizar algo al respecto ya que muchas de ellas radican en la ética y el conocimiento sobre el trastorno que poseen los terapeutas.

Iniciando por las ventajas, encontramos que en la terapia individual, se puede dar un apoyo más completo a los consultantes al incluir el apoyo familiar como parte del tratamiento; por medio de la familia, se intentan reducir la vergüenza y la culpa que lleva consigo la bulimia, y con esto se ha visto una reducción significativa de los síntomas. La terapia cognitivo-conductual se apoya en los padres para que intervengan junto con sus hijos en el control de los alimentos en el hogar, tanto en su elección como en su distribución, pueden estar al pendiente de las actitudes y comportamientos de los adolescentes y al mejorar sus relaciones familiares por medio de la terapia, los consultantes sienten mayor confianza para expresar a sus padres las emociones, pensamientos y situaciones que por sí solos no pueden controlar.

Otras ventajas que aporta la terapia cognitivo-conductual individual, consisten en el conocimiento y el análisis de la historia de vida de los consultantes, analizar su historia familiar y detectar junto con ellos los factores que consideran importantes o determinantes de su trastorno, ya que eso permite darle solución iniciando por la base. Los consultantes tienen la facilidad de avanzar a un ritmo que ellos consideren óptimo, pueden pedir apoyo a los terapeutas para solucionar sus problemas en otros aspectos de su vida, reciben entrenamiento en

relajación y ponen mayor énfasis en los detalles que necesitan atención para evitar la recaída.

En cuanto a las limitaciones, Bergner (2005) establece tres principales tras los resultados de su estudio; la primera es que al ser llevado el tratamiento por personas no especializadas, se pierde el control y se tiene una estructura rígida de lo que el manual indica que se debe hacer, se pierde el sentido humano y se dejan de lado los factores principales que influyen en el padecimiento, olvidándose también el acercamiento personalizado y las necesidades específicas de cada consultante; la segunda desventaja, es que el tratamiento individual no permite que los consultantes escuchen y vean las mejorías de otras personas con el mismo padecimiento por lo que es más fácil que se mienta en el proceso y sobre todo que no exista avance ni comparación con personas que se encuentran en las mismas condiciones ; la última desventaja que plantea el autor, es que en situaciones individuales se tiene mayor acceso a la historia de la persona, sin embargo, es un paso muy importante que la mayoría de los terapeutas omiten por lo que el autor sugiere que no se puede permitir un tratamiento individual que parta del tratamiento del trastorno en específico, más bien se debe realizar una intervención completa que permita ver esos factores que afectan y contribuyen al avance de la terapia antes de reportar mejorías inciertas.

Otra limitante del tratamiento cognitivo-conductual individual radica en la falta de terapeutas especializados en el trastorno y dado que la población que lo padece es significativa, es más fácil y en ocasiones funcional establecer una terapia grupal debido a la carencia de personal especializado que pueda llevar terapias individuales; asimismo, se detectó que los consultantes tienden a preferir la terapia grupal porque es una forma de escape de la participación en el proceso; por último, otra desventaja que se encontró en el tratamiento individual es el costo, debido al traslado que deben realizar tanto terapeutas como consultantes, la cuota que hay que pagar al terapeuta y el costo de ciertos materiales que se utilizan. Estos aspectos habrán de considerarse como un factor determinante en la

preparación y especialización de nuevos terapeutas en diferentes lugares que puedan atender a la población.

2.2.2 Intervención cognitivo-conductual grupal

La terapia cognitivo-conductual grupal en la bulimia nerviosa se caracteriza por atender simultáneamente a un grupo de varios consultantes que comparten el mismo trastorno. El tratamiento grupal consta de un número de aproximadamente 20 sesiones al igual que el tratamiento individual, sin embargo las sesiones son más frecuentes por semana y se trabaja con temas relacionados con los patrones de conductas alimenticias disfuncionales proporcionando información acerca de la autoestima, los pensamientos, las dietas, la figura y el peso, los atracones, las conductas compensatorias, las consecuencias físicas de las mismas y la prevención de recaídas (Nevonen y Broberg, 2006).

En cuando a su aplicación, la terapia cognitivo-conductual grupal se ha llevado a cabo de distintas maneras, por lo cual se hace una revisión de algunas de las más importantes.

En un estudio, la terapia grupal consistió en 23 sesiones distribuidas en un periodo de 20 semanas, las sesiones duraban 2 horas cada una y se daban dos veces a la semana por las primeras tres semanas, después de esto fue solo una sesión semanal por 17 semanas más (Nevonen y cols. 2006).

Con respecto al contenido de las sesiones es importante mencionar el estudio de Carter, Bulik, McIntosh y Joyce (2001) en el cual cada consultante recibió 8 sesiones de 1 hora de duración durante 6 semanas. El tratamiento se llevó a cabo en tres fases: la primera consistía en la exposición de las conductas previas al atracón y su prevención, la segunda consistía en las conductas previas a las conductas compensatorias y su prevención y la última en entrenamiento en relajación.

Un estudio en el que se abordó con mayor énfasis el tema de las cogniciones en el trastorno fue el de Leung, Waller y Thomas (2000) en el cual se trabaja sobre objetivos como aumentar el conocimiento de los consultantes acerca de la bulimia nerviosa, la enseñanza de técnicas de comportamiento para superar el vómito y la purga, dotar a los consultantes de habilidades cognitivas para impugnar sus pensamientos en torno a una mala alimentación, el peso y la talla; y proporcionarles una oportunidad para ganarse el apoyo y la comprensión mutua entre sí.

Otra forma en la que puede realizarse la terapia es realizando el tratamiento en 4 fases: en la primera, una terapeuta mujer se dedica a establecer una dinámica de confianza entre los consultantes, realizando actividades en las cuales ellas se sientan identificadas y poco a poco se enganchen en el proceso de tratamiento, la terapeuta inicia contando su historia en la cual se hace pasar por una mujer con bulimia y platica situaciones que enganchen a las demás con base en su historia, así los consultantes ven en ella a una persona común y corriente que también ha tenido problemas y que sobretodo ha vivido con el padecimiento, lo cual les da confianza. Esta primera fase sirve para realizar una recopilación de historias de vida de cada consultante y para establecer un espejo entre ellas, para que al identificarse busquen apoyarse y salir del problema. En la segunda fase, la terapeuta realiza la reestructuración cognitiva en la cual trata los miedos, los pensamientos, las creencias y las preocupaciones de cada una de los consultantes con respecto a su historia y con base a las similitudes entre ellas, provocando una mayor libertad de ideas y mejores bases y ejemplos para la reestructuración cognitiva de las consultantes. En la tercera fase y una vez cambiadas las cogniciones, la terapeuta se dedica a cambiar las conductas y en la última fase se realiza el fortalecimiento de conductas, entonces la terapeuta se dedica a pulir individualmente las pequeñas conductas que necesite cada consultante hasta asegurar que no van a presentar el padecimiento nuevamente, realizando actividades que representen situaciones reales y que puedan presentar peligro para ellas (Segercrantz, 2006).

Por otro lado, en el estudio realizado por Tantillo (1998) las sesiones constan de 4 etapas, en la primera se trabaja dándoles a conocer a los consultantes la forma en la que se relacionan con la comida, con ellas mismas y con los demás. En la segunda etapa, las ayudan a identificar la forma en la que se han relacionado con todo el mundo, particularmente con sus padres y sus amigos. En la tercera etapa, se establecen nuevas formas en la cuales los consultantes pueden relacionarse con ellos y con la comida y en la última etapa, se evalúan las nuevas relaciones establecidas y si algunas no son funcionales se buscan alternativas para éstas.

De acuerdo con Davis, McVey, Heinmaa, Rockert y Kennedy (1999) otra de las formas en las que se ha llevado a cabo el tratamiento cognitivo-conductual grupal para la bulimia nerviosa es la psicoeducación, la cual tiene como objetivo ayudar a las personas en la normalización de la conducta alimentaria y la imagen corporal a través del suministro de información referente a la bulimia nerviosa como el auto cuidado, el auto monitoreo, el control de estímulos y la solución de problemas, y se realiza de manera didáctica, breve y no adaptada a las necesidades únicas de la persona, contrario a lo que sucede en la terapia individual; la psicoeducación puede administrarse en 6 sesiones de 90 minutos durante 6 semanas consecutivas.

Otra opción que se ha realizado es combinar la terapia cognitivo-conductual grupal con otros tipos de tratamiento como el farmacológico o la terapia interpersonal. En el estudio de Mitchell, Hamli, Wilson, Agras, Kraemer y Crow (2002), después de la terapia cognitivo-conductual grupal se administró tratamiento farmacológico, o bien, terapia interpersonal, a los consultantes que no presentaron recuperación; la terapia interpersonal fue aplicada en 20 sesiones durante 16 semanas entre las semanas 17 y 33 del tratamiento grupal, mientras que los consultantes remitidos a la medicación tomaron 60 mg. de fluoxetina diariamente.

En este sentido, un estudio en el que también se llevó a cabo la terapia cognitivo-conductual grupal junto con la terapia interpersonal es el de Nevonen y Anders (2003), en el que se administró a los consultantes 23 períodos de sesiones de terapia grupal y posteriormente se utilizó la terapia interpersonal.

Aunque se han mencionado las propuestas o modalidades para llevar a cabo la terapia cognitivo-conductual grupal para la bulimia nerviosa, es importante señalar también en qué medida son efectivas y los resultados que han proporcionado.

Con base en lo señalado sobre las formas en que se puede administrar la terapia cognitivo-conductual, se revisan aquí los resultados de cada una de ellas en la misma secuencia en la que fueron presentadas en el apartado anterior.

Los resultados encontrados en el estudio de Nevonen y cols. (2006) fueron que las personas que recibieron la terapia cognitivo-conductual grupal presentaron una disminución importante en los ciclos de purga-atracón, sin embargo en cuanto al hacer dietas no se vieron cambios sustanciales; también hubo un menor número de recaídas en comparación con consultantes que recibieron terapia individual.

En cuanto a los resultados del estudio de Carter y cols. (2001) se encontró que los consultantes, al realizar las conductas que se les pedía y al conocer que no podrían purgarse hasta cierto tiempo después, trabajaron con ejercicios de relajación para inhibir la salivación y normalizar su estado corporal, por lo que pasado el tiempo ya no necesitaban realizar dichas conductas. Asimismo, buscaban comer comida más nutritiva e ignoraban los alimentos más grasosos o menos nutritivos. Con ésto, los consultantes en sus últimos registros personales mostraban cambios en el pensamiento acerca de su padecimiento, habían disminuido las conductas bulímicas significativamente y se percibían más relajadas, seguras y tranquilas, lo cual contribuyó al cambio de actitud después del tratamiento.

En el estudio de Leung y cols. (2000) se encontró que la reducción de los síntomas no fue tan grande como si la terapia se hubiese aplicado en forma individual, sin embargo, hubo una importante reducción de más del cincuenta por ciento en cuanto a la frecuencia de consumo masivo y vómitos, lo que sugiere que el tratamiento fue efectivo.

En el estudio de Segercrantz (2006) se encontró que, al realizar el seguimiento para comprobar el método un año después, todos los consultantes regresaron y muchas de ellas conservan amistades fuertes en las que se complementan para no recaer en los síntomas.

Los resultados encontrados en el estudio de Tantillo (1998) fueron que al participar en la terapia grupal, los consultantes van incorporando a sus vidas conocimiento de quienes también pasan por el mismo problema. El hecho de tener personas con las cuales identificarse ayuda a que los consultantes se identifiquen también con las metas y se convenzan de que deben cambiar sus conductas disfuncionales. Al mismo tiempo el hecho de tener nuevos lazos sociales ayuda a los consultantes a distraerse y dejar de pensar solamente en su relación con la comida que es la que les provoca ansiedad y recurrir a conductas tales como el vómito, la purga y el atracón. Los consultantes tuvieron una recuperación efectiva y no mostraron recaídas en los cuatro años siguientes a la intervención.

En el trabajo de Davis y cols. (1999) se encontró que los consultantes que participaron en el grupo de psicoeducación con terapia cognitivo-conductual individual presentaron una mayor reducción en los episodios de atracón y purga en el postratamiento y en el seguimiento que los que recibieron sólo psicoeducación. De los consultantes del grupo de psicoeducación con terapia cognitivo-conductual individual 43.2% presentaron remisión y en el grupo de sólo psicoeducación únicamente el 10.5%, con esto, el tratamiento con psicoeducación junto con la terapia cognitivo-conductual individual aporta mayores beneficios a los

consultantes que el tratamiento sólo con psicoeducación hasta cuatro meses después de la finalización del tratamiento.

En cuanto a los resultados que encontraron Mitchell y cols. (2002) es importante mencionar que se descubrió que no hubo diferencia entre los tratamientos secundarios, es decir, entre el tratamiento farmacológico y la terapia interpersonal ya que ambos obtuvieron porcentajes entre el 19 y el 23% de efectividad al ser aplicados después de la terapia cognitivo-conductual grupal.

En el estudio de Nevonon y cols. (2003) se encontró que se redujeron considerablemente los síntomas bulímicos, hubo un alto índice de recuperación y remisión y los resultados obtenidos se fortalecieron conforme pasaba más tiempo después de la terapia.

Como se mencionó al inicio del presente capítulo, entre las principales ventajas se puede mencionar que la terapia cognitivo-conductual grupal puede atender a un mayor número de personas y a un menor costo que otro tipo de terapias, por lo tanto es muy útil ante la falta de personal y ante la alta demanda de tratamiento.

Asimismo, el tratamiento grupal presenta mejorías en periodos más tempranos del tratamiento comparado con otros tipos de terapia cognitivo-conductual (Bailer, de Zwaan, Leisch, Strnad, Lennkh-Wolfsberg y El-Giamal 2004). Otra ventaja importante es que en la terapia grupal se trabaja con mayor eficacia la relación de los consultantes con los otros lo cual puede ser el motivo principal de que haya un menor número de recaídas (Nevonon y cols. 2006).

Entre las limitaciones hay que reconocer que en muchas ocasiones el tratamiento se ha llevado a cabo por personas no especializadas en dicho trastorno, lo cual puede provocar un manejo indebido de los temas, los casos y del grupo en general. También, resulta difícil trabajar con grupos de más de diez

consultantes (Seegercrantz, 2006) ya que la atención se dispersa y pueden generarse confusiones, además, el trato es más general y menos personalizado que en la terapia individual.

2.2.3 Manuales de autoayuda

Pritchard, Bergin y Wade (2004), describen la técnica de la guía de autoayuda, ésta implica el uso de un manual que el consultante con bulimia nerviosa utiliza en lugar de una terapia psicológica en el sentido estricto; se ha demostrado que los manuales de autoayuda aportan resultados tan favorables que incluso pueden compararse con los resultados que aporta la terapia cognitivo-conductual. Estos manuales están dirigidos a modificar las cogniciones disfuncionales relacionadas con el peso y la figura y los síntomas de comportamiento bulímico como el atracón, la purga, los vómitos inducidos y la dieta. Las secciones del manual incluyen psicoeducación con respecto a la bulimia nerviosa, capítulos de motivación, el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa que describe el círculo vicioso de atracón y vómito, desafío de cogniciones disfuncionales, experimentos de comportamiento y la descripción de una mala evolución de los comportamientos.

Los manuales de autoayuda son una forma interactiva e individual de llevar a cabo la terapia cognitivo-conductual. Se realizan de manera tal que el consultante por sí mismo abandone conductas y pensamientos bulímicos, como el atracón, el vómito, la distorsión de la imagen corporal y el aislamiento social.

Estos manuales se han llevado a cabo como resultado de crear alternativas de tratamiento con las que se pueda atender a un mayor número de consultantes (Ljotsson, Lundin, Mitsell, Carlbring, Ramklint y Ghaderi, 2007). La falta de terapeutas disponibles en el tratamiento de la bulimia nerviosa ha originado que el uso de manuales de autoayuda sea cada vez más frecuente con el fin de disminuir los riesgos que ocasiona este trastorno.

Los manuales de autoayuda se les proporcionan a los consultantes que padecen de bulimia nerviosa, su duración varía entre 4 a 12 semanas. En un estudio realizado por Peterson, Mitchell, Engbloom, Nugent, Pederson y Miller (1998), la aplicación consistió en 14 horas distribuidas en un período de ocho semanas, dividido en tres fases: síntomas de ingesta, problemas relacionados con la bulimia y prevención de recaídas. Fueron dos sesiones semanales en las primeras seis semanas y una sesión semanal en las últimas dos semanas; cada sesión comprendió dos partes, la de psicoeducación y la de revisión de tareas.

En otro estudio realizado por Ljotsson y cols. (2007), a los participantes se les proporcionó el manual por medio de un correo electrónico. Consistió en dos partes: una de psicoeducación y otra de autoayuda propiamente; la parte de autoayuda está dividida en seis capítulos, cada uno de los cuales se vinculaba con una tarea que era revisada por un estudiante graduado de psicología a través del correo electrónico. El tratamiento duró 12 semanas en las cuales los consultantes podían tener contacto con su terapeuta por correo electrónico una vez por semana y podían participar también en foros de discusión con otros participantes.

Carter, Olmsted, Kaplan, McCabe, Mills y Aimé (2003), trabajaron con 85 mujeres con bulimia nerviosa, las cuales fueron asignadas aleatoriamente a uno de los tres grupos establecidos durante 8 semanas. El primer grupo recibió un manual de auto ayuda que se basa en el comportamiento cognitivo para la disminuir la ingesta y para tratar problemas concretos acerca del hábito de comer. El segundo grupo recibió un manual de autoayuda centrado en el desarrollo de la asertividad y auto afirmación como mujer. El tercer grupo no recibió ninguna intervención.

En otro estudio realizado por Bara, Williams, Pombo, Reid, Murray, Aubin (2004), realizaron la aplicación de un administrador de computadora, el cual consistió en ocho módulos interactivos computarizados, el primero habla de la bulimia nerviosa, su desarrollo, consecuencias y la presentación de la terapia

cognitivo-conductual y su aplicación en este trastorno. En el segundo módulo se llevó a cabo un control de los alimentos por parte de los consultantes, prestando atención en sus sentimientos y pensamientos a la hora de ingerirlos, hablando de la motivación y de los alimentos. En el tercer módulo se manejó el cambio para comer sanamente. En el cuarto módulo se manejaron los pensamientos para llevar a cabo el atracón y como cambiarlos para que no vuelva a ocurrir. En el quinto se trabajaron la asertividad y la forma de aumentar la actividad de los consultantes durante el día. En el sexto se trabajó en la solución de problemas en cuanto a recaídas. En el séptimo módulo se trató de motivar a los consultantes a vivir al máximo, que hicieran cosas que dejaron de hacer y que usaran su actividad diaria para aumentar sus sentimientos de placer y logro. En el octavo se trabajó con planes a futuro y sobre lo que habían aprendido. Cada módulo requería de 45 minutos en la computadora y tenían que ir pasando de nivel en nivel hasta terminar los ocho módulos, trabajando de uno a dos por semana durante cuatro a ocho semanas.

Se ha demostrado que el uso de los manuales de autoayuda aumentan su efectividad si se usan como complemento de la medicación o de la terapia personalizada (Sysko, y Walsh, 2008). También se han realizado estudios en donde se realiza una comparación entre la autoayuda y la autoayuda guiada, encontrándose que la autoayuda guiada brindaba mejores resultados a pesar de contar con visitas muy limitadas.

Thields, Schmidt, Treasure, Gathe y Troop (1998) realizaron otro estudio en donde trabajaron con 62 mujeres, las cuales dividieron en dos grupos de 31 consultantes cada uno. El primer grupo recibió 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual individual, al segundo grupo se le proporcionó el manual de autocuidado y ocho sesiones con el terapeuta. Los consultantes del grupo del manual de autoayuda mostraron tener mayores conocimientos acerca de las conductas de riesgo, observaron que la terapia cognitivo-conductual individual fue más efectiva en la eliminación de los ciclos atracón-purga, sin embargo en las

evaluaciones posteriores al tratamiento no mostraron diferencias en cuanto a las conductas purgativas, el vómito o los atracones.

Los manuales de autoayuda también han sido comparados con otras formas de terapia como la familiar tal como lo describen Schmidt, Lee, Beecham, Perkins, Treasure y Yi (2007) quienes realizaron un estudio en donde compararon la eficacia de la terapia familiar y el uso de las guías de autoayuda en una población de adolescentes con bulimia. Participaron 85 consultantes de 13 a 20 años, 41 fueron asignadas al grupo de terapia familiar y 44 al grupo que trabajaba con las guías de autoayuda. En los resultados los consultantes que estaban en el grupo de la guía de autocuidado, presentaron una rápida disminución de conductas como la purga, el vómito y el atracón en comparación a los consultantes de la terapia familiar, sin embargo, en el análisis que se realizó un año después no se encontraron diferencias significativas.

Sysko y cols. (2008) resaltan que la autoayuda es funcional para la disminución de las conductas compensatorias y en algunos casos observaron también conductas optimistas y mejoras de comportamiento en los consultantes que recibieron esta forma de terapia. Peterson, y cols. (1998), realizaron un estudio en el cual se hicieron cuatro grupos con los participantes: el primero fue el de terapia dirigida, el segundo el de autoayuda parcial, el tercero de autoayuda y el cuarto fue el grupo control. El grupo de terapia dirigida fue atendido por un doctor en psicología de quien recibieron el video del manual de autoayuda y retroalimentación, al grupo de autoayuda parcial se le dio el mismo video y se realizó un debate grupal, al grupo de autoayuda se le dio también el video y el debate se efectuaba de manera individual y escrita, y por último, al grupo control sólo se le evaluó. Encontraron que los tres primeros grupos presentaron diferencias significativas en comparación con el grupo control y que el manual de autoayuda en video es un medio eficaz para ofrecer información psicoeducativa, sin embargo el autor propone realizar el mismo estudio con muestras más grandes.

La eficacia de esta forma de terapia es apoyada en el estudio realizado por Ljotsson y cols. (2007), en donde encontraron importantes mejorías en el grado de depresión, en la autoestima, en la frecuencia de los episodios de atracón y en la satisfacción con la vida, concluyendo que la terapia cognitivo-conductual aplicada por medio de un manual de autoayuda administrado por Internet y la participación de los consultantes en foros de discusión son eficaces y pueden ser considerados como un primer paso viable en el tratamiento de la bulimia nerviosa.

Carter y cols. (2003) en su estudio resaltan que en los dos grupos que recibieron tratamiento por medio de manuales de autoayuda disminuyeron los principales síntomas de comportamiento de ingesta y purga. Se logró apreciar que los consultantes con menos conocimientos sobre los trastornos de la alimentación y mayores dificultades con la intimidad tenían más probabilidades de beneficiarse, mientras que los consultantes con mejor funcionamiento interpersonal pueden beneficiarse más de contacto humano para apoyar el cambio conductual.

Bara y cols. (2004) con la aplicación de un administrador por computadora, demostraron que un manual de autoayuda resultó eficaz para el tratamiento de la bulimia nerviosa en la práctica clínica habitual, con lo que comprueban la eficacia de brindar esta forma de terapia.

Bakke, Mitchell, Wonderlich y Erickson (2000) mencionan que el manual de autoayuda es útil cuando se tiene la supervisión de personal especializado en el tema y sobre todo cuando las asesorías incluyen información personal e información en general. Destacan que al poder ser utilizado a distancia, se disminuye el gasto en cuanto al traslado, los consultantes no tienen que estar en clínicas específicamente para recibirlo y si los especialistas viven en diferentes lugares puede haber contacto evitando así llevar el tratamiento por no especialistas ubicados en el mismo lugar que los consultantes. Estos autores analizaron los costos en cuanto al tratamiento tanto para los consultantes como para los terapeutas y en ambas partes existió beneficio ya que el terapeuta podía

trabajar desde cualquier computadora y el consultante tenía que trasladarse muy poco hasta el cuarto donde se llevaba a cabo el tratamiento por lo que el costo disminuía para ambos y se hacía más accesible y mejor asesorado.

Peterson y cols. (1998), aluden a la accesibilidad, el bajo costo, el requerir de un mínimo de personal, el prestar atención a otras áreas de la patología como la depresión y los trastornos de ansiedad como ventajas del uso de los manuales de autoayuda. Incluyen que diversos estudios muestran que un contacto mínimo del terapeuta con el consultante en las intervenciones puede ser benéfico en la reducción de los síntomas y conductas problemáticas.

Dado que a muchos consultantes con bulimia nerviosa les resulta difícil el contacto directo con el terapeuta, se ha propuesto la entrega de los manuales de autoayuda por medio del correo electrónico, lo cual reduce al máximo el contacto con el terapeuta además de que los consultantes pueden atribuir el éxito de la terapia a sus propios esfuerzos (Ljotsson y cols., 2007).

Otra ventaja importante es que los manuales de autoayuda se pueden ofrecer a los consultantes con bulimia nerviosa que se encuentran en una lista de espera para recibir tratamiento especializado, esto como parte de una intervención preliminar que ayudará a ir adelantando el trabajo del terapeuta y con esto obtener mejores resultados y con mayor prontitud (Carter y cols. 2003).

Durante la aplicación de los manuales se puede prestar ayuda por parte de un terapeuta, de acuerdo a la duración y al tiempo que se le tenga que invertir para terminarlo. Se proporciona esta ayuda para que el consultante se sienta apoyado durante la aplicación, si tiene dudas las aclare y continúe con su tratamiento. En un estudio llevado a cabo por Thields y cols. (1998) se evaluó si efectivamente ocho sesiones de terapia y el uso del manual de autoayuda eran herramientas suficientes para la recuperación de los consultantes con bulimia nerviosa y si daban las pautas para que los cambios permanecieran a lo largo del

tiempo. Encontraron que el uso del manual da buenos resultados en el tratamiento de la bulimia sin embargo no se recomienda que sea la única terapia a la cual se someta la consultante.

Entre las limitaciones que presenta el uso de los manuales de autoayuda se encuentra que los resultados dependerán de cada consultante y de su actitud ante la ayuda que está recibiendo. Sysko y cols. (2008) destacan que se debe permitir el acceso a los manuales de autoayuda a consultantes que ya han tenido orientación o han asistido a terapia con anterioridad, ya que tienen una perspectiva diferente de las consecuencias y beneficios que trae consigo la bulimia y podrán trabajar de manera óptima para contrarrestar este trastorno. Contrario a esto Carter y cols. (2003) afirman que se les puede proporcionar este tipo de terapia cuando los consultantes van iniciando con este trastorno alimenticio y que no han tenido consecuencias graves sobre su organismo.

Al respecto, Thields y cols. (1998) hacen referencia que la eficacia depende de la cultura en la cual se desenvuelve la persona que sufre bulimia ya que de esto depende la importancia que le dé a la información que se le proporciona y la autoayuda que pueda ejercer.

Señalan también que debe tomarse en cuenta que la orientación en este tipo de terapia la debe llevar a cabo un terapeuta bien entrenado en el tema, para que pueda orientar en la dirección más idónea al consultante y éste pueda controlar y cambiar sus conductas, pensamientos y sentimientos de forma tal que vaya disminuyendo los relacionados con la bulimia nerviosa.

Otra limitación mencionada por los mismos autores es que en esta modalidad se recomienda por lo menos una visita con algún profesional para ayuda personalizada, lo cual influye en el resultado de la intervención, ya que la habilidad del terapeuta, la actitud del consultante y la formalidad del material son los factores que influirán en la eficacia del tratamiento.

Walsh, Fairburn, Mickley, Sysko y Parides (2004) realizaron una investigación en la cual utilizaron manuales de autoayuda y fluoxetina, encontrando que los dos tratamientos reducían los síntomas de atracón, vómito, uso de laxantes y depresión, lo cual confirma la eficacia de esta forma de terapia, la cual al combinarse logra mejores resultados que si se lleva a cabo sola.

Es claro que los manuales de autoayuda son solo un primer paso para tratar a los consultantes con bulimia nerviosa, que si bien en algunos les puede resultar más efectivo que en otras, no se debe dar por hecho que con solo la aplicación de estos manuales se obtendrá la mejora absoluta de todos los consultantes.

A partir de la revisión análisis de los datos antes descritos, podemos determinar que la terapia cognitivo-conductual individual puede ofrecer muy buenos resultados a los consultantes con bulimia nerviosa siempre y cuando se tomen en cuenta aspectos como la historia personal de cada consultante a fin de conocer las raíces de donde vienen la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso y de esta manera realizar una intervención más profunda y completa que pueda funcionar como una herramienta de motivación para que el consultante permanezca en el tratamiento y los resultados se mantengan a lo largo del tiempo. Asimismo, es importante llevar a cabo sesiones de psicoeducación y establecimiento de nuevos hábitos alimenticios para toda la familia, ya que esto funcionaría también para hacerlos partícipes del tratamiento y con esto conseguir que el consultante se sienta en un ambiente de cooperación y compromiso.

Además, al tener una atención más cercana con el terapeuta, sería interesante tener en cuenta también aspectos de la cultura y la personalidad del consultante con el fin de instalar conductas alternativas al atracón, al vómito, la purga, etc. que vayan de acuerdo a sus gustos, sus actividades e incluso sus hobbies para que sea más fácil instalar nuevos recursos conductuales que le permitan incurrir con menos frecuencia en conductas de riesgo.

En cuanto al tratamiento cognitivo-conductual grupal podemos afirmar ahora que aporta resultados muy significativos para la recuperación de los consultantes con bulimia nerviosa ya que refuerza sus relaciones interpersonales con los demás participantes y por lo tanto pueden llegar a sentirse acompañadas y comprendidas; también al ver y escuchar a otras personas que comparten sus mismas dificultades, pueden obtener una mayor motivación para comprometerse en el tratamiento y llegar a la remisión de los síntomas de atracón y purga.

Por otro lado es importante tomar en cuenta que si bien la terapia cognitivo-conductual grupal ha obtenido muy buenos resultados aún después de cuatro años de seguimiento, es necesario que sea acompañada de algún otro u otros tipos de intervención como la terapia cognitivo-conductual individual, la terapia interpersonal o la terapia farmacológica, ya que así se puede tener un mayor control y observación detallada sobre las conductas del consultante y por lo tanto llevar a cabo estrategias específicas para cada persona, lo cual es menos viable en la terapia grupal por razones de tiempo, espacio y presupuesto.

En lo que respecta a los manuales de autoayuda, sabemos que son una herramienta muy eficaz que puede aportar grandes beneficios en el tratamiento de la bulimia nerviosa, sin embargo sus alcances son limitados y siempre es necesario contar con algún otro tipo de apoyo que logre una mayor formalidad al tratamiento y sobretodo que se pueda tener una mayor observación y control de las conductas que están siendo modificadas, ya que sin esta confirmación, los resultados son altamente dudosos y es probable que exista un número considerable de recaídas dado que no existe alguien que monitoree los logros, cambios y cogniciones del consultante. Es muy importante que los consultantes que opten por esta modalidad también reciban terapia cognitivo-conductual individual, terapia cognitivo-conductual grupal y/o tratamiento farmacológico.

Por otro lado, es muy interesante conocer el papel de la tecnología en este tipo de tratamiento como las computadoras o los reproductores de video que han

sido un medio muy útil en la aplicación y distribución de los manuales de autoayuda. Actualmente el internet es uno de los medios de comunicación más populares entre los adolescentes y es sorprendente la influencia que ejerce sobre ellos, situación que la psicología ha sabido aprovechar para llegar más fácilmente a cualquier lugar en el que alguien necesite uno de estos manuales y así contribuir a que su recuperación sea más fácil y oportuna.

2.2.4 Intervención preventiva para la bulimia nerviosa

El término prevención se refiere al conjunto de actividades destinadas a la evitación de los riesgos que llevan a determinada enfermedad, para lo cual se toman en cuenta la epidemiología, la identificación correcta de los factores de riesgo y la población más vulnerable al padecimiento en cuestión (Marqués, 2001).

Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) y Marqués (2011) coinciden en señalar que existen tres niveles de prevención:

Primer nivel: abarca actividades más cercanas y de contacto con la población que permiten resolver problemas de salud básicos y frecuentes de manera accesible y a bajo costo, con lo cual se contribuye a la reducción de la cantidad de nuevos casos.

Segundo nivel: son aquellas actividades destinadas a la detección y atención temprana de las personas que presentan una variedad de factores de riesgo para determinados padecimientos con el fin de reducir el tiempo entre la detección, el diagnóstico y el inicio del tratamiento para la enfermedad.

Tercer nivel: se refiere a la reducción de complicaciones, recaídas o secuelas en padecimientos graves y en ocasiones se requieren procedimientos tecnológicos especiales para impedir en lo posible incapacidades crónicas.

A su vez, Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía (2010) señalan que dentro del primer nivel de prevención existen tres tipos:

- Prevención universal: dirigida a muestras donde el riesgo no ha sido identificado.
- Prevención selectiva: dirigida a grupos poblacionales con factores de riesgo superiores al promedio para desarrollar determinado padecimiento.
- Prevención indicada: dirigida a personas con alto riesgo y con signos mínimos detectables de determinado padecimiento pero que no cumplen los criterios para el diagnóstico.

Por su parte, Zurro, Badía y Loren (1999) profundizan en la descripción de las actividades que se realizan comúnmente en la prevención secundaria y señalan que un programa de este tipo debe tener en cuenta tres grupos de factores:

1. Relativos al problema de salud:

- con prevalencia significativa
- debe existir una fase pre-sintomática conocida e identificable
- claro establecimiento de los criterios diagnósticos
- control del proceso mediante procedimientos habituales y aceptables

2. Relativos a la aplicación del programa:

- Eficacia
- Efectividad
- Factibilidad
- Eficiencia

3. Relativos a las pruebas a realizar:

- Validez
- Aceptabilidad por parte de los profesionales de la salud y por las personas con las que se realizará la prueba.
- Reproductibilidad
- Valor predictivo

Los programas de educación para la salud en los tres niveles de prevención implican la enseñanza de hábitos, cuidados y conductas mediante la modalidad de didáctica, que de acuerdo con Alvarez (1995), es el conjunto de técnicas encaminadas a proporcionar a quien recibe la información un mejor manejo y aprendizaje de los conocimientos.

El mismo autor refiere que existen varios momentos didácticos que son útiles para el éxito de la enseñanza:

- Planeación
- Delimitación de los objetivos
- Preparación del tema
- Ejecución
- Motivación
- Evaluación

Así mismo, menciona los métodos de enseñanza más comunes y eficaces:

- Exposición
- Discusión dirigida
- Pequeños grupos de discusión
- Demostración práctica
- Dramatización

- Estudio de casos
- Adiestramiento en servicio
- Simposio
- Mesa redonda
- Seminario
- Panel
- Foro
- Entrevista

Otra forma de realizar la prevención es la modalidad interactiva, en la cual se lleva a cabo la discusión, técnicas cognitivas o el descubrimiento guiado, cabe destacar que esta modalidad ha demostrado ser más efectiva que la didáctica (Escoto y cols., 2010).

En cuanto a la manera en que se ha llevado a cabo la prevención en la bulimia nerviosa, es importante señalar que no se encontró información únicamente para este trastorno, sino que la información encontrada se refiere a la prevención de los trastornos alimenticios en general. Por lo tanto, se describirán a continuación los aspectos más relevantes de algunos estudios sobre prevención de los trastornos alimenticios.

En un estudio realizado por Escoto y cols. (2010) se evalúa la efectividad de un programa de prevención selectiva que fue aplicado a 15 mujeres entre 15 y 18 años de edad estudiantes de nivel bachillerato. El programa consiste en 7 sesiones de 2 horas cada una y se efectúan 2 sesiones semanales en las cuales se abordan temas como identificación de la satisfacción con la imagen corporal, fortalecimiento del aprecio hacia el propio cuerpo, corrección de los errores perceptuales acerca del mismo, ideales de belleza, su evolución y la influencia de la publicidad en la satisfacción con la imagen corporal desde una postura crítica, identificación de prejuicios sobre el peso y la figura, fortalecimiento de las habilidades de las participantes para emitir juicios críticos sobre los programas y

anuncios publicitarios relacionados con la belleza y su efecto en la satisfacción con la imagen corporal, actividades dirigidas a valorar a las personas por sus cualidades no relacionadas con la apariencia física, instrucción sobre los efectos nocivos de las dietas, aprecio de los valores personales y aceptación del propio cuerpo mediante exposición al espejo y a situaciones generadoras de ansiedad, así como expresión asertiva de emociones y sentimientos ante los comentarios negativos sobre la figura y el cuerpo. Tras la aplicación se encontró que las participantes redujeron la insatisfacción y malestar con su imagen corporal y disminuyeron la evitación de actividades sociales.

Lo anterior coincide con lo que señalan López-Guimerá, Sánchez-Carracedo y Fauquet, (2011) en cuanto a que “los programas que producen los resultados más prometedores son los que se dirigen a reducir los factores de riesgo actitudinales, tales como interiorización del ideal estético de delgadez y la insatisfacción corporal, y las intervenciones conductuales que promueven comportamientos saludables para controlar el peso” (pág. 140).

En el estudio de Ruíz-Lázaro y Comet (2002) se realizó una intervención preventiva en estudiantes de secundaria en 5 sesiones semanales de 2 horas de duración, se dio atención a los adolescentes, padres y profesores con técnicas grupales que incluyen conocimientos sobre nutrición, alimentación, imagen corporal, crítica del modelo estético de delgadez, sexualidad, auto concepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales. Después de un año de seguimiento se observó que el 4.05% de los participantes del grupo de intervención se consideraban con riesgo de presentar algún trastorno alimenticio, mientras que el porcentaje de riesgo en el grupo control fue de 10.5%, además se proporcionó una sesión grupal de refuerzo para los estudiantes y también para los padres.

Pineda y Gómez-Peresmitré (2006) mencionan que en algunos casos las intervenciones preventivas para los trastornos alimenticios han dado resultados contraproducentes, sobre todo cuando se proporcionan a la población abierta, se

utiliza psico-educación y se abordan de manera explícita las conductas alimentarias inadecuadas como el uso de laxantes, diuréticos, vómitos etc., lo cual contribuye a que, lejos de evitar o erradicar la aparición de los factores de riesgo, éstos se presenten posteriormente incluso en las personas que no los tenían al momento de la intervención preventiva.

Con esto, los autores afirman que las intervenciones más efectivas son las que se realizan con población de riesgo y se utiliza un programa de disonancia cognitiva en el cual se realizan actividades más críticas hacia el ideal de delgadez con juego de roles y con mayor participación de los sujetos, contrario a la psico-educación en la cual la participación de los sujetos es muy pasiva.

En el estudio de Amaya, Mancilla, Vázquez y Franco (2010) se analiza la efectividad de programas de prevención implementados vía internet, los cuales en su mayoría fueron de prevención indicada, utilizaron el programa denominado Student Bodies, el cual aborda los temas de imagen corporal, nutrición, ejercicio físico, trastornos alimenticios, insatisfacción corporal y preocupación por el peso mediante lecturas psicoeducativas; estos programas utilizaron el enfoque cognitivo-conductual, con una duración de 8 semanas y un diseño pretestpostest-seguimiento. Los resultados indican que dichos programas fueron altamente aceptados por los participantes y contribuyeron significativamente a la reducción de la insatisfacción corporal, restricción alimentaria y preocupación por el peso y la figura, lo cual implica que reducen potencialmente las conductas y actitudes que llevan a desarrollar algún trastorno alimenticio. Se encontró también que estos programas de prevención son más eficaces para la bulimia nerviosa ya que el peso de estas consultantes es relativamente más saludable que en la anorexia nerviosa, además de que su implementación resulta segura, comfortable, de acceso fácil, económica y sin problemas de horario. En las desventajas se encuentra que de alguna manera se puede llegar al sedentarismo y a restringir las relaciones familiares y sociales, por lo cual se recomienda que sean utilizados solo

como complemento a algún programa presencial o como apoyo en etapas de seguimiento.

En conclusión, las ventajas que podemos observar en las intervenciones preventivas son que se puede reducir de manera significativa la incidencia de los trastornos alimenticios, lo cual implica una reducción de los costos económicos, físicos, sociales y emocionales tanto de las afectadas como de sus familias.

Otra ventaja es que se puede atender a una mayor cantidad de personas al administrarse de manera grupal a manera de talleres y que se puede proporcionar información y entrenamiento de habilidades que no solo corresponden a los trastornos alimenticios, sino que pueden ser muy útiles en la vida en general de las participantes, tal es el caso de la asertividad, la autoestima, el pensamiento crítico, etc.

En las desventajas podría suceder que si no se da la información de manera cuidadosa, se puede tener el efecto contrario, es decir, que se genere en las participantes cierta atracción hacia las conductas inadecuadas y las pongan en práctica, además de que se tendría que realizar alguna o algunas sesiones de refuerzo y de seguimiento para constatar que los efectos de la intervención preventiva se mantengan, ya que socialmente y en los medios de comunicación de manera constante se hace referencia al ideal de delgadez.

Una cuestión importante que valdría la pena considerar es qué tan funcional sería ofrecer intervenciones preventivas para cada trastorno en específico, ya que los estudios reportan que éstas se han llevado a cabo de manera general, es decir, tratando de abordar los trastornos alimenticios más comunes, sin embargo, no se ha tomado en cuenta que aunque hay puntos en común, cada trastorno es distinto, con causas y consecuencias diferentes y que además en cada tipo de trastorno la personalidad de las consultantes es distinta, por lo cual sería

interesante diseñar intervenciones preventivas tomando en cuenta estas diferencias.

CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA BULIMIA NERVIOSA

Rava y Silber (2004) afirman que es muy complicado dar un tratamiento en las fases iniciales del trastorno, esto debido a que la mayor parte del tiempo los síntomas de bulimia nerviosa son difíciles de observar porque las personas afectadas los ocultan, lo cual agrava la situación de las consultantes y es mucho más complicada su recuperación. Aunado a esto, Le Grange y Schmidt (2005) señalan que es necesario prevenir el trastorno en la adolescencia ya que en la adultez el tratamiento es más difícil y menos funcional.

Por lo tanto, nuestra propuesta de intervención es de prevención primaria indicada, en la cual el objetivo a corto plazo es reducir los factores de riesgo para la bulimia nerviosa y el objetivo a largo plazo es evitar la aparición del trastorno.

Dicha intervención se llevará a cabo con un taller que abarca los temas de: cuestionamiento al ideal estético de delgadez, autoestima, percepción y aceptación corporal, alimentación y conductas saludables, relajación, habilidades sociales y asertividad. El número de asistentes puede ser entre 5 y 8 adolescentes.

Los criterios de inclusión son: mujeres adolescentes entre 12 y 15 años de edad, estudiantes de educación secundaria, con peso normal o con sobrepeso y que sin tener el trastorno como tal, presenten riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

La intervención preventiva se llevará a cabo en 4 fases: pre-evaluación (1 sesión), intervención (2 sesiones para padres y 5 sesiones para las adolescentes), post-evaluación (1 sesión) y seguimiento después de un año (1 sesión).

FASE 1- PRE-EVALUACIÓN

- Medición del Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$). Se tomarán en cuenta únicamente los que sean igual o superiores a 18.
- El riesgo de bulimia nerviosa se evaluará mediante una puntuación mayor a 7 en el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR), el cual ha sido validado en mujeres mexicanas. La escala está conformada por 10 preguntas que evalúan la preocupación por engordar y las conductas alimentarias de riesgo en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Se califica con cuatro opciones de respuesta tipo Likert: 1= nunca o casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente (dos veces en una semana), 4= muy frecuentemente (más de dos veces en una semana). Para determinar el grado de riesgo se establece que menos de 7 puntos muestran ausencia de riesgo, de 7 a 10 puntos implica riesgo moderado y más de 10 puntos reflejan riesgo alto (Unikel, Nuño, Celis, Saucedo, Trujillo, García y Trejo, 2010) (ver anexo 1).

FASE 2- TALLER DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA PARA LA BULIMIA NERVIOSA

Intervención con los padres de las participantes

Sesión 1

- Bienvenida y presentación del terapeuta y presentación del proyecto.
- Presentación de los resultados de la pre-evaluación.
- Explicación de la importancia de la intervención preventiva con sus hijas.
- Explicación sobre trastornos alimenticios, con mayor énfasis en la bulimia nerviosa y sus consecuencias.
- Solicitud de su consentimiento para realizar la intervención.

- Exploración de hábitos alimenticios familiares y retroalimentación sobre las respuestas (ver anexo 2).
- Despedida, agradecimiento e invitación a la segunda sesión.

Sesión 2

- Bienvenida y resumen de la sesión anterior.
- Exploración de la influencia familiar en la insatisfacción corporal y retroalimentación sobre lo comentado (ver anexo 3).
- Cuestionamiento al ideal de belleza y delgadez aceptado socialmente y valoración de los aspectos positivos internos de las personas.
- Revisión de revistas, programas de televisión o publicidad que enaltecen el ideal estético de delgadez, dar a conocer sus trucos e incongruencias así como generar un debate sobre los efectos negativos que producen en las personas.
- Revisión de las distintas maneras de concebir la belleza física a través del tiempo mediante videos, fotografías, revistas, etc.
- Revisión y comentarios sobre un folleto de prevención de la bulimia nerviosa dirigido a padres (ver anexo 4).
- Agradecimiento y despedida.

Intervención con las participantes

Sesión 1

- Para evitar el rechazo de las participantes se hará una presentación del taller como un proyecto de manejo de emociones y conductas saludables así como de los temas a tratar en cada una de las sesiones.
- Presentación de las participantes y el terapeuta mencionando nombre, edad, ocupación, intereses principales y expectativas sobre el taller.

- Revisión de revistas, programas de televisión o publicidad que enaltecen el ideal estético de delgadez, dar a conocer sus trucos e incongruencias así como generar un debate sobre los efectos negativos que producen en las personas.
- Revisión de las distintas maneras de concebir la belleza física a través del tiempo mediante videos, fotografías, revistas, etc.
- Revisión de distintas biografías de personas conocidas mundial o nacionalmente que han obtenido grandes logros personales, profesionales y sociales gracias a su intelecto, labor altruista, habilidades sociales u otros aspectos internos y no gracias a sus atributos físicos.
- Conclusiones generales sobre esta sesión, agradecimiento e invitación a la segunda sesión del taller.

Sesión 2

- Bienvenida y resumen de la sesión anterior.
- Explicación sobre la autoestima y la importancia de reconocer aspectos positivos y negativos de cada persona, haciendo énfasis en los aspectos positivos y únicos de cada persona y en las cuestiones internas más que en el aspecto físico.
- Se les pedirá que contesten el formato para el desarrollo de la autoestima (ver anexo 5), comentarios y retroalimentación sobre el ejercicio.
- El terapeuta le proporciona a las participantes un pliego grande de papel y les pide que dibujen individualmente cómo consideran que es la forma de su cuerpo, una vez que han dibujado su cuerpo de acuerdo a su propia percepción, se les pide que por parejas dibujen mutuamente con un color diferente la silueta real sobre el mismo pliego de papel. Posteriormente se comparan ambos dibujos y se comenta qué tan real es la percepción de cada una de las participantes.
- Se preguntará a las asistentes si alguna vez se han sentido insatisfechas con su cuerpo o si alguna persona les ha dicho que están pasadas de peso, lo cual

podrá ser abordado por el terapeuta ayudando a eliminar ideas irracionales o distorsiones cognitivas.

- Conclusiones generales sobre esta sesión, se les solicita que acudan a la próxima sesión con ropa adicional con la cual pueda verse la mayor parte de su cuerpo, por ejemplo shorts, top, traje de baño, etc. Se les hace un agradecimiento por su asistencia y la invitación a la tercera sesión del taller.

Sesión 3

- Bienvenida y resumen de la sesión anterior.
- Se hace una explicación sobre los parámetros de una alimentación saludable y las conductas alimentarias de riesgo y sus consecuencias negativas tanto para la salud física como psicológica, tomando ciertas precauciones como no describir a detalle las conductas bulímicas ya que esto podría despertar la curiosidad de las participantes y provocar un efecto contrario al deseado.
- Se les pide que se pongan la ropa que se les solicitó en la sesión anterior y que se coloquen frente a un espejo de cuerpo completo, se les pide que comenten qué es lo que ven de manera espontánea y se toma nota de las palabras de cada participante. Posteriormente se les pide que observen detenidamente cada parte de su cuerpo comenzando por el cabello, la frente, los ojos, la nariz, las orejas, la boca la barbilla, el cuello, y así sucesivamente hasta llegar a la punta de los dedos de los pies haciendo una descripción objetiva de cada parte, sin emitir juicios como “es horrible”, “está fea” o “es más grande de lo que debería” sino simplemente describirla. Al terminar de describir la última parte del cuerpo se comenta qué es lo que opinan ahora de su cuerpo, se realiza retroalimentación sobre lo experimentado por cada una con el apoyo del terapeuta para detectar y modificar ideas irracionales o distorsiones cognitivas.
- Se pedirá a las participantes que relaten alguna situación de conflicto en la actualidad que les provoque malestar y los pensamientos, sentimientos y conductas que esto genera. Una vez que se tiene conocimiento de las

diferentes situaciones que causan malestar a las participantes, se pedirá a cada una que escriba en una hoja de papel dicha situación y que describa las sensaciones que registra en su cuerpo, dichas sensaciones serán situadas en una escala del 0 al 10, donde 0 es ausencia de sensación y 10 es el nivel más alto de sensación.

Después se les enseñará cómo respirar de manera abdominal, es decir, inhalar en 4 tiempos tratando de llevar el oxígeno hasta el abdomen, sostener el oxígeno en 4 tiempos, exhalar en 4 tiempos, sostener la respiración en 4 tiempos y así sucesivamente. Se les pedirá que efectúen esta instrucción mientras repasan mentalmente la situación que escribieron, se vuelve a evaluar el nivel en que cada una experimenta las sensaciones en una escala de 0 a 10 y si no ha bajado hasta 0, se vuelve a realizar la respiración abdominal mientras se hace el repaso de la situación las veces necesarias. Cuando las adolescentes reportan que la situación escrita les provoca un nivel de sensaciones entre 0 y 1 es tiempo de comentar y retroalimentar el ejercicio. Se pedirá a las participantes que lleven a cabo esta misma forma de respiración en nuevas situaciones que les causen malestar, sobre todo cuando consideren que están cerca de recurrir a alguna conducta de riesgo.

- Conclusiones generales sobre esta sesión, agradecimiento e invitación a la cuarta sesión del taller.

Sesión 4

- Bienvenida y resumen de la sesión anterior.
- Se pedirá a las participantes que escriban alguna situación en la que comúnmente se sienten preocupadas por el peso, con deseos intensos de comer demasiado o de realizar alguna conducta alimentaria inadecuada. Se elegirá una o dos de las situaciones escritas y mediante juego de roles se escenificará dicha situación. Primero, una voluntaria escenificará la situación diciendo en voz alta todos aquellos pensamientos que aparezcan y lo que sucede. Después, el terapeuta escenificará la misma situación pero

cambiando los pensamientos por auto-instrucciones, por ejemplo: “respira profundo”, “aléjate”, “cierra el refrigerador” “haz otra cosa”, etc. al mismo tiempo que efectúa dicha instrucción. Al finalizar se pedirá a otra voluntaria que vuelva a escenificar la situación pero esta vez dándose auto-instrucciones y llevándolas a cabo. Se hará una retroalimentación del ejercicio.

- Se lee ante las participantes una serie de testimonios de chicas que han sufrido algún tipo de problema alimenticio o que se encuentran insatisfechas con su peso o su imagen corporal, se les incita a comentar las recomendaciones que ellas le darían a cada chica del testimonio. El terapeuta podrá completar dichas recomendaciones haciendo referencia al uso de conductas incompatibles con las conductas no deseadas, por ejemplo, llamar a alguien por teléfono, salir a caminar, escribir lo que está sintiendo y pensando, jugar videojuegos, leer, realizar sus deberes o cualquier otra actividad de su preferencia de acuerdo a su estilo de vida. Se hará una retroalimentación del ejercicio.
- Se realizará una relajación guiada incluyendo elementos de presión social hacia la delgadez y la reducción de la tensión experimentada en cada caso.
- Conclusiones generales sobre esta sesión, agradecimiento e invitación a la última sesión del taller.

Sesión 5

- Bienvenida y resumen de la sesión anterior.
- Se pide a las participantes que mencionen aquellas situaciones en las que consideran que no ha podido establecer relaciones interpersonales satisfactorias y que señalen cuál es su forma de actuar cuando interactúan con otras personas. Se explora si existen pensamientos anticipatorios como: “no les voy a caer bien” o “no encajaría en este grupo” y se realizan ensayos con juego de roles en los cuales se cambien esos pensamientos por otros más positivos. Posteriormente se realizan más ensayos con situaciones hipotéticas para llevar a cabo otras estrategias de socialización como escuchar

activamente, empatía, hacer y recibir cumplidos, utilizar un lenguaje corporal adecuado, tomar la iniciativa en conversaciones y mantenerlas, hablar de uno mismo y hablar con personas del sexo opuesto o con un grupo de personas. Se realiza retroalimentación sobre el ejercicio.

- Se explica el concepto de asertividad y las técnicas principales (banco de niebla, disco rayado, pregunta asertiva, etc.), posteriormente se le pide a las participantes que mencionen aquellas situaciones en las que consideran que no ha actuado asertivamente, es decir, que no han defendido sus derechos o que no se han expresado como le gustaría. Luego se elige alguna de esas situaciones y se representa por medio de juego de roles, primero observando cómo responden comúnmente las adolescentes y después el terapeuta tomará su lugar mostrándoles maneras más asertivas de responder.

Cuando se observa que las participantes son capaces de responder de manera asertiva en los ensayos de cada situación se plantean situaciones futuras con sus opciones de respuesta y se hacen nuevas representaciones.

- Se les recuerda a las participantes que esta es la última sesión del taller y que es importante que comenten qué les ha parecido, qué han aprendido y en qué consideran que les ha ido útil. Se les agradece su atención y se les pide que completen su participación asistiendo a la sesión de post-evaluación y a la de seguimiento después de un año.

FASE 3- POST-EVALUACIÓN

- Medición del Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$).
- Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)

FASE 4- SEGUIMIENTO DESPUÉS DE UN AÑO

- Medición del Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$).
- Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR)
- Revisión de los criterios del DSM-IV para la bulimia nerviosa.

CONCLUSIONES

La bulimia nerviosa es un padecimiento que conlleva consecuencias físicas y psicológicas muy peligrosas en las personas que la padecen, sin embargo continúa siendo muy complicado erradicar su aparición dado que los medios de comunicación y la sociedad en general tienen una valoración muy marcada hacia la belleza física y la delgadez. Dado que los adolescentes se encuentran en una etapa de transición y desarrollo de su identidad, es mucho más probable que se encuentren influenciados por esta idea y que busquen encajar en los cánones establecidos, sin embargo tal búsqueda en muchas ocasiones les provoca frustración y los orilla a llevar a cabo conductas inadecuadas que más tarde desembocan en algún trastorno alimenticio.

Además de la búsqueda de una identidad, los adolescentes también se esfuerzan por pertenecer a ciertos grupos, sin embargo, quienes presentan preocupación por la imagen y el peso son propensos a caer en grupos de adolescentes que crean páginas en internet como por ejemplo “pro Ana y Mía” donde comparten recomendaciones sobre la manera más fácil de vomitar y no ser descubiertas por las personas que las rodean, lo cual aumenta la incidencia del trastorno e imposibilita su pronta detección.

Es sorprendente leer comentarios de chicas desde los 11 años que manifiestan su deseo de ser bulímicas y ser escuchadas por personas que padecen la misma preocupación por el peso y la talla. Para ellas pertenecer al selecto grupo “pro Ana y Mía” es algo que las ilusiona sin darse cuenta que lo único que promueven este tipo de páginas es que más personas se acerquen a conductas de riesgo que las pueden llevar a consecuencias tan peligrosas como la muerte.

Mucho se ha hablado sobre la bulimia nerviosa e incluso se ha llegado a plantear la idea de quitar atención a la sobrevaloración de una figura delgada, una

estrategia ya realizada es la de eliminar la talla 0 de las tiendas de ropa o no contratar modelos demasiado delgadas, sin embargo el estereotipo continúa y la mayoría de las personas siguen considerando que una persona delgada es más bella que una persona con peso normal o con peso alto, con lo cual se comprueba que dichas estrategias no han funcionado del todo.

Además de realizar una intervención con las personas con bulimia nerviosa, reafirmamos en este trabajo que sería de mucha mayor utilidad realizar campañas para la prevención de los trastornos alimenticios en las cuales se ponga mayor énfasis en la belleza interior de las personas que en la exterior, ya que probablemente esto contribuiría a que no se instalen ideas irracionales y distorsiones cognitivas sobre el peso y la talla en las adolescentes, además de ofrecer información sobre hábitos alimenticios adecuados así como estrategias de asertividad, autoestima y relajación para prevenir que aparezca o que aumente la preocupación por el peso o la talla.

Además de la prevención, existen otros retos relacionados con la bulimia, en primer lugar deben realizarse modificaciones en la forma de evaluarla para evitar confusiones con otros trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo, ya que las características son muy parecidas y resulta complicado determinar cuándo es una u otra.

Otra dificultad es que las personas con bulimia nerviosa presentan peso normal o peso alto, contrario a la anorexia en la cual la persona es muy delgada; dicha situación complica que se detecten tempranamente los síntomas bulímicos ya que es difícil imaginar que alguien con peso normal tenga esas preocupaciones. También es importante señalar que las personas con algún trastorno alimentario en raras ocasiones aceptan que lo padecen, y cuando acuden a recibir algún tipo de tratamiento es porque las personas que le rodean lo llevan, no porque así lo desee, lo cual imposibilita que el consultante reciba

tratamiento oportunamente y que al recibirlo, no haya progresos significativos dado que no está convencido de necesitarlo.

Una de las razones que creemos que influye en la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento y prevención de la bulimia nerviosa, es que no sólo está dirigida a eliminar los síntomas, sino que, al tocar también las cuestiones del pensamiento y las emociones, se puede tener un mayor conocimiento de la raíz de los síntomas y con esto, lograr que exista menos probabilidad de recaídas.

Tras haber descrito los estudios sobre bulimia nerviosa y haber analizado las ventajas y limitaciones del tratamiento cognitivo-conductual individual, grupal, con manual de autoayuda y la intervención preventiva, nos damos cuenta de que las todas representan una herramienta de gran utilidad para la recuperación de estas consultantes, sin embargo prevenir puede ayudar de manera más consistente y con mayores efectos a largo plazo porque se presentarían menos casos, lo cual también implica una reducción de los costes sociales, personales, y familiares.

A partir de lo anterior, podemos afirmar que los objetivos planteados han sido cubiertos satisfactoriamente, ya que la revisión y análisis de la literatura permitió que se realizara una propuesta de intervención preventiva desde la perspectiva cognitivo-conductual, para atender a adolescentes que presentan bulimia nerviosa además de brindar información y apoyo psico-educativo a los padres.

Por último, se propone que se realicen más estudios sobre este trastorno en México, ya que en la actualidad se dispone de muy poca información sobre la bulimia nerviosa y su progreso en nuestra población, asimismo, se invita a que estudios futuros comprueben la eficacia de la propuesta de intervención preventiva aquí presentada y reporten sus resultados para lograr establecer un mejor apoyo

tanto para los terapeutas como para los consultantes con riesgo de bulimia nerviosa.

REFERENCIAS

- Alvarez, A. R. (1995). Educación y enseñanza. En: **Educación para la salud**. (17-41). México: El manual moderno.
- Amaya, H., Mancilla, D., Vázquez, A. y Franco, P. (2010). Programas basados en la Internet para la prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación: una revisión. **Psicología y Salud, Vol. 20:** (2) ,145-157.
- American Psychiatric Association, (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, D. C, EE.UU: Author.
- American Psychiatric Association, (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Revised text. Washington, D. C, EE.UU: Author.
- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A.,Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N. (2004). Guided Self-help versus Cognitive-Behavioral group therapy in the treatment of Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders. Vol. 35:** 522-537.
- Bakke, B., Mitchell, J., Wonderlich, S. y Erickson, R. (2000). Administering Cognitive-Behavioral Therapy for bulimia Nervosa via Telemedicine in rural settings. **International Journal of Eating Disorders. Vol. 30:** 454-457.
- Bara, C. N., Williams, J., Pombo, C. M. G., Reid, Y., Murray, K., Aubin, S. (2004). A preliminary investigation into the Feasibility and Efficacy of a CD- ROM-Based Cognitive- Behavioral Self- help Intervention for Bulimia Nervosa. **The International Journal of Eating Disorders. Vol. 35:** (4), 538-548.

- Barjau, R. y Guerro, P. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia y bulimia nerviosas. En Chinchilla, A. **Trastornos de la conducta alimentaria.** (222-238) México: Masson.
- Beck (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders.** New York: International Universities Press.
- Behar, R. y Figueroa, G. (2004). **Anorexia nerviosa y bulimia.** Chile: Mediterráneo.
- Bergner, R. (Julio, 2005) Status Dynamic Treatment of a Case of Bulimia. **Clinical Case Studies** Vol 4: (3) 295-303 Disponible en: <http://ccs.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/3/295>
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., McIntosh, V. V., Joyce, P. R. (1999). Predictors of Rapid and Sustained Response to Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders.** Vol. 26: (2).137-144. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/62003831/PDFSTART>
- Caballo, V. (1991). **Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta.** México: Siglo XXI.
- Calvo, S. R. (2002). Tratamiento Cognitivo- Conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García. **Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.** (191- 213). España: Masson.
- Canetti, E. (1999). Ejercicio físico, deporte y trastornos del comportamiento aliementario. En: Toro, J. **El cuerpo como delito.** (196-236).España: Ariel Ciencia.

Carter, F. A., McIntosh V. V. W., Joyce, P. R., Gendall K. A., Frampton, C. M. A., Bulik, C. M.(2004). Patterns of Weight Change after Treatment for Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**.Vol. 36: (1), 12- 21. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15868114>.

Carter, F.F., Bulik, C.M., McIntosh, V.V., Joyce, P.R. (2001). Changes in cue reactivity following treatment for Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 29: 336-344.

Carter, J., Olmsted, M., Kaplan, A., McCabe, R., Mills, J., Aimé, A. (2003). Self-Help for Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. **American Journal of Psychiatry**. Vol. 160: (5), 973–978. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/160/5/973>.

Casullo, M. (2003). **Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica**. Argentina: Paidós.

Celis, E. A., y Roca, V. E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. **Acción Psicológica**. Vol. 8, (1), 21-33. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2011-numero1-0002&dsID=Documento.pdf>

Chen, E., Touyz, S., Beumont , P., Fairburn, C., Griffiths, R., Butow, P. y otros. (2003). Comparison of Group an Individual Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 33. 241-254.

Chinchilla, A. (1994). **Anorexia y bulimia nerviosas**. España: Ergón.

Chinchilla, A. (2003). **Trastornos de la conducta alimentaria**. México: Masson

- Coleman, J. C. y Hendry, L.B. (2003). **Psicología de la adolescencia**. España: Morata.
- Crow, S. J, Frisch, M. J, Peterson, C. V, Croll, J, Raatz, S. K y Nyman, J. A. (2009). Monetary Costs Associated with Bulimia. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 42: (1). 81-83. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20581/pdf>
- Crow, S. J., Peterson, C. V., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. **American Journal of Psychiatry**. Vol. 166: (12). 1342–1346. Disponible en: [http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/166/12/1342?maxto show=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTIND EX=40&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT](http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/166/12/1342?maxto%20show=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTIND EX=40&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT)
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. **Psykhe**. Vol.17: (1), 81-90. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08.pdf>
- Davis, R., McVey, G., Heinmaa, M., Rockert, W., Kennedy, S. (1999). Sequencing of Cognitive-Behavioral Treatments for Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 25: (4).361–374. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/user/accessdenied?ID=61004144&Act=2138&Code=4717&Page=/cgi-bin/fulltext/61004144/PDFSTART>
- Díaz, C. (2005). Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. **Cuadernos de Psicología del**

Deporte. Vol. 5: (2). 67-80. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=227017567005>

Diéguez, P. M. (1999). La terapia interpersonal de la bulimia nerviosa. **Psiquiatría Pública.** Vol. 11: (2). 118-121. Disponible en: http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf11_2/formacionContinua.pdf

Domínguez, G. L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. **Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología.** Vol. 4: (1), 69-76. Disponible en: http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf

Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. y Herzog, D. (2008). Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. **American Journal of Psychiatry.** Vol. 165: (2), 245-250. Disponible en:
[http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/165/2/245?maxto show=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTIND EX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT](http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/165/2/245?maxto%20show=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTIND EX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT)

Ellis, A. y Abrahams, E. (1989). **Terapia Racional Emotiva TRE.** México.: Pax.

Escoto, P., Camacho, R., Rodríguez, H. y Mejía, C. (2010). Programa para Modificar Alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato. **Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.** Vol. 1: (2), 112-118. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/11>

Fernández, A. y Turón, G. (2004). **Trastornos de la alimentación, guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.** España: Masson

- Flores, P. (2002). Los jóvenes y el cuidado de su cuerpo. En: López, S. **Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones II**. México: Zendová ediciones. Cap. 9.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1987). Métodos de cambio cognitivo. En: Kanfer, F. H. y Golstein, A. P. **Cómo Ayudar al cambio en psicoterapia**. España: DDB.
- Gorab, A. e Iñarritu, M. C. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. **¿Cómo ves?** México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guadarrama, R. y Mendoza, S. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. **Enseñanza e investigación en Psicología. Vol. 16:** (1). 125-136. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29215963011.pdf>
- Hernández, E. V., Trava, G. M., Bastarrachea, S. R. y Laviada, M. H. (2003). Trastornos bioquímicos y metabólicos de la bulimia nerviosa y la alimentación compulsiva. **Salud Mental. Vol. 26:** (3). 9-15. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232602.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 resultados por entidad federativa, Distrito Federal**. (1-105). Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/DistritoFederal.pdf>
- Jáuregui, I. (2006). A clasificar, cumpliendo criterios. En Jáuregui, I. **La cárcel del cuerpo**.(49-54). España: Grafema.
- Kanfer, H. F. y Golstein, P. A. (1987). **Cómo ayudar al cambio en psicoterapia**. España: DDB.

Kazdin, A. D. (1983). **Historia de la Modificación de Conducta**. España: DDB.

Krauskopof, D. (consultado en 2011). **El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios**. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/adolescenza2.pdf>

Largo, G. (2003) Etiopatogenia de la bulimia nerviosa. En Chinchilla, A. **Trastornos de la conducta alimentaria**. (31-36) México: Masson

Le Grange, D., Schmidt, U. (2005) The treatment of adolescents with bulimia nervosa. **Journal of mental health**. Vol. 14: (2), 587- 597. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117924915/PDFSTART?CRENTRY=1&SRETRY=0>

Leung, N., Waller G., Thomas G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: the role of core beliefs. **Behaviour Research and Therapy** Vol. 38 (2000) 145-156.

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**. Vol. 45. 649–661. Disponible en: <http://www.elsevier.com/locate/brat>

López-Guimerá, G., Sánchez-Carracedo, D., y Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. **Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios**. Vol. 2. 125-147. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/184>

Lundgreen, D. J., Danoff-Burg, S. y Anderson, D. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: An empirical Analysis of Clinical Significance. **International Journal of Eating Disorders**, Vol. 35: (3), pp. 262-274.

Mahoney, M. (1988). **Cognición y Modificación de Conducta**. México: Trillas.

Mancilla, J. M., Franco, K., Álvarez, G., López, X., Vázquez, R. y Ocampo, T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. **Psicología y Ciencia Social**, Vol. 6: (2), pp. 56-65.

Mancilla, J.M., Gómez, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X y Acosta, V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En Mancilla, J.M. y Gómez, G. **Trastornos alimentarios en Hispanoamérica**. (123-157). México: Manual moderno.

Marqués, F. (2001). Marco teórico de la promoción y la educación para la salud. En: Sáez, S., Font, P., Pérez, R. y Marqués, F. **Promoción y educación para la salud**. (19-41). Milenio: Lleida.

McKay, M.; Davis, M y Fanning, O. (1990). **Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés**. México: Martínez Roca.

Meichenbaum, D. J. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En: Linn, S. J. y Garske. **Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos**. (331-362). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Meichenbaum, D.J. (1988). **Manual de Inoculación de Estrés**. México: Manual Moderno.

- Meichenbaum, D. J. y Genest, M. (1987). Modificación de conducta cognitiva. Una integración de los métodos cognitivos y conductuales. En: Kanfer, F y Goldstein, A. **Cómo ayudar al cambio en psicoterapia**. España: DDB.
- Mitchell, J.E., Halmi, K., Wilson, G.T., Agras, W.S., Kraemer, H., Crow, S. (2002). A randomized secondary treatment study of women with Bulimia Nervosa who fail to respond to CBT. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. **32**: 271-281.
- Nevonen, L. y Broberg, A. (2006). A Comparison of Sequenced Individual and Group Psychotherapy for Patients with Bulimia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, Vol. **39**: (2). 117-127. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/user/accessdenied?ID=112125643&Act=2138&Code=4717&Page=/cgi-bin/fulltext/112125643/PDFSTART>
- Nevonen, L., Anders G. (2003). A Comparison of Sequenced Individual and Group Psychotherapy for Patients with Bulimia Nervosa. This paper was presented as a poster at the annual meeting of the international society for eating disorders research society, November 19-20, 1999. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/104084141/PDFSTART>
- Openshaw, C., Waller, G., Spelinger, D. (2004). Group cognitive-Behavior Therapy for bulimia Nervosa: Statistical Versus Clinical Significance of changes in Symptoms across Treatment. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. **36**: 363-375.
- Papalia, D. y otros (2005). Adolescencia. En: **Desarrollo humano**. México: Mc. Graw Hill. Cap. 5. Pág. 427.
- Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engbloom, S., Nugent, S., Pederson, M. M., Miller, J. P. (1998). Group Cognitive-Behavioral Treatment of Binge Eating

Disorder: A Comparison of Therapist-Led Versus Self-Help Formats. **International Journal of Eating Disorders**. Vol. 24:(2). 125–136. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi bin/fulltext/34779/PDFSTART>

- Phares, E. y Trull, T. (1999). Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales. En: **Psicología clínica. Conceptos métodos y práctica**. 379-402.
- Pineda, G. y Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. **Revista Mexicana de Psicología**. Vol. 23: (1). 87-95. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2430/243020646011.pdf>
- Pintado, M. Y., Jiménez, H. Y., Padilla, R. M., Guerra, C. J. y Antelo, C. M. (2010). Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. **Norte de Salud Mental**. Vol. 8: (37). 89-100. Disponible en: <http://www.ome-aen.org/NORTE/37/89-100.pdf>
- 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**. Vol. 36:(2). 144-156. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi bin/fulltext/109569684/PDFSTART>.
- Raeuori, A., Kaprio, J., Hoek, H., Sihvola, E., Rissanen, A., y Keski-Rahkonen, A. (2008). Anorexia and Bulimia Nervosa in Same-Sex and Opposite-Sex Twins: Lack of Association With Twin Type in a Nationwide Study of Finnish Twins. **American Journal of Psychiatry**. 165: (12).1604–1610. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=100403>

Rava, M. y Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 2). Desde la etiología hasta la prevención. **Archivos argentinos de pediatría. Vol. 102:** (6). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752004000600010&script=sci_arttext

Ribes, I. E. (1980). **Técnicas de Modificación de Conducta.** México.: Trillas.

Ribes, I. E. (1981). **Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del Análisis Conductual.** México: UNAM Iztacala.

Rivera, M. (2002). La adolescencia, el cuerpo y la salud. En: López, S. **Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I.** México: CAPAC. Cap. 14

Rivera, M. (2004). **El adolescente, su cuerpo y la sociedad moderna.** México: CEAPAC.

Roca, E. y Roca, B. (2001). **La bulimia nerviosa y su tratamiento: terapia cognitivo conductual de Fairburn.** Disponible en: <http://www.comportamental.com/articulos/15.htm>

Rodríguez, S., Mata, J. y Moreno, S. (2007). Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. **Clínica y Salud. Vol. 18.** (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000100007&script=sci_arttext

Romano, S., Halmi, K., Sarkar, N., Koke, S. y Lee, J. (2002). A Placebo-Controlled Study of Fluoxetine in Continued Treatment of Bulimia Nervosa After Successful Acute Fluoxetine Treatment. **American Journal of Psychiatry. Vol. 159:** (1), 96-102. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/1/96?>

maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTINDEX=10&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT

Rushing, M. J., Jones, E. L. y Carney, P. C. (2003). Bulimia Nervosa: A Primary Care Review. **Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry**, **Vol. 5:** (5), 217-224.

Ruíz, M. A., González, S. R. y Valdez, N. S. (2005). Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. **Episteme**. **Vol. 3:** (1). Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero2-05/impresiones/a_sintomatologia.asp

Ruíz-Lázaro, P., Comet, P. (2002). La prevención de trastornos alimentarios es posible: experiencia del programa escolar controlado del grupo Zarima Prevención. **Psiquiatría**. **Vol. 6:** (5). Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psiquiatria.com%2Fvistas%2Findex.php%2Fpsiquiatriacom%2Farticle%2Fdownload%2F368%2F351%2F&ei=lql9UJOcHcaA2wXo24GIBg&usq=AFQjCNGzuAqwjvKfwZ1DSX8VGekV0_GwJw&sig2=1NyyvxBfQgbPJthnViFL7Q

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. **Psicothema**. **Vol. 13** (3). 381-392. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>

Saldaña, C. (2001). Perspectiva global de los trastornos del comportamiento alimentario. En: Saldaña, C. **Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente**. (101-123). España: Ediciones pirámide.

San Sebastián, J. (2003). Trastornos de la alimentación de inicio precoz (prepuberal). En Chinchilla, A. **Trastornos de la conducta alimentaria.** (149-159). México: Masson.

Schapman-Williams, A., Lock, J. (2007) Using Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Adolescent-Onset Bulimia Nervosa: A Case Study. **Clinical Case Studies Vol 6:** (6) 208-524. Disponible en: <http://ccs.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/6/508>

Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. **American Journal of Psychiatry, Vol. 164,** pp. 591-598. Disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?SQ=A+randomized+controlled+trial+of+family+therapy+and+cognitive+behavior+therapy+guided+selfcare+for+adolescents+with+bulimia+nervosa+and+related+disorders>.

Segercrantz, U. (2006). Treating Bulimics in Groups. **Group Analysis Vol: 39,** 257-272. Disponible en: <http://gaq.sagepub.com/cgi/content/abstract/39/2/257>

Shaffer, D. (2000). **Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia.** México: Thomson Learning.

Sierra, P. M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. **Diversitas perspectivas en psicología. Vol. 1:** (1). 79-87. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/679/67910108.pdf>

Slaikeu, K. (1988). **Intervención en crisis.** México: El manual moderno.

Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., Austin, J. (2000). Why the High Rate of Dropout from Individualized Cognitive-Behavior

Therapy for Bulimia Nervosa?. **International Journal of Eating Disorders**.
Vol. 28: (2). 209-214. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/72511361/PDFSTART>

Steinhausen, H. y Weber, S. (2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. **American Journal of Psychiatry**.
166: (12).1331–1341. Disponible en:
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=101386>

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. **American Journal of Psychiatry**. **Vol. 157:** (3). 393-401. Disponible en:
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=174007>

Sysko, R. y Walsh, T. (2008). A critical evaluation of the efficacy of Self-Help interventions for the treatment of Bulimia Nervosa and Binge-Eating disorder. **International Journal of Eating Disorder**. **Vol. 41:** 97-112.

Tantillo, M. (1998). A relational approach to group therapy for women with bulimia nervosa: moving from understanding to action. **International Journal of Group Psychotherapy**, **Vol. 48:** (4), pp. 477-498. Disponible en:
http://proquest.umi.com/pqdweb?SQ=a+relational+approach+to+group+therapy+for+women+with+bulimia+nervosa%3A+moving+from+understanding+to+action&DBId=5440&date=ALL&onDate=&beforeDate=&afterDate=&fromDate=&toDate=&pubtitle=&author=&FT=0&AT=any&revType=review&revPos=all&STYPE=all&sortby=REVERSE_CHRON&RQT=305&querySyntax=PQ

Thields, C., Schmidt, U., Treasure, J., Garthe, R. y Troop, N. (1998). Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. **The American Journal of Psychiatry**, **Vol. 155:** (7), pp. 947-953. Disponible

en:http://proquest.umi.com/pqdweb?SQ=guided+selfchange+for+bulimia+ner+vosa+incorporating+use+of+a+selfcare+manual&DBId=5440&date=ALL&onDate=&beforeDate=&afterDate=&fromDate=&toDate=&pubtitle=&author=&FT=0&AT=any&revType=review&revPos=all&STYPE=all&sortBy=REVERSE_CHRON&RQT=305&querySyntax=PQ&searchInterface=1&moreOptState=CLOSED&TS=1227297345&h_pubtitle=&h_pmid=&clientId=39522&JSEnabled=1

Tinahones, F. (2003). **Anorexia y bulimia, una experiencia clínica**. España: Díaz de Santos.

Toro, J., Cervera, Feliu, M. H., Garriga, N., Jou, M. y Martínez E. (2003). Exposición señalada en el tratamiento de los resistentes Bulimia Nerviosa. **The American Journal of Psychiatry**. Vol. 34:(2), 227-234. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/104549051/PDFSTART>

Trompeter, J. (2006). Cognitive Behavioral Therapy and Bulimia Nervosa: Is It Better than other Treatments and Who Does It Work for?. **The New School Psychology Bulletin**. Vol. 4: (1), 101-113. Disponible en: www.newschool.edu/nssr/bulletin/pdfs/vol04no01/Trompeter_Final.pdf

Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo, T., Trujillo, E., García, F. y Trejo, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. **Revista de Investigación Clínica**. Vol. 26: (5), 424-432.

Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. **Salud Mental**. Vol. 25: (2), 49-57.

Vallejo, Castro y Arboleda (2002). Dimensión ideal estético. En: Arboleda, R. **El cuerpo en boca de los adolescentes**. (199-228). Colombia: Kinesis.

- Van den Eynde, F. y Schmidt, U. (2008). Treatment of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder, **Psychiatry, Vol. 5:** (4),pp. 161-166.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. **Archivos de Medicina Interna. Vol.33:** (1), 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_abstract
- Von Ranson, K., Kaye, W., Weltzin, T., Rao, R. y Matsunaga, H. (1999). Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Before and After Recovery From Bulimia Nervosa. **The American Journal of Psychiatry. Vol. 156:** (11), 1703-1708. Disponible en: [http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/11/1703?maxto show=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTIND EX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT](http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/11/1703?maxto%20show=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=bulimia&searchid=1&FIRSTIND EX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT)
- Walsh, B. T., Fairburn C. G., Mickley D., Sysko R., Parides M. K. (2004) Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. **The American Journal of Psychiatry. Vol. 161** (3), 556- 561. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/161/3/556>.
- Walsh, J., Wheat, M., y Freund, K. (2000). Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders. **J Gen Intern Med. Vol. 15.** 577–590. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x/full>
- Weissmann, P. (2011). Adolescencia. **Revista Iberoamericana de Educación.** 1-8. Disponible en:<http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>
- Weiner, B. I. (1992). **Métodos en Psicología Clínica.** México: Noriega Editores.

- Weitzner, A. (2008). Bulimia: “vomito la vida con tal de ser delgada”. En: **Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo** (61-83). México: Pax México.
- Wilson, T y Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. **The Lancet. Vol. 365** (9453), 79-81. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17669-1/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17669-1/fulltext#article_upsell)
- Wilson, T. y Sysko, R. (2009). Frequency of Binge Eating Episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Diagnostic Considerations. **International Journal of Eating Disorders. Vol. 42:** (7), 603–610. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20726/abstract>
- Zeeck, A., Herzog, T. y Hartmann, A. (2004). Day Clinic or Inpatient Care for Severe Bulimia Nervosa?. **European Eating Disorders Review. Vol. 12,** 79-86. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/104537608/PDFSTART>
- Zurro, M., Badia, G. y Loren, S. (1999). Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Zurro, M. y Cano, P. **Atención primaria Vol. 1.** (421-437). España: Harcourt.

ANEXO 1

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Unikel, Nuño, Celis, Saucedo, Trujillo, García y Trejo, 2010.

Instrucciones: Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------|---------|--------------------------------------|---|
| Nunca o Casi Nunca | A Veces | Con frecuencia 2 veces en una semana | Con mucha frecuencia más de 2 veces en una semana |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me ha preocupado engordar | | | | |
| 2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida | | | | |
| 3. He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) | | | | |
| 4. He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso | | | | |
| 5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) | | | | |
| 6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso | | | | |
| 7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso | | | | |
| 8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuáles: _____ | | | | |
| 9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuáles: _____ | | | | |
| 10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuáles: _____ | | | | |

ANEXO 2

EXPLORACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS FAMILIARES

Conteste lo siguiente:

- 1- ¿Hay horarios específicos para los alimentos? ¿cuáles?
2. ¿Come toda la familia junta? ¿Por qué?
3. ¿Describa el tipo de alimentos que consume frecuentemente la familia?
4. ¿Alguien de la familia realiza dietas frecuentemente?
5. ¿Generalmente la hora de la comida es un momento agradable o conflictivo?
¿Por qué?
6. ¿Realizan comidas fuera de casa con frecuencia?
7. ¿Ha notado que falta comida en la alacena o el refrigerador?
8. ¿Ha notado que alguno de sus hijos está demasiado preocupado por lo que come?
9. ¿Ha notado cambios de humor repentinos en alguno de sus hijos?

ANEXO 3

EXPLORACIÓN DE LA INFLUENCIA FAMILIAR EN LA INSATISFACCIÓN CORPORAL

1. ¿Es importante para la familia que todos sus miembros mantengan un buen peso y figura corporal?

2. ¿Suele suceder que alguien de la familia critica a las personas con sobrepeso?

3. ¿Considera que las personas con sobrepeso son menos atractivas que las personas delgadas?

4. ¿Alguna vez le ha comentado directamente a alguno de sus hijos que está engordando?

5. ¿Frecuentemente se elogia a alguien cuando se le ve más delgado?

6. ¿Se preocupan demasiado cuando observan que algún miembro de la familia está subiendo de peso?

7. ¿Alguno de los progenitores se preocupa demasiado por su aspecto físico?

8. ¿En la familia se compran frecuentemente revistas de moda?

Trastornos Alimenticios

Los trastornos de la alimentación representan uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población adolescente y uno de los padecimientos más letales (Cruzat y cols., 2008).

Según el Instituto Nacional de Salud Pública, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2006 reflejan que tan solo en el Distrito Federal hubo más de 300 000 adolescentes entre 10 y 19 años que dijeron haber incurrido en alguna conducta alimentaria de riesgo como: haber llevado a cabo el vómito auto inducido, haber utilizado pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso y haber perdido el control sobre lo que comen, conductas que sugieren el inicio o la presencia de alguno de los distintos trastornos alimenticios.

Anorexia Nerviosa

Pérdida significativa de peso, evitación del consumo de alimentos, , distorsión de la imagen corporal, temor a engordar .

Bulimia Nerviosa

Episodios en los cuales se presentan atracones con los alimentos y después se realizan conductas compensatorias para eliminar lo que se ingirió en el atracón, estas conductas pueden ser la ingesta de laxantes o diuréticos, el ayuno, la práctica de ejercicio excesivo o el vómito (Rushing y cols., 2003; Weitzner, 2008).

Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados

Son aquellos que no cumplen por completo los criterios para anorexia o bulimia. El peso es normal y menstruación regular; algunas de las conductas que realizan estas personas son masticar y luego escupir grandes cantidades de comida y efectuar atracones de comida recurrentes sin llegar a la autoinducción del vómito o la purga, a esto último se le conoce como trastorno por atracón (Behar y Figueroa 2004).



Imagen tomada de: <http://www.dieta.com/articulos/bulimia-y-anorexia-enfermedades-psicosomaticas.asp&docid=SARW-XoBOnJfjM&imgurl=http://contenido.sugerimos.com/contenido/uploads/29425a.JPG&sw=300&h=252&ei=UeF->

Causas

- Baja autoestima
- Insatisfacción con el peso y la figura
- Obesidad en la infancia
- Alteraciones alimenticias en la infancia
- Temor al rechazo
- Relaciones familiares inadecuadas
- Acontecimientos estresantes tempranos
- Antecedentes psiquiátricos como depresión o abuso de sustancias
- Dificultad para la independencia
- Realizar actividades como modelaje, baile o algún otro deporte individual
- Presión social en cuanto al peso o la alimentación
- Presencia de algún trastorno alimenticio en familiares
- Personalidad obsesivo compulsiva (Chinchilla, 1994; Von Ranson y cols.,1999)

Consecuencias

- Cambios repentinos de humor
 - Hinchazón de cara, manos y pies
 - Ruptura estomacal,
 - Fallo renal e intestinal,
 - Infecciones urinarias,
 - Esofagitis, estreñimiento,
 - Deshidratación,
 - Erosión del esmalte de los dientes,
 - Mal aliento,
 - Dolor mandibular,
 - Cáncer de esófago
 - Intentos de suicidio
 - La muerte
- (Crow y cols., 2009; Steinhausen y Weber, 2009; Weitzner, 2008).

Recomendaciones para padres

- Procure que la hora de la comida sea un momento agradable.
- Cuide sus comentarios negativos acerca de las personas con sobrepeso.
- Promueva que sus hijos valoren a las personas por sus cualidades y habilidades más que por su aspecto físico.
- Procure no elogiar frente a sus hijos a las personas que están bajando de peso.
- Procure no mencionar frente a sus hijos que está descontento con su propio aspecto físico.
- Procure no consumir revistas de moda en las que aparecen modelos extremadamente delgadas.
- Procure no hacer comentarios negativos sobre el aspecto físico de sus hijos.
- Vigile de cerca la alimentación de sus hijos.
- Promueva la alimentación balanceada y la actividad física.
- Elogie a sus hijos por sus cualidades y habilidades.
- Esté atento a cambios de humor y de comportamiento de sus hijos.
- Fomente en sus hijos el amor y el respeto por su cuerpo.
- Si sospecha que su hijo (a) presenta algún trastorno alimenticio solicite apoyo psicológico..

Instituciones para el tratamiento de los Trastornos alimenticios

- Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.
Dirección: Vasco de Quiroga 15 Col. Sección XVI. Tlalpan, México, D.F.
- Fundación Ellen West
Dirección: Carretera México-Toluca 3847 Km.20.5. Cuajimalpa, México, DF.
Teléfonos: 58 12 08 77, 58 12 08 70 y 58 12 08 85
- CORA. Centro de Orientación para Adolescentes
Dirección: Ángel Urraza 1122 Col. del Valle, México D.F.
Teléfono: 55 59 84 51 y 55 59 84 53
- Centro Terapéutico Integral Libre de Adicciones
Dirección: Valentín Reyes 23 Col. San Miguel Ajusco, México, D.F.
Teléfono: 01 55 58 46 40 62
- Oceánica
Teléfonos: (669) 989 8800 y (555) 615 3333

Bibliografía

- Behar, R. y Figueroa, G. (2004). **Anorexia nerviosa y bulimia**. Chile: Mediterráneo.
- Chinchilla, A. (1984). **Anorexia y bulimia nerviosas**. España: Ergón.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. **Psyke**. Vol.17: (1), 81-90. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psyke/v17n1/art08.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 resultados por entidad federativa, Distrito Federal**. (1-105). Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/DistritoFederal.pdf>
- Rushing, M. J., Jones, E. L. y Carney, P. C. (2003). Bulimia Nervosa: A Primary Care Review. **Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry**, Vol. 5: (5), 217-224.
- Von Ranson, K., Kaye, W., Weltzin, T., Rao, R. y Matsunaga, H. (1999). Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Before and After Recovery From Bulimia Nervosa. **The American Journal of Psychiatry**. Vol. 156: (11), 1703-1708. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org>



Prevención de los Trastornos Alimenticios

Psic. Aleyda A. Salazar Horta

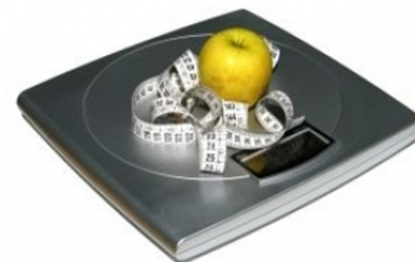


Imagen tomada de:
<http://www.cardioconsulta.com/2012/07/24/trastornos-alimenticios>

ANEXO 5

FORMATO PARA EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA

1. Descríbete detalladamente a ti mismo (a) en cuanto a tus características internas y personales, tanto lo que consideras positivo como negativo.

| Positivas | Negativas |
|-----------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2. ¿Cuáles de estas características son posibles de modificar?
-
-
-

3. ¿Cuáles de ellas te gustaría modificar?
-
-
-

4. ¿Qué puedes comenzar a hacer para modificarlas?
-
-
-