



Abordaje de un Caso de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: Rebeca Cabrera Artilles

Tutor/a: Carlos López Cavada

Fecha de realización del trabajo

05 de junio del 2022

Resumen

En el presente trabajo se describe el proceso de evaluación y tratamiento de un caso clínico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Se trata de una mujer de 27 años que demanda atención psicológica, refiriendo descontrol en sus hábitos alimentarios manifestados mediante atracones, conductas compensatorias (ejercicio excesivo y restricción) y, recientemente, con la aparición de purgas. La evaluación inicial se lleva a cabo mediante una entrevista semiestructurada y un registro de las conductas disfuncionales, decidiendo como mejor opción de intervención la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico. La paciente ha acudido a un total de 12 sesiones de una hora de duración, en las que se han empleado diversas técnicas y estrategias de diferentes orientaciones psicológicas con el fin de disminuir su malestar. A día de hoy, su evolución es muy favorable y muestra cambios significativos, aunque la terapia sigue en curso.

Palabras clave: Adultos, Caso clínico, Intervención psicológica, Trastorno de La Conducta Alimentaria No Especificado

Abstract

In the present paper we describe the process of assessment and treatment of a clinical case of Eating Disorder Not Otherwise Specified. The patient is a 27-year-old woman who requires psychological attention, referring to lack of control in her eating habits through binge eating, compensatory behaviors (excessive exercise and restriction) and, recently, with the appearance of purges. The initial evaluation is carried out through a semi-structured interview and a record of dysfunctional behaviors, deciding the best intervention option to combine psychotherapy and pharmacological treatment. The patient has attended a total of 12 one-hour sessions, in which various techniques and strategies of different psychological orientations have been used



in order to reduce her discomfort. To date, her evolution is very favorable and shows significant changes, although the therapy is still ongoing.

Keywords: Adults, Clinical case, Psychological Intervention, Eating Disorder Not Otherwise Specified

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	7
FIGURA 1	7
1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: CONCEPTUALIZACIÓN	8
TABLA 1	8
1.1. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TCANE)	9
1.2. PREVALENCIA Y CURSO	10
1.3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TCA	11
FIGURA 2	13
1.4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	13
TABLA 2	14
1.5. AVANCES E INVESTIGACIONES	15
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA	17
ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	19
FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO	20
1. VARIABLES	20
2. ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PROBLEMA	21
FIGURA 3	22
FIGURA 4	23
TABLA 3	24
TRATAMIENTO	25
VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO	29
FIGURA 5	31
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

Índice de Tablas

Tabla 1 Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de alimentos (DSM-5) 8

Tabla 2 Tratamientos para adultos 14

Tabla 3 Objetivos de tratamiento y estrategias 24



Índice de Figuras

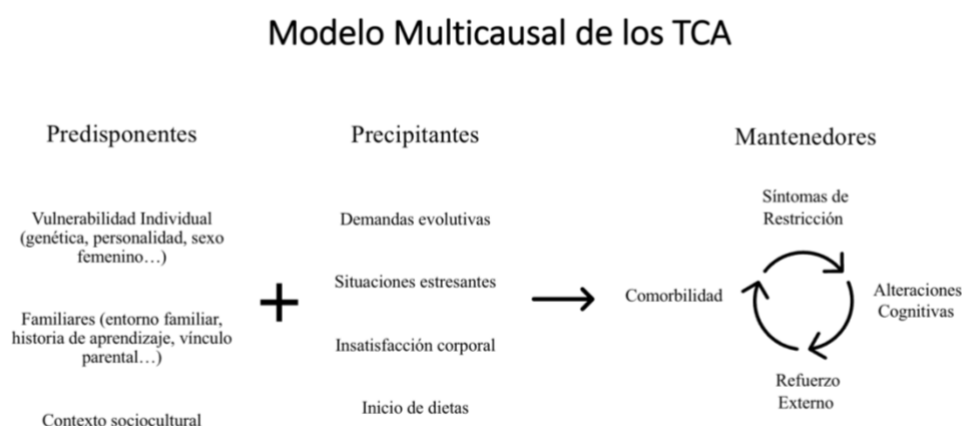
<i>Figura 1 Etiología de los TCA: modelo biopsicosocial</i>	<i>7</i>
<i>Figura 2 Modelo Cognitivo Conductual Transdiagnóstico Fairburn</i>	<i>13</i>
<i>Figura 3 Análisis Funcional Conducta Problema 1</i>	<i>22</i>
<i>Figura 4 Análisis Funcional Conducta Problema 2</i>	<i>23</i>
<i>Figura 5 Comparación PRE-POST registro conductas alimentarias</i>	<i>31</i>

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves, cuya principal población de riesgo son las adolescentes y mujeres jóvenes y donde existe una alteración tanto cognitiva como comportamental respecto a la comida, la imagen corporal y el peso, ocasionando diversos problemas físicos y psicosociales (American Psychological Association, APA, 2014). Su origen biopsicosocial explica la necesidad de abordar estas patologías desde un enfoque multidimensional, atendiendo a los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que están actuando a favor de la conducta problema (Tornero et al., 2014).

Figura 1

Etiología de los TCA: Modelo Biopsicosocial



Nota: Adaptada de “Guía de Prevención de Trastornos de Conducta Alimentaria: Programa Zarima, 2022”

Atendiendo a estos factores, Fairburn y colaboradores (2003) hallaron entre sus pacientes una sintomatología cognitiva nuclear: la sobrevaloración del físico y de su control debido a una insatisfacción corporal, así como un control excesivo sobre la ingesta a través de la restricción alimentaria.

1. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria: conceptualización

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014), conceptualiza los TCA como patologías psiquiátricas caracterizadas por una alteración en la ingesta de los alimentos y/o comportamientos drásticos destinados a controlar el peso y la figura, ocasionando problemas a nivel físico y psicosocial.

Dentro de esta categoría destacan: 1) la Anorexia Nerviosa (AN), definida por una restricción alimentaria e infrapeso, asociado a un intenso miedo a engordar y una sobrevaloración de la imagen corporal y autoevaluación; 2) y la Bulimia Nerviosa (BN), caracterizada por la presencia de atracones recurrentes y las consecuentes conductas compensatorias (vómitos, laxantes, ejercicio excesivo...). Se aprecia igualmente una alteración de la percepción corporal y temor a subir de peso (APA, 2014).

A su vez, existen otras patologías alimentarias menos conocidas que se han incorporado dentro del mismo capítulo en el DSM-5 (Tabla 1).

Tabla 1

Trastornos alimentarios y de la ingestión de Alimentos (DSM-5)

Pica

Trastorno de Rumiación

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

Anorexia Nerviosa

Bulimia Nerviosa

Trastorno por Atracón

Otro Trastorno Alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

1.1.Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)

Aunque ha habido un aumento general de casos de TCA, son las formas “atípicas” de estos trastornos las más frecuentes y cuya prevalencia más ha crecido (Galmiche et al., 2019). A estas formas subclínicas se las denomina “Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)” y se utiliza en aquellos casos cuyo trastorno no cumple con los criterios establecidos en alguna de las categorías específicas de la conducta alimentaria. Entre estos, podríamos encontrar una BN de baja frecuencia en atracones y/o conductas compensatorias, o una paciente que cumple con todos los criterios para AN pero con un peso saludable (Serra, 2015; Tornero et al., 2014).

Asimismo, entre las novedades del DSM-5 (APA, 2014), encontramos la creación de la categoría “Otro Trastorno alimentario o de la Ingestión de alimentos Especificado” incluyéndose las siguientes psicopatologías alimentarias.

- Anorexia Nerviosa Atípica: aunque el individuo cumple con los criterios para la AN, puede encontrarse en normopeso, tener reglas regulares, etc.
- Bulimia Nerviosa (baja frecuencia y/o duración): los atracones o conductas compensatorias no llegan a producirse más de una vez por semana, pudiendo además tener una duración inferior a 3 meses.
- Trastorno por purgas: pese a la ausencia de atracones, se recurre a conductas compensatorias como purgas, uso de laxantes, ejercicio excesivo, etc., en pos de influir en el cuerpo y peso corporal.
- Trastorno por Atracón (baja frecuencia y/o duración): se dan todos los criterios para el Trastorno por Atracón (TA), exceptuando la frecuencia de los atracones y comportamientos inapropiados, produciéndose de promedio menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses.

- Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: ingestión excesiva de alimentos después de cenar o al despertarse durante la noche, siendo el individuo plenamente consciente de ello, además de causar un malestar significativo y/o problemas en el funcionamiento. Este comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental como el TA, consumo de estupefacientes, alguna condición médica o medicación. Tampoco se explica mejor por factores externos (cambios en sueño vigilia, normas sociales, etc.).

El DSM-5 también destaca la definición de obesidad, resultado de un exceso en el consumo y almacenamiento de energía (kilocalorías) en comparación con la gastada a largo plazo, no considerándola una enfermedad mental (APA, 2014).

Existen otras alteraciones que, si bien aún no están catalogadas como TCA, cada vez son más comunes (Muñoz et al., 2007). Es el caso de la ortorexia, caracterizada por una preocupación patológica por la comida sana (calidad de alimentos, forma de cocinar, planificación obsesiva...) o la vigorexia, cuya preocupación excesiva se centra en la búsqueda de la perfección mediante el ejercicio exagerado, dietas hiperproteicas y suplementos deportivos, llegando incluso a generar dependencia (Muñoz et al., 2007; Serra, 2015).

1.2. Prevalencia Y Curso

Durante la última década, se ha producido un aumento en la prevalencia de los TCA, siendo la tercera enfermedad crónica más común entre la población adolescente femenina, con una relación de 9-10:1 entre mujeres y hombres (Chinchilla Moreno, 2003; Gómez del Barrio et al., 2009, citado en Tornero et al., 2014). En 2019, se realizó una estimación sobre la prevalencia existente en España cuyos datos eran de 0,14% al 0,9% para casos de AN, 0,41% al 2,9% con bulimia y una tasa del 2,76 % al 5,3% para otros trastornos de la conducta alimentaria (Moreno, 2019). Si hablamos de casos de TCANE, Fairburn y Walsh (2002) estiman que entre el 20% y el 60% de los TCA pertenecen a esa categoría. Se debe destacar que, a día de hoy, estos datos se han multiplicado de una forma alarmante tras la pandemia por

COVID-19. Varios estudios muestran que a nivel mundial no sólo hubo un empeoramiento de la sintomatología y las patologías asociadas en más de la mitad de los pacientes diagnosticados (Khraisat et al., 2022; Samatán et al., 2021), sino un incremento en la población general de nuevos casos que, debido al confinamiento, habrían instaurado conductas disfuncionales en relación a la comida (restricción, ejercicio excesivo, atracones...), siendo los adolescentes entre 13 y 18 años los más afectados (Neumann et al., 2021; Samatán et al., 2021).

Raramente los TCA suelen aparecer de forma “pura”, llevando asociados una alta comorbilidad con otros diagnósticos que, probablemente, requieran atención. Así, es frecuente observar entre los pacientes trastornos de personalidad, alteraciones emocionales, principalmente Trastorno depresivo mayor, Trastorno de ansiedad, y abuso de sustancias (Comeche, 2013; Marañón et al., 2007).

Respecto a la evolución de la enfermedad, puede ser muy variable. En el caso de la AN, un 50% de las pacientes se recupera, aproximadamente un 20-30% tiene remisión parcial, y una cuarta parte nunca se recupera (Gómez del Barrio et al., 2009). Las conductas autodestructivas de la bulimia causan no sólo problemas a nivel físico, sino también una gran desadaptación vital en la persona que la sufre; en este caso, se estima una recuperación total del 60%, una recuperación parcial del 30% y una cronicidad del 10%. Por ello, es importante una detección precoz con el fin de tener el mejor pronóstico posible. De igual forma, ante un caso de TCANE debemos actuar con rapidez, ya que puede ser el inicio de un trastorno con mayor importancia que, si no recibe el tratamiento correspondiente, puede acabar siendo crónico (Chinchilla Moreno, 2003).

1.3. Modelos Explicativos De Los TCA

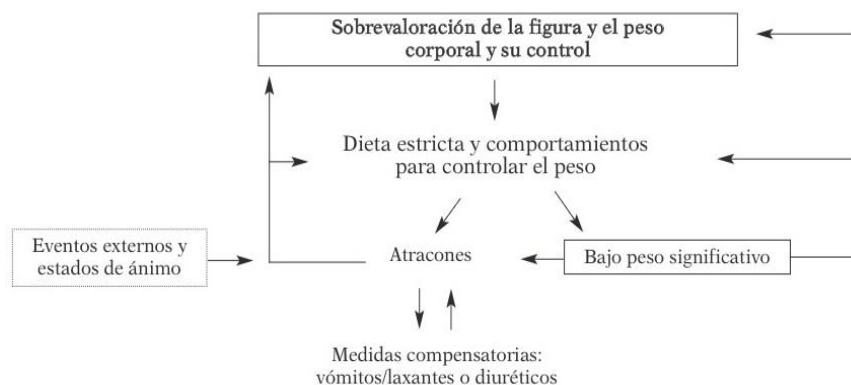
Actualmente existen varios planteamientos que intentan explicar cómo la interacción de diferentes factores determina el desarrollo de un TCA, coincidiendo todos en que el antecedente más influyente es la decisión de iniciar una dieta con el propósito de modificar la

aparición física (Calvo, 2002). Entre ellos, cobra especial relevancia la visión transdiagnóstica de Fairburn (1993, 2003), en la que plantea la existencia de cuatro mecanismos de mantenimiento comunes en los TCA:

- Perfeccionismo patológico: superior en personas con AN, en el que hay una sobrevaloración del esfuerzo y la autoexigencia. Además, hay un miedo intenso al fracaso y una autocrítica sesgada que se aplica en varios sectores de la vida del paciente, no sólo en la alimentación (trabajo, estudios, etc.).
- Baja autoestima: visión negativa global de ellas mismas, más allá del TCA. Este problema dificulta el proceso de cambio mediante dos vías: la desesperanza sobre la capacidad de cambio; y por otro lado, hace que persigan con determinación metas en las áreas que más valoran (control de la comida, silueta...), obstaculizando el tratamiento.
- Intolerancia a las emociones: problemas para afrontar de forma adecuada estados emocionales generalmente negativos, como, por ejemplo, ansiedad, enfado y/o aburrimiento, aunque en algunos casos también positivos como euforia, excitación, etc. La incapacidad de sobrellevar los cambios de estado de ánimo las lleva a realizar conductas desadaptativas moduladoras del humor con el propósito de neutralizar la emoción. Un ejemplo de estos comportamientos son las autolesiones, los atracones, el ejercicio excesivo o los vómitos.
- Dificultades Interpersonales: si además la paciente presenta dificultades en sus relaciones interpersonales, la necesidad de control se puede ver intensificada y mantener el TCA (Figura 2).

Figura 2

Modelo Cognitivo Conductual transdiagnóstico de los TCA (Fairburn et al., 2003)



Nota: extraído de Terapia cognitivo-conductual para los TCA según la visión transdiagnóstica de Fairburn, 2008, por Celis Ekstrand, A., y Roca Villanueva, E., 2011.

Vemos cómo en este modelo se destaca lo siguiente (Fairburn et al., 2003):

1. La emocionalidad negativa se relaciona con los atracones.
2. Hay una necesidad de control importante (especialmente en AN).
3. El sentimiento de control puede estar promovido por una restricción dietética.
4. El perfeccionismo se suele apreciar en pacientes de AN.
5. Las dificultades interpersonales son muy relevantes como factores mantenedores.

1.4.Tratamientos Psicológicos

La complejidad de los TCA y los diversos factores biopsicosociales asociados hacen necesario un enfoque interdisciplinar, además de un estudio pormenorizado e individualizado de cada caso donde se tenga en cuenta el momento evolutivo de la enfermedad con el fin de saber qué tipo de seguimiento será el más adecuado (Morandé et al., 2014).

Respecto a abordaje terapéutico, podemos encontrar diversos tratamientos enfocados en cada uno de los trastornos. Sin embargo, revisiones recientes concluyen que no hay un consenso sobre cuál resulta más eficaz (Tena Suck et al., 2015). En un reciente metaanálisis de

Fonseca Pedrero y colaboradores (2021), por ejemplo, se analizaron diversas Guías de Práctica Clínica españolas, recogiendo los niveles de evidencia de diferentes intervenciones terapéuticas según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2019). Atendiendo a los resultados para los TCA, es destacable que, aunque la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el tratamiento de elección, no dispone del mismo apoyo empírico para todas las patologías alimentarias, teniendo un nivel de eficacia demostrada sólo para la BN. Otras intervenciones terapéuticas que se proponen son La Terapia Interpersonal o la Terapia para la AN en Adultos de Maudsley (Tabla 2).

Tabla 2

Tratamientos para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos

AN	- Terapia Cognitivo Conductual específica para la AN - Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adult (MANTRA)
BN	- Terapia Cognitivo Conductual específica para la BN - TCC de autoayuda, guiada o no - Terapia Interpersonal
TA	- Terapia Cognitivo Conductual adaptada para el TA

Nota: elaboración propia basada en “Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados para Adultos: Una Revisión Selectiva”, por Fonseca-Pedrero, E. et al., 2021.

Las patologías alimentarias que más interés han suscitado hasta ahora y cuentan con mayor número de investigaciones son la AN, la BN y en menor medida el TA, por lo que los expertos recomiendan que, ante un paciente con un TCANE como en el caso que nos acontece, se siga la terapia sugerida para el trastorno completo que más se asemeje (Ruiz, 2019).

1.5. Avances E Investigaciones

Pese a la amplia literatura existente acerca de los tratamientos para los TCA, donde la TCC sigue siendo el de primera elección, lo cierto es que a día de hoy su eficacia es limitada. Tras la intervención con TCC en pacientes con AN, hay una mejora significativa de síntomas y peso, pero el número de recaídas sigue siendo muy relevante (Zipfel et al., 2014). De igual forma, la TCC se ha mostrado muy eficaz en la BN, sobre todo a corto plazo; sin embargo, estos datos discrepan a lo largo del tiempo, en los que suelen volver las ingestas compulsivas y conductas compensatorias (Mitchell et al., 2007). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de investigar y desarrollar nuevas formas de abordaje.

Los últimos avances en el ámbito de la psicología clínica y el papel de las nuevas tecnologías, han hecho plausible el desarrollo de una gran variedad de intervenciones que podrían complementar los tratamientos actuales a fin de que su eficacia sea superior. Algunos ejemplos de abordajes y estrategias terapéuticas son los siguientes:

1.5.1. Terapias de Tercera Generación

Intervenciones como la Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan, el Mindfulness o la Terapia centrada en la Compasión se han evaluado en diversos metaanálisis (Linardon et al., 2017, 2019), encontrando resultados muy prometedores, especialmente en los trastornos cuyo diagnóstico clínico no es claro. Los autores atribuyen estos datos a que los principios básicos de este tipo de terapias no están enfocados, como en la TCC, en modificar las cogniciones y conductas disfuncionales relacionadas con el TCA, sino en aceptar esos pensamientos y sentimientos, enseñar estrategias de afrontamiento más flexibles y aprender a tolerar el malestar (Hayes, 2004, citado en Linardon et al., 2019). Se trata de un campo aún por explorar donde se necesitan ensayos adicionales que evidencien una mayor eficacia (Linardon et al., 2017).

1.5.2. Las nuevas tecnologías: Realidad Virtual

El uso de la Realidad Virtual (RV) en tratamientos psicológicos ya ha mostrado su eficacia, especialmente en el abordaje de las fobias. En concreto, los datos de las investigaciones han arrojado que el uso alternativo de esta herramienta frente a la exposición en vivo muestra mejoras significativas en el abordaje de trastornos como la acrofobia (Rothbaum et al., 1995), la claustrofobia (Botella et al., 1998, 2000) o el miedo a volar (Baños et al., 2002; Rothbaum et al., 2000). En el caso del Tratamiento de Estrés Post Traumático (TEPT), los trabajos han puesto de manifiesto una mejora significativa de algunos síntomas con diversos colectivos, desde víctimas del 11-S (Difede et al., 2002) hasta veteranos de la guerra de Vietnam (Rothbaum et al., 2001, 2003).

Respecto a los TCA, existen resultados que sugieren que el uso de la RV como herramienta complementaria a la terapia convencional puede disminuir la ansiedad ante los alimentos o situaciones (Martín Garcés et al., 2020), mejorar la imagen corporal gracias a la capacidad de inmersión, lo que facilita trabajar con las distorsiones de una forma más objetiva (Marco et al., 2013), o disminuir la resistencia hacia el tratamiento (García Palacios et al., 2001; García Palacios et al., 2007, como se citó en Soto et al., 2018).

Aunque se trata de un área aún por explorar dentro de patologías alimentarias, lo cierto es que este tipo de tecnología posee unas características con una serie de ventajas que otro tipo de intervenciones no posee, destacando: 1) menor oposición hacia el tratamiento y la exposición al tratarse de un ambiente virtual seguro donde el ordenador es “imparcial”, 2) permite la adaptación de contextos problemáticos, objetos temidos y la interacción de los participantes con situaciones relevantes de forma segura y controlada, 3) control preciso de los parámetros situacionales, lo que a su vez no sólo permite adaptar la intervención al paciente, sino que además posibilita la retroalimentación inmediata del psicoterapeuta (Botella et al., 2007, 2015; Freeman, 2008; García Palacio et al., 2007, como se citó en Soto et al., 2018).

1.5.3. El Ejercicio Físico Como Herramienta Terapéutica

Los beneficios que aporta el ejercicio a nivel general y a la salud mental están ampliamente reconocidos; disminuye los niveles de ansiedad y depresión, aumenta la autoestima y disminuye el estrés, siendo una herramienta eficaz en el tratamiento de diversas patologías del estado de ánimo o la esquizofrenia (Jiménez-Vaquerizo, 2013). Respecto a su posible uso en los TCA, aún hay cierta controversia por parte de los profesionales, aunque lo cierto es que cada vez existe más literatura que sugiere que una inclusión pautada y supervisada podría mejorar la eficacia del tratamiento convencional (Cook et al., 2016; LWC-Ng et al., 2013; Vancampfort et al., 2013). En España actualmente se está llevando a cabo el proyecto ESATRAL, un programa de actividad física basado en entrenamiento de fuerza para pacientes con AN, dirigido por un equipo multidisciplinar en el que se incluye una especialista en promoción de la actividad física saludable y la prescripción del ejercicio físico en patologías (Ita Salud Mental, 2021).

El objetivo del presente trabajo es exponer el caso clínico de una mujer de 27 años de edad, cuya patología alimentaria no cumple con los criterios suficientes para el diagnóstico de ningún trastorno específico, en este caso de BN (número de atracones y/o conductas compensatorias de baja frecuencia). Debido a ello, se le ha diagnosticado un TCANE.

Identificación del paciente y motivo de consulta

A fin de respetar el Código Deontológico y cumplir con la Ley Orgánica de Protección de Datos, se utilizará un nombre ficticio. Sofía es una mujer soltera de 27 años procedente de Sevilla que reside en Zaragoza desde hace dos años, donde compagina estudios con su trabajo de sanitaria.

Es la mayor de dos hermanas, y pese a que su núcleo familiar vive lejos, mantiene muy buena relación con ellos, además de poseer una buena red de amistades en la ciudad donde vive actualmente.

Siguiendo el protocolo establecido por el centro, la primera valoración es realizada a finales de febrero por la psiquiatra especialista de RENACE TCA, cuya impresión diagnóstica tras la descripción de síntomas de la paciente, es que se cumplen los criterios diagnósticos de un “Trastorno de la Conducta de la Alimentación No Especificado”. Se le prescribe a su vez tratamiento farmacológico, Fluoxetina y Clorazepam.

De la exploración y entrevistas iniciales se extrae la siguiente información. Acude a la consulta terapéutica por primera vez una semana después de la valoración médico psiquiátrica (primera semana de marzo). En su demanda, refiere tener problemas de control de impulsos con la comida respecto a la cantidad y calidad, preocupándole más lo primero. Narra que, aunque sus hábitos alimentarios son “sanos y equilibrados”, tras situaciones en las que se siente desbordada, por ejemplo, estrés laboral, comidas sociales con alimentos que normalmente no consume, etc., aparecen los episodios de sobreingesta, acompañados posteriormente de las conductas compensatorias, tales como restricción alimentaria o aumento de ejercicio físico, habiendo recurrido de forma puntual al vómito auto-inducido. Según la paciente, desde los 17-18 años ha sentido cierta obsesión por la imagen corporal, pero es últimamente cuando ha percibido un notable empeoramiento, especialmente desde hace varias semanas, cuando ha incorporado las purgas como método de compensación, advirtiendo cómo estos comportamientos están interfiriendo en su vida y planes sociales, lo que ha promovido la búsqueda ayuda profesional. Comenta no haberle explicado su situación a nadie excepto a dos amigas, una de Sevilla y otra de Zaragoza, habiendo sufrido esta última un TCA en su adolescencia.

Ya había acudido a psicoterapia en la etapa de bachiller para sobrellevar el estrés de los estudios. No ha tomado medicación con anterioridad. No existen antecedentes familiares de enfermedad mental y la paciente expresa no haber tenido ideas autolíticas nunca.

En el momento de la evaluación, Sofía mide 1.64 metros y pesa 55.7 kg, teniendo un IMC de 20.7 kg/m² (Normopeso). Sin datos de sobrepeso en anteriores etapas evolutivas.

Algunos de los objetivos que la paciente desea conseguir durante el proceso terapéutico son: volver a tener una relación saludable con la comida, sin sentimientos de culpa, bajar sus altas expectativas y de autoexigencia, y conocerse mejor a sí misma.

Estrategias de Evaluación

Sofía ha asistido hasta ahora a 12 sesiones, con una duración aproximada de una hora y de frecuencia semanal, dedicando las dos primeras al proceso de evaluación inicial. Gran parte de la información se obtuvo mediante una entrevista clínica semiestructurada de elaboración propia.

- Entrevista semiestructurada: entrevista elaborada por el centro RENACE TCA en la que se exploran diferentes campos de la vida de la paciente, al mismo tiempo que durante esta exploración empática, se establece la relación terapéutica. Aunque en ella se hace especial énfasis en la conducta con la alimentación, se evalúan otras áreas como el motivo de consulta, tratamientos previos, historia familiar y social, apoyos percibidos, conductas autolíticas y otros síntomas comórbidos relacionados (problemas de insomnio, trastornos del estado de ánimo, adicciones...). También se recaba información acerca de los hábitos de salud.

- Registro en sesión: en cada sesión se le pregunta a Sofía si a lo largo de la semana ha sufrido algún atracón y/o llevado a cabo conductas compensatorias, realizando a su vez un análisis pormenorizado de datos relevantes asociados a los comportamientos disfuncionales

(fecha, hora, alimentos consumidos, lugar, acontecimiento/conducta antecedente al atracón, conducta/ acontecimiento precedente al atracón, sentimientos).

- Observación en sesión: mediante la observación se pretende analizar las conductas verbales y no verbales con el objetivo de recabar información relevante para el tratamiento y su progreso, complementando así otro tipo de datos de la evaluación.

Formulación clínica del caso

1. Variables

1.1. Factores Predisponentes

- Variables disposicionales: sexo femenino, patrón de personalidad perfeccionista y autoexigente, rigidez mental, baja tolerancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad y asociación subjetiva sobre la importancia del físico en Sevilla.
- Variables ambientales: cultura de la delgadez, influencia del entorno y sus comentarios hacia el físico y alimentación como medio de sociabilización.

1.2. Factores Precipitantes

- Variables remotas: cambios corporales debido a la adolescencia, pensamientos irracionales acerca de la importancia del cuerpo en Sevilla, percepción de autoimagen e inicio de dietas.
- Variables inmediatas: estrés laboral y académico, cambio de guardias en el hospital, restricción de alimentos, tener mucho tiempo libre, emociones desagradables y expectativas sociales con la comida (presencia de alimentos en eventos sociales y temor a la exposición).

1.3. Factores Protectores

Buena red de apoyo familiar y social, hábitos saludables, adecuada formación y una buena estabilidad laboral, conciencia del problema y motivación para el cambio.

2. Análisis Funcional Del Problema

A continuación, se realiza el análisis funcional de las conductas problema más relevantes de la paciente, lo que ayudará a identificar qué variables están asociadas a la aparición de los comportamientos disfuncionales según los principios de aprendizaje propuestos por Skinner (1966).

2.1. Hipótesis De Origen:

Aunque es difícil encontrar un claro origen, sí que se aprecian algunos de los factores de riesgo con mayor apoyo empírico en el desarrollo de un TCA: personalidad perfeccionista, restricción alimentaria, afecto negativo, insatisfacción corporal o el contexto sociocultural percibido (Bulik et al., 2007, como se citó en Behar et al., 2011; Stice, 2001). Desde muy pequeña Sofía se describe como muy ansiosa, reflejándose, entre otras cosas, en su rapidez al comer, algo que además dice ser habitual en su familia. Por otra parte, muestra rasgos perfeccionistas y una elevada autoexigencia, actitudes que, reconoce, le han generado en diversas ocasiones gran malestar (relata, por ejemplo, cómo en su etapa académica necesitó ayuda profesional para una correcta gestión de sus niveles de estrés).

Al entrar en la pubertad, empieza a preocuparse más por su físico, no encontrando ningún detonante de ello, aunque sí que recuerda cómo con 17-18 años lo pasa especialmente mal en verano al “verse mal en bikini”, lo que le lleva a una primera purga autoinducida a la que dice “no darle mayor relevancia”. Con el paso de los años empieza a darle más importancia al peso y la silueta, especialmente al volumen de la tripa, controlando no tanto la cantidad sino la calidad de los alimentos y practicando deporte con asiduidad. A partir de ese momento, se establece un reforzamiento positivo entre una dieta saludable, una rutina de entrenamiento y una falsa sensación de control y alivio junto con una mejor autopercepción de la imagen corporal que, además, se ve reforzada por el ambiente.

Aunque a priori sus hábitos alimentarios actuales parecen equilibrados y cumple con la pauta de las cinco comidas al día, el aumento progresivo de esa restricción de alimentos “menos saludables” es lo que intensifica la probabilidad de una ingesta descontrolada cuando estos están presentes, más aún en momentos de desbordamiento emocional o ante situaciones desagradables.

2.2. Hipótesis De Mantenimiento:

A través del condicionamiento clásico, Sofía ha asociado emociones o circunstancias con una valencia negativa, como el aburrimiento, estrés laboral o tiempo libre, con altos niveles de ansiedad, utilizando la ingesta compulsiva como una manera de disminuir ese malestar. A su vez, los atracones se mantienen debido a un aprendizaje operante, donde la respuesta conductual se ve inmediatamente reforzada - (alivio de ansiedad y malestar). No obstante, también aparecen sentimientos de culpabilidad y la excesiva preocupación por la silueta (castigo +), lo que le lleva a la realización de conductas compensatorias, como el ejercicio físico, restricción alimentaria o, en menor medida, purga con la intención de que esas sensaciones desaparezcan (reforzamiento -).

2.3. Análisis Funcional De La Hipótesis De Mantenimiento

Conducta Problema 1. Ante situaciones de incertidumbre o sensaciones con una valencia negativa, la ansiedad de Sofía crece.

Figura 3

AF de conducta problema 1.



Ed (EC + RC) ————— Rop. ————— C.

+
Restr. Alimentaria
+

Sobreingesta de
“alimentos prohibidos”

R-: Alivio instantáneo de estrés y ansiedad, disminución de malestar.
R+: la comida y sus características (sabor, palatabilidad, etc.)

Pensam. anticipatorio “si empiezo a comer no podré controlarme”

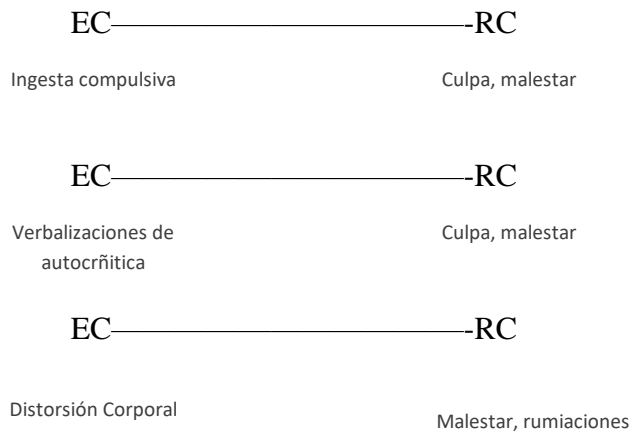
Consecuencias a medio/largo plazo:

- 1) Aumento de malestar.
- 2) Culpa.
- 3) Rumiaciones respecto al cuerpo y la comida.
- 4) Aislamiento (con el fin de evitar exposición a alimentos).

Conducta problema 2. El uso de la comida como forma de aliviar el malestar causa en Sofía una fuerte angustia.

Figura 4

AF de conducta problema 2.



Ed (EC + RC) ————— Rop. ————— C.

+
Verbalizaciones de autocrítica
+
Distorsión corporal

Conductas compensatorias:
restricción alimentaria, ejercicio físico excesivo, purga.

R-: disminución malestar gástrico, alivio de culpabilidad, reducción de miedo a subir de peso.
R+: sensación subjetiva de control,

Consecuencias a medio/largo plazo:

- 1) Perpetuación del problema debido al círculo vicioso restricción-atracón.
- 2) Mayor emocionalidad negativa.

3) Interferencia en diversas áreas vitales.

4) Aislamiento.

Como objetivo general de la terapia, se plantea la eliminación de los síntomas alimentarios asociados al TCA (restricción alimentaria, ingesta compulsiva, conductas compensatorias...) así como disminuir el malestar que lo acompaña en pos de un mayor bienestar a nivel psicológico y subjetivo de la paciente. A su vez, los objetivos personales manifestados por Sofía en las primeras sesiones de evaluación fueron:

- Estar bien y sin preocupaciones respecto a alimentación, estudios, trabajo...
- Disfrutar comiendo y cuidándose.
- Comer sin culpa.
- Conocerse a sí misma.
- Ser menos crítica consigo misma.

A raíz de todo ello, se desarrolló un plan de intervención con el que abordar cada objetivo terapéutico con diferentes técnicas (Tabla 3).

Tabla 3

Objetivos de tratamiento y estrategias

Objetivos	Técnicas
Conciencia de enfermedad	Visita a psiquiatría con devolución diagnóstica; información acerca de los problemas fisiológicos asociados al TCA (restricción alimentaria, atracones, ejercicio excesivo, vómitos...) Autorregistros como método de observación y concienciación por parte de la paciente sobre su problema.
Explicación de aparición del problema y motivo del mantenimiento.	Psicoeducación <ul style="list-style-type: none"> • Explicación AF • Dinámica control vs descontrol del TCA (métodos inadecuados para el control del peso) • Fases de la enfermedad • Supresión de emociones como factor mantenedor. • Autoconcepto y autoestima
Reducir actividad fisiológica en situaciones de estrés	Técnicas de relajación, tiempos de descanso, autocuidado.

Reducción conductas compensatorias.	<p>Psicoeducación: círculo vicioso restricción-atracón.</p> <p>Acciones opuestas.</p>
Adquisición de herramientas I: Gestión y validación emocional	<p>Psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de emociones y su utilidad • Relación entre emociones y alimentación, <p>Tolerancia al malestar - Reevaluación cognitiva</p>
Adquisición de herramientas II: hábitos de alimentación saludables	<p>Pautas para una correcta higiene a la hora de comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo mínimo para cada comida (9 minutos comida principal y 3 minutos postre) • Mesa de la cocina • Estar sentada
Técnica de exposición	<p>Lista de alimentos prohibidos; jerarquización</p> <p>Planificación e introducción progresiva de cada alimento</p> <p>Reestructuración cognitiva e identificación de pensamientos disfuncionales respecto a comida y silueta (A-B-C)</p>
Autoconocimiento y autoestima	<p>Psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevaloración de imagen corporal y consecuencias en autoconcepto <p>Autorreflexión acerca de características y cualidades</p>
Adquisición de herramientas III: Estrategias de comunicación asertiva	<p>Psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Sociales: estilos de comunicación • Importancia de la comunicación con iguales y familia <p>Autoafirmaciones positivas</p>
Prevención de recaídas.	<p>Psicoeducación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso de cambio de Prochaska y Diclemente (1984); caída vs recaída. • Refuerzo y consolidación de progresos • Identificar posibles situaciones de riesgo y elaborar un plan de prevención para ello.

Tratamiento

A continuación, se muestra la intervención llevada a cabo por una psicóloga con formación específica en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Personalidad, a lo largo de 12 sesiones previas a la finalización de las prácticas. La duración de estas era de 1 hora con una periodicidad semanal, a excepción de la sesión 3-4 y la sesión 9-10, donde la paciente no

pudo acudir por motivos de viaje. Se realizaron en Renace TCA y Salud mental, consulta ambulatoria especializada en TCA y Obesidad. Tras las dos primeras sesiones de evaluación inicial, se comenzó con la explicación pormenorizada de la conducta problema, la propuesta de objetivos y las estrategias para ello. Pese a que no existe un plan de tratamiento estructurado, la terapeuta contaba con un plan de intervención según la visita anterior, enfocando cada una en función de las demandas de la paciente y siguiendo siempre un patrón estándar:

- Revisión de la semana: la paciente informa acerca de lo ocurrido en el período intersesión y de acontecimientos importantes o situaciones problemáticas.
- Revisión de tareas intersesión.
- Objetivos terapéuticos en consulta.

Si bien la psicoeducación se ofrece a lo largo de todo el tratamiento, en las primeras sesiones se le dedica gran parte del tiempo para que Sofía entienda cómo sus conductas y pensamientos mantienen el problema. Se proporciona información sobre los efectos del control excesivo, en este caso, de cómo ese exceso de control incrementa el descontrol, de los métodos inadecuados para mantener su peso y del efecto de la restricción como desencadenante de los atracones y posteriores conductas compensatorias, así como sus consecuencias a corto y largo plazo. Al mismo tiempo, con el objetivo de romper el círculo vicioso de la restricción-sobreingesta, se trabaja junto a la paciente la modificación de los pensamientos compensatorios por el pensamiento contrario o “acción opuesta”. También se abordan las conductas de comprobación (pesaje), la falsa tranquilidad que estas aportan y cómo contribuyen al mantenimiento del TCA, a la vez que se le enseña a diferenciar entre las cogniciones disfuncionales y las funcionales.

A lo largo de todo el tratamiento, la terapeuta va proponiendo objetivos a realizar a lo largo de la semana. Por un lado, Sofía ya tenía un número de ingestas adecuado, pero no unos correctos hábitos, así que se le marcó como objetivo específico tardar un mínimo de 9 minutos

con el plato principal y 3 minutos con el postre, realizando todo en el mismo lugar, sin levantarse de la mesa. Asimismo, se le propone volver a retomar los planes sociales donde haya variedad culinaria, de manera que cuestione y ponga a prueba esos miedos y pensamientos irracionales acerca del descontrol frente a la comida mediante experimentos conductuales.

Se decide empezar a trabajar en la gestión de emociones, haciendo especial énfasis en el sentimiento de culpabilidad (de forma general y en relación con la comida). La psicoterapeuta le explica la diferencia entre la culpa como sentimiento primario y la culpa irracional, y se trabaja con esta última explorando experiencias previas relacionadas, historia de aprendizaje, etc., detectando a su vez pensamientos disfuncionales asociados y reestructurándolos.

Hacia la mitad de la intervención, ya se puede apreciar una notable mejoría tanto a nivel cognitivo como conductual; los atracones han disminuido y no ha habido purgas, cumple con los hábitos establecidos de tiempo y lugar, evita conductas de comprobación, y los sentimientos de culpa ante comidas copiosas son “menos intensos”. Sigue practicando el pensamiento contrario o acción opuesta, es decir, realizar una conducta sana ante un pensamiento insano. Además, ha modificado su rutina de gimnasio, adecuando el ejercicio físico a sus necesidades (disminución en tiempo y cantidad).

Una vez alcanzada cierta estabilidad nutricional y unos correctos hábitos alimentarios, la terapeuta decide seguir trabajando la gestión emocional, el autoconcepto y las expectativas personales. Se le habla del valor de las emociones y cómo se relacionan con la alimentación, la importancia de aceptarlas y validarlas, así como la diferencia entre la evitación emocional (p.e., no tener nunca tiempo libre para no aburrirse ni pensar y evitar un atracón) y prevención puntual (ofrecerse un día para hacer horas extras en el hospital).

En esta misma línea, se explora su nivel de exigencia y expectativas y hasta qué punto afectan a su autoconcepto y autoestima, mostrándole diversas estrategias que le ayuden a

ajustarlas y/o cambiarlas por pensamientos y expectativas más realistas y funcionales respecto a sí misma. Además, se le pide como tarea intersesión que reflexione acerca de cómo se describiría y cómo cree que la describirían los demás. El objetivo es descubrir la correlación entre su visión personal y lo que los demás ven en ella, trabajando el autoconocimiento y las fortalezas individuales.

Una de las situaciones que parecían disparar los niveles de ansiedad de la paciente eran los cambios de jornada laboral, llevándola posteriormente a una sobreingesta. Así, en la sesión 8, la profesional aprovecha el que se hayan dado las circunstancias para realizar el AF y explicarle a Sofía por qué se sigue manteniendo el problema, proponiéndole como estrategia de prevención el escaneo corporal (escuchar más a su cuerpo, sus necesidades a nivel físico y mental).

La buena disposición de la consultante hizo viable una pronta exposición a aquellos “alimentos prohibidos” que, hasta entonces, había ido suprimiendo de su dieta (pan, arroz, dulces, etc.), así que se le propuso instaurar una comida con hidratos de carbono mínimo una vez a la semana.

Las últimas sesiones se han centrado en el ámbito interpersonal; al principio, Sofía era reticente a que sus conocidos, incluida su familia, supiesen su problema, ya que la hacía sentir “vulnerable” y tenía miedo de lo que pudiesen pensar. En la sesión 9, manifestó su intención de hablar con sus padres acerca de lo que le estaba ocurriendo, queriendo centrar la terapia en ello. Tras hacerlo y haber recibido apoyo y comprensión, refirió un gran alivio. Ante su decisión, la terapeuta reforzó su conducta y trabajó con ella los sentimientos de culpa por no haberlo hecho antes.

Llegando al final de la sesión, Sofía manifestó haber tenido anteriormente una etapa con bastante desorden alimentario que afectó a su estado emocional. Este hecho, a su vez, coincidió en el tiempo con su última relación de pareja (primera relación homosexual, descrita

como “intensa”), por lo que se le propuso como tarea intersesión una reflexión acerca de esa ex pareja.

En la sesión 12, la paciente manifiesta notar mejorías a nivel anímico (menos ansiedad) y conductual (disminución de síntomas de TCA, sin atracones ni purgas). Se aprovecha esta fase para explicarle el proceso de recuperación mediante el Modelo de Cambio de Prochaska y Diclemente (1984) y que entienda que habrá situaciones de vulnerabilidad donde pueden reaparecer las conductas disfuncionales, pero que no debe verlo como un fracaso, sino como una oportunidad de aprendizaje y de poner en práctica lo aprendido hasta el momento (uso de la metáfora de la montaña rusa). A su vez, se trabaja en ciertas situaciones y conductas de riesgo que, una vez recuperada, deberá evitar para no tener recaídas (p.e., dietas de ayuno).

Tras la tarea reflexiva sobre su última relación, Sofía identifica que parte de su inseguridad ha estado influida por actitudes de la ex pareja, refiriendo que la hacía sentir “insuficiente”. Reconoce, además, que le costaba expresar su malestar en dichos conflictos, optando por mostrarse irritada, pero sin llegar a abordar el problema. Se trabajará en las próximas sesiones la comunicación pasivo-agresiva.

Cabe destacar que el presente caso continúa aún en tratamiento, exponiéndose anteriormente la evolución y técnicas trabajadas a lo largo de solo 12 sesiones. Los TCA son enfermedades complejas que conllevan un proceso terapéutico largo, con una media de 5 años (Ben-Tovim et al., 2001; Keel y Brown, 2010) donde la alimentación es sólo uno de los síntomas, siendo muchos los factores que se deben abordar a fin de que los progresos se mantengan en el tiempo.

Valoración del tratamiento

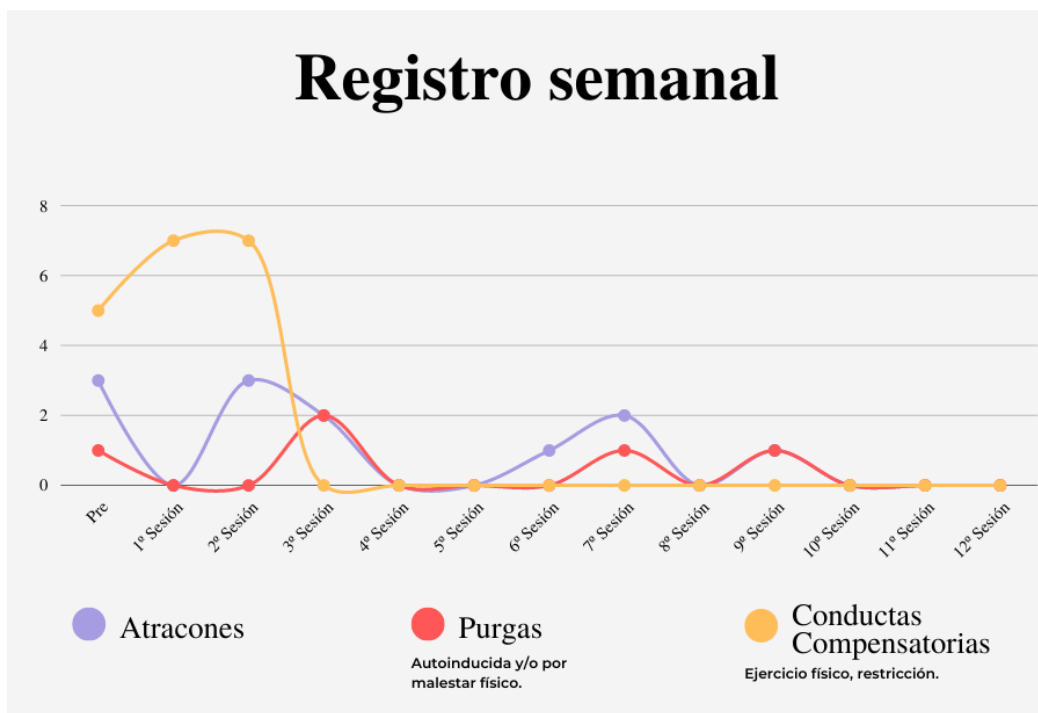
El tratamiento de Sofía comenzó hace aproximadamente 14 semanas, pudiendo apreciarse notables avances desde las primeras sesiones. Su grado de implicación, tanto en

consulta como en el contexto intersesión, ha sido muy elevado. Ha llevado a cabo todas las tareas que se le han propuesto, además de practicar las estrategias planteadas por la psicóloga ante la aparición de las conductas disfuncionales relacionadas con la comida. De igual forma, se ha observado una mejora de los síntomas, tanto a nivel cognitivo como conductual. En base al Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1984), un hecho que puede explicar este rápido progreso, es la etapa próxima al cambio en la que ya se encontraba la paciente antes de empezar el tratamiento, la fase de preparación. De esta forma, el nivel de conciencia del problema y la afectación a nivel vital han facilitado la motivación al cambio.

El análisis de la evolución de la paciente se ha llevado a cabo mediante autorregistros (análisis cuantitativo) y manifestaciones verbales en consulta (análisis cualitativo). A lo largo de las 12 sesiones, se ha ido observando cómo el número de atracones ha disminuido considerablemente y los comportamientos compensatorios han desaparecido casi por completo. En la fase PRE, la frecuencia de los atracones tenían una media de 3 por semana, las conductas compensatorias se daban 5-6 días a la semana, y empezaban a aparecer las purgas con una frecuencia semanal (Figura 5).

Figura 5

Comparación PRE-POST del registro de Conductas Alimentarias Disfuncionales



Como se observa en el gráfico anterior, el proceso evolutivo de la paciente ha sido muy favorable respecto a las conductas disfuncionales, pese al ligero repunte al principio del tratamiento; vemos cómo a día de hoy no se dan conductas compensatorias y ha habido una disminución significativa en la frecuencia de los atracones. Por otro lado, sus hábitos en la mesa también han mejorado gracias al establecimiento de algunas pautas sencillas, como respetar el lugar destinado al acto de comer o tener un tiempo de ingesta mínimo para cada plato.

En referencia al enfoque cualitativo, la paciente expresa que los sentimientos de culpa tras las sobreingestas son cada vez menos intensos, consecuencia de haber trabajado acerca de la importancia de la aceptación y validación de las emociones. Además, ha dejado de evadir planes sociales por miedo a perder el control frente a la comida, incluyendo variedad culinaria y alimentaria, por ejemplo, los hidratos de carbono (grupo de alimentos “prohibidos”).

Reconoce que la sensación de ansiedad ya no está tan presente en su día a día, y que se está esforzando por dedicarse más tiempo a sí misma y a descansar si su cuerpo se lo pide.

En paralelo, se ha observado a lo largo de las últimas sesiones un cambio en la resistencia manifiesta acerca de que los demás sean conocedores de su TCA; ha decidido contarle a su familia el problema, expresando alivio al no tener que dar explicaciones ni forzar ninguna situación ante acontecimientos relacionados con la comida. Además, se le ha propuesto asistir a la próxima terapia grupal ofrecida por RENACE TCA (grupo terapéutico para pacientes adultas), confirmando su asistencia e incorporando este tipo de intervención a su tratamiento. Estos hechos ponen en relieve mejoras en relación a la necesidad de aprobación externa, un aumento de autoestima y autoconcepto, y un ajuste de expectativas respecto a sí misma.

Igualmente, se está progresando en la identificación de su inseguridad mediante experiencias del pasado, analizando situaciones y vivencias desconocidas por la psicoterapeuta hasta ahora y que parecen tener especial relevancia para la comprensión de la patología alimentaria (relación con su última ex pareja), fomentando a la vez el autoconocimiento por parte de Sofía. Esto nos indica avances tanto en la adherencia al tratamiento e incremento en la alianza terapéutica, como un incremento de su capacidad para afrontar situaciones que evocan emociones negativas.

Aunque apenas se han observado obstáculos durante el transcurso de las sesiones, caben mencionar algunos detalles. En primer lugar, la ansiedad como rasgo que presenta Sofía dificultó al principio el uso de algunas técnicas para controlar la actividad fisiológica, por ejemplo, la atención plena, por lo que se optó por otro tipo de estrategias, como el entrenamiento en acción opuesta.

Además, la baja tolerancia a la incertidumbre, la autoexigencia y la evitación emocional son algunos de los factores mantenedores del problema, necesitando un abordaje más profundo y específico pese a los pequeños avances.

Si bien nos encontramos ante un caso que no cumple con todos los criterios diagnósticos para un trastorno específico como la AN o la BN, es importante una detección y tratamiento precoz que pueda prevenir consecuencias más graves. En el caso de Sofía, observamos cómo una rápida actuación asociada a factores como la motivación al cambio, ha facilitado una buena evolución, mostrando así en 12 sesiones una disminución considerable de los síntomas asociados al TCA y un aumento en su calidad de vida.

No obstante, el tratamiento aún no ha finalizado y son varias las áreas que quedan por abordar. Como ya se ha mencionado, las personas con una patología alimentaria suelen mostrar baja autoestima, rasgos perfeccionistas y ansiosos, necesidad de control o intolerancia emocional (Fairburn et al., 1993). Para modificar estos esquemas disfuncionales, no basta con aliviar los síntomas que están causando problemas en la vida de la paciente, sino que se debe trabajar con los patrones básicos de la organización psíquica y favorecer el insight (Linehan, 2003). Además, el proceso de recuperación de estos trastornos es especialmente complejo y requiere tiempo; a lo largo del tratamiento las probabilidades de recaídas son altas. Por ello, es importante una buena psicoeducación preventiva para que, en caso de que aparezcan situaciones de riesgo, la paciente sepa poner en marcha lo antes posible las habilidades y técnicas aprendidas.

Discusión y conclusiones

Como se ha comentado en la introducción inicial, la prevalencia de los TCA ha aumentado en las últimas décadas exponencialmente (Chinchilla Moreno, 2003, Gómez del Barrio et al., 2009, citado en Tornero et al., 2014), convirtiéndose en una de las enfermedades

mentales más comunes y en la primera causa de muerte no natural entre los adolescentes (Scott et al., 2009) Entre los múltiples factores de riesgo a la hora de desarrollar este tipo de patologías, cobra especial relevancia la insatisfacción corporal o el uso de dietas estrictas, aunque esto no es causa suficiente para padecerlas; diversos estudios han demostrado que hay una predisposición a nivel biopsicosocial (genética, rasgos psicológicos, historia familiar...) que, asociada a diversos eventos estresantes, aumentas las probabilidades sufrir un desorden alimentario.

Atendiendo al caso de Sofía, debido a la baja frecuencia de sus síntomas no cumple con los criterios para ningún trastorno alimentario característico según lo establecido por el DSM-5 (APA, 2014), en este caso para la BN, es decir, los atracones o conductas compensatorias no llegan a producirse más de una vez por semana, pudiendo además tener una duración inferior a 3 meses. Es por ello que en el presente trabajo nos encontramos ante un diagnóstico de Trastorno de La Conducta Alimentaria No Especificado, TCANE.

Resulta reseñable que, pese a que varios autores señalan que los TCANE son los trastornos más frecuentes, apenas exista literatura científica sobre estos síndromes subclínicos y tratamientos específicos validados, lo que dificulta en muchas ocasiones una detección precoz, algo indispensable para evitar mayor gravedad o una cronificación de la persona que lo sufre. Aun así, la TCC sigue siendo el tratamiento con mayor evidencia científica (Pedrero et al., 2021), convirtiéndose en la psicoterapia de primera elección, aunque siguen existiendo limitaciones en su eficacia (Zipzel et al., 2014). Por esta razón cada vez existen más líneas de investigación acerca de nuevos abordajes que arrojan resultados prometedores en el uso de, por ejemplo, la DBT (Linardon et al., 2017, 2019), la actividad física como herramienta complementaria a la TCC (Cook et al., 2016; LWC-NG et al., 2013; Vacampfort et al., 2013) o la implementación de las nuevas tecnologías (Botella et al., 2007, 2015; Freeman, 2008;

García Palacios et al., 2021; García Palacios et al., 2007, como se citó en Soto et al., 2018; Marco et al., 2013; Martín Garcés et al., 2020)

En cualquier caso, aquello que resulta relevante para un profesional en desórdenes alimentarios a la hora de diseñar la intervención, son las conductas problemáticas con la alimentación y el valor funcional que estas tienen, de forma que el tratamiento esté enfocado en otorgarle a la paciente las herramientas necesarias para modificar las estrategias disfuncionales por otras más adaptativas (Morandé et al, 2014; Serra, 2015). Para ello, en la intervención que nos atañe se ha llevado a cabo una serie de pasos: evaluación, análisis del problema (AF), propuesta de objetivos conjunto y aplicación de técnicas, adecuando, si es necesario estos últimos puntos, al ritmo de la consultante.

Las estrategias que se han ido aplicando en el tratamiento de Sofía pertenecen a diferentes orientaciones psicológicas (terapia cognitivo conductual, terapia de aceptación y compromiso, Mindfulness, psicología positiva y terapia interpersonal), y tras el desarrollo de la intervención, los resultados obtenidos en estas 12 sesiones ponen de manifiesto cambios relevantes. Entre los objetivos terapéuticos conseguidos hasta ahora destacan: 1) La desaparición de las conductas compensatorias y disminución de los atracones y purga, 2) Disminución del malestar (ansiedad y culpa), 3) Incremento de actividades sociales, con y sin relación con la alimentación, 4) Autorreflexión y autoconocimiento y 5) La aceptación de limitaciones y de la enfermedad (autocrítica y autoexigencia), por lo que no sólo ha mejorado la sintomatología alimentaria, sino otros síntomas relacionados con el TCA.

Para el abordaje de rasgos como el perfeccionismo, la autoexigencia o las dificultades en el manejo emocional, es necesario un tratamiento más directo y específico y un mayor número de sesiones, ya que se consideran factores mantenedores del trastorno alimentario. En este sentido, las terapias de tercera generación están aportando interesantes resultados en constructos como la estabilización afectiva o la inflexibilidad cognitiva (Saavedra et al., 2021).

Aun así, la rápida evolución que ha mostrado la paciente prevé un buen pronóstico, ya que, aunque el tratamiento no ha finalizado, su buena adherencia y motivación al cambio desde un principio y el nivel de implicación con el que acude a terapia, incluso a los lunes terapéuticos (terapia grupal), da lugar a ello.

No obstante, cabe reseñar que la recuperación en los TCA es larga y compleja, con oscilaciones entre los avances y retrocesos, donde el malestar influirá en la disforia emocional y con ello, las conductas aprendidas (observable, por ejemplo, en la primera semana de tratamiento), por lo que es importante una adecuada prevención de recaídas e identificar cuales son las señales de alarma y situaciones de riesgo para que, una vez termine el proceso de psicoterapia, la paciente sepa cómo manejarlas (Mitchell et al., 2006; Morandé et al; 2014; Serra, 2015; Tena Suck et al., 2015).

Este trabajo permite identificar algunos sesgos que existen hacia las personas con TCA y la recuperación en la edad adulta, poniendo en relieve cómo una detección precoz aumenta las probabilidades de éxito en psicoterapia. La importancia de un buen vínculo terapéutico, la motivación al cambio y la adecuación de las técnicas y estrategias usadas desde una orientación integradora también queda patente en la buena respuesta que la paciente ha mostrado (Reas et al., 2000).

De igual forma, es primordial que, para unos buenos resultados, no se caiga en el error de intervenir igual con todas las pacientes, incluso aunque se trate de la misma patología y la existencia de evidencias científicas que apoyen un tipo de terapia y/o recursos.

El trabajo cuenta con una serie de limitaciones; hubiese sido interesante analizar, mediante cuestionarios, algunas áreas de interés relacionadas con la psicopatología alimentaria a fin de cuantificar el efecto de la intervención (p.e., variables como el nivel de ansiedad o la insatisfacción corporal). Esto habría aportado una medición más objetivable de los resultados pre y post tratamiento. Sin embargo, este tipo de análisis no está exento de desventajas,

destacando su debilidad en validez interna y/o el riesgo de sesgos (Mendoza, 2006). Otra limitación a mencionar es la duración, ya que, al tratarse del seguimiento de un caso clínico dentro de un período de prácticas, no ha sido posible aportar información acerca de un abordaje más centrado en los factores de riesgo que aún muestra la paciente: el manejo de la imagen corporal, la evitación experiencial o las dificultades interpersonales en algunos ámbitos.

La creciente prevalencia de los desórdenes alimentarios ha hecho evidente que estas patologías no siempre siguen los patrones propuestos por los manuales o estudios, por lo que se hace necesario seguir indagando acerca de los TCA atípicos y la elaboración de tratamientos específicos. Se deben detectar, a su vez, las conductas alimentarias de riesgo, de forma que el profesional se anticipe a un diagnóstico con consecuencias más graves.

El caso de TCANE expuesto en este trabajo nos permite concluir:

- La importancia de la conciencia del problema y la alianza terapéutica como facilitadores de la intervención.
- La relevancia de una correcta formulación clínica del caso con el fin de diseñar un tratamiento individualizado.
- La asociación entre una prevención precoz y un mejor pronóstico de tratamiento.

A lo largo de 12 sesiones, la paciente ha logrado una mejoría significativa no sólo en la sintomatología alimentaria (disminución de atracones y conductas compensatorias), sino también en su calidad de vida. De igual forma, su incorporación a la terapia grupal refleja el uso de métodos de afrontamiento más adaptativos y una mayor aceptación de las vivencias internas.

A día de hoy, sigue siendo preciso intervenir de manera más explícita en variables como el perfeccionismo y rigidez mental, las dificultades interpersonales o la imagen corporal, por lo que el proceso terapéutico aún continúa.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®*. Washington.
- Baños, Rosa M.; Botella, Cristina; Perpiñá, Concepción; Alcañiz, Mariano; Lozano, Jose Antonio; Osma, Jorge & Gallardo, Myriam. (2002). Virtual reality treatment of flying phobia. *IEEE transactions on information technology in biomedicine: a publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 6(3), 206-212.
- Behar, R., Vargas, C., & Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: *un estudio comparativo*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(1), 26-36
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet*, 357(9264), 1254-1257.
- Botella, Cristina; Baños, Rosa M.; Perpiñá, Conxa; Villa, Helena; Alcañiz, Mariano & Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 239-246
- Botella, Cristina; Baños, Rosa M.; Villa, Helena; Perpiñá, Conxa & García-Palacios, Azucena. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31(3), 583-595
- Calvo Sagardoy, R. (2002). *Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*.
- Celis Ekstrand, A., & Roca Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica.
- Cook, B., Wonderlich, S. A., Mitchell, J., Thompson, R., Sherman, R., & Mccallum, K. (2016). Exercise in eating disorders treatment: systematic review and proposal of guidelines. *Medicine and science in sports and exercise*, 48(7), 1408.

- Chinchilla-Moreno, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1342-1346.
- Difede, J., & Hoffman, H. G. (2002). Virtual reality exposure therapy for World Trade Center post-traumatic stress disorder: A case report. *Cyberpsychology & behavior*, *5*(6), 529-535.
- Escursell, R. M. R. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-521.
- Fairburn, C. G. y Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified). En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 171-177). New York: Guildford Press.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual*. In C. G.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Fernández-Álvarez, J., Suso-Ribera, C., & Crespo Delgado, E. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413.

- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. Handbook of treatment for eating disorders, 2*, 121-134.
- Gómez-Del Barrio, J. A., García-Gómez, M. C. y Corral-Collantes, L. P. (2009). *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia, bulimia y trastorno por atracones*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Gómez, M. T., Bustamante, R., & del Arco Jódar, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes, 1*(1), 7-16.
- Ita Salud Mental, (23 de septiembre del 2021). *Ita Previ Valencia participa en el proyecto ESATRAL*. <https://itasaludmental.com/noticias/link/427>
- Jiménez Vaquerizo, E. (2013). El juego de bolos de Abades, patrimonio cultural y deportivo de Segovia (Deportes Autóctonos de Castilla y León). *efdeportes. com, Revista Digital, Buenos Aires, 18*(186).
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 195-204.
- Khraisat, B. R., Al-Jeady, A. M., Alqatawneh, D. A., Toubasi, A. A., & AlRyalat, S. A. (2022). The prevalence of mental health outcomes among eating disorder patients during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN, 48*, 141-147.
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review, 58*, 125-140.
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K. y Brennan, L. (2019). Metanálisis de los efectos de las intervenciones conductuales de tercera ola sobre los trastornos alimentarios y las preocupaciones sobre la imagen corporal: implicaciones para la

- prevención de los trastornos alimentarios. *Terapia cognitiva conductual*, 48 (1), 15-38.
- Marañón, I., Echeburúa, E., & Grijalvo, J. (2007). ¿Existen más trastornos de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios que buscan tratamiento que en otro tipo de pacientes psiquiátricos? Estudio comparativo de dos grupos de control utilizando el IPDE. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 7 (2), 283-293.
- Marco, JH, Perpiñá, C., & Botella, C. (2013). Eficacia de la terapia cognitivo conductual apoyada en realidad virtual en el tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: seguimiento a un año. *Investigación en psiquiatría*, 209 (3), 619-625.
- Martín-Garcés, A., & Castellano-Tejedor, C. (2020). Realidad virtual para el diagnóstico y tratamiento de Trastornos de Conducta Alimentaria: una revisión sistemática. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 22(3), e1630-e1630.
- Mitchell, J. E., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: where are we and where are we going?. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 95-101.
- Morandé, G., Graell, M., y Blanco, M.A. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad*. Editorial Panamericana.
- Moreno, M. I. C. (2013). Comorbilidad entre el trastorno depresivo y el trastorno de conducta alimentaria. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(1).
- Neumann, C., Cancino, I., Salfate, C., & Sandoval, J. (2021). Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños/as y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 4(2), 53-58.
- Ng, L. W. C., Ng, D. P., & Wong, W. P. (2013). Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy*, 99(1), 1-11.

- Palacios, R. M. (2006). Investigación cualitativa y cuantitativa Diferencias y limitaciones. *Piura Perú*.
- Prochaska, J., y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones.psicología. *Panace@*, 16, 97-99
- Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K., & Zucker, N. L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 428-434.
- Redondo, F. J. M., Brito, N. B., Robayna, B. P., Fariña, Y. R., & Flores, C. D. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23, 130-131.
- Rothbaum, Barbara O.; Hodges, Larry F.; Kooper, Rob; Opdyke, Dan; Williford, James S. & North, Max. (1995). Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 626-628
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Ready, D., Graap, K., & Alarcon, R. D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical psychiatry*, 62(8), 617-622.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H., & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1020.
- Rothbaum, B. O., Ruef, A. M., Litz, B. T., Han, H., & Hodges, L. (2003). Virtual reality exposure therapy of combat-related PTSD: A case study using psychophysiological indicators of outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(2), 163-178.
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2022). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Programa ZARIMA*, Gobierno de Aragón.

Ruiz-Mitjana, L. (15 de Julio del 2019). *Trastorno de la conducta alimentaria no*

especificado: ¿qué es? Psicología y Mente.

<https://psicologiaymente.com/clinica/trastorno-conducta-alimentaria-no-especificado>

Saavedra, P. B., Dextre, E. V., & Jiménez, G. V. (2021). Terapias contextuales y el programa MB EAT en los trastornos de conducta alimentaria. *Psicosomática y Psiquiatría*, (19).

Samatán-Ruiz, E. M., & Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 40-52.

Serra, M. (2015). Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos.

Trastornos del comportamiento alimentario, 1-263.

Soto, J. S., & Gómez, C. (2018). Avances en realidad virtual e intervenciones en psicología clínica. *Revista Tesis Psicológica*, 13(1), 1-15.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of abnormal psychology*, 110(1), 124.

Suck, A. T., & de la Fuente Zepeda, J. Eficacia de los tratamientos psicológicos en el manejo de pacientes con TCA.

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., & Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and rehabilitation*, 36(8), 628-634.

Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2001). Practice guidelines for eating disorders. *Behavior Therapy*, 32(2), 219-234.

World Health Organization (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Yager, J., Devlin, M., Halmi, K., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., & Powers, P. (2006).

American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(7 Suppl), 4-54.

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., ... & ANTOP Study Group. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127-137.