

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA VISIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY FOR EATING DISORDERS ACCORDING TO THE TRANSDIAGNOSTIC VIEW

AMANDA CELIS EKSTRAND Y ELIA ROCA VILLANUEVA

Unidad de Salud Mental Malvarrosa, Área 5. Avda. Malvarrosa, 10, 46111. Valencia.
amanda.celis@uv.es

Resumen

Las investigaciones actuales sobre eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) muestran, por lo general, que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene un mayor apoyo empírico. La teoría y la TCC desarrolladas por Fairburn para la Bulimia Nerviosa ofrecen los resultados más positivos, aunque aún son limitados. Para mejorar su eficacia y para expandir su modelo (y tratamiento) incluyendo a todos los TCA, Fairburn ha propuesto la teoría transdiagnóstica y la TCC derivada de ella. El objetivo de este trabajo es presentar una introducción teórica de estos planteamientos y describir las nuevas formas de tratamiento, con especial atención a la versión focalizada, de 20 sesiones, de la que se detallan las diferentes etapas y sus principales componentes.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, terapia cognitivo-conductual, teoría y tratamiento transdiagnóstico.

Abstract

Cognitive-behavioural therapy (CBT) is presently among the most effective psychological treatments of eating disorders (ED). The the-

ory and CBT of Bulimia Nervosa developed by Fairburn shows positive, but still limited, outcomes. In order to enhance its effectiveness and extend the model (and treatment) to embrace all ED, Fairburn proposed the transdiagnostic theory and the CBT derived from it. This article aims to present a theoretical introduction to the topic and to describe the various forms of treatment according to the transdiagnostic view. The different stages of the CBT and their main components are presented in detail according to the 20-session focused version.

Key words: eating disorders, cognitive-behavioural therapy, transdiagnostic theory and treatment.

Introducción

La clasificación propuesta por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) reconoce dos categorías diagnósticas específicas, la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), junto con una categoría residual denominada *trastorno de la conducta alimentaria no especificado* (donde se incluyen todos aquellos trastornos que presentan gravedad clínica pero que no cumplen con los criterios diagnósticos de AN o BN).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por una alteración de la percepción de la figura y el peso corporal. Además, las personas que padecen estos trastornos presentan una conducta alimentaria alterada, principalmente a consecuencia de restricciones en la ingesta o episodios de sobreingesta; junto con una serie de prácticas realizadas con el objetivo de “compensar” los efectos de la ingesta y de controlar el peso y la figura (p. e. vomitar, usar laxantes y/o diuréticos, ayunar o realizar ejercicio físico excesivo) que conllevan importantes riesgos para la salud.

Las posibles causas de los TCA incluyen una variedad de factores que sugieren la interacción entre aspectos socioculturales que fomentan la insatisfacción con la imagen corporal, variables familiares y, sobre todo, factores de riesgo individuales como: antecedentes de obesidad (García, Raich, Sánchez, Rusiñol y Sánchez, 2009), afecto negativo, rasgos de personalidad como la necesidad de control (Polivy y Herman, 2002) o seguir dietas (Fairburn, 1995).

Terapia Cognitivo Conductual

Actualmente los estudios sobre tratamientos psicológicos que se consideran eficaces para los trastornos alimentarios muestran, por lo general, que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico (NICE 2004, Wilson, 2005).

TCC para la bulimia nerviosa

El primero de los tratamientos cognitivo-conductuales protocolizado y específico para los TCA que empezó a ofrecer resultados positivos fue el propuesto por C. Fairburn (1985) para la BN a mediados de los años 80. Esta terapia cognitivo-conductual para la Bulimia Nerviosa (TCC-BN) tiene como objetivos: reducir los atracones y las conductas compensatorias (como las de tipo purgativo que incluyen vómitos y uso de laxantes o diuréticos); modificar la tendencia a hacer dietas extremas, y cambiar las actitudes hacia el peso y

la figura; además de disminuir otros síntomas asociados como: depresión, baja autoestima y deterioro en el funcionamiento social. La TCC-BN, basada en la teoría explicativa del mantenimiento de éste trastorno, viene descrita en manuales de tratamiento para terapeutas (Fairburn y Wilson, 1993) y libros de autoayuda para los propios pacientes (Fairburn, 1995).

La teoría cognitivo-conductual para la BN sostiene que el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación: mientras que la mayoría de las personas se evalúan a sí mismas basándose en la percepción que tienen de su propia ejecución en distintas áreas de su vida (p.e. las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia, los intereses personales, etc.), las personas con TCA se juzgan a sí mismas principalmente, o incluso de forma exclusiva, en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura y peso corporal; y a su capacidad para controlarlos. Esta **sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control** es la pieza clave en el mantenimiento del problema, lo que Fairburn, Cooper y Shafran (2003) denominan el “núcleo psicopatológico” (*core psychopathology*). A partir de éste núcleo se derivan el resto de características clínicas de los trastornos TCA: **la dieta estricta y los comportamientos dirigidos a controlar el peso** (p.e. restringir la ingesta, ejercicio excesivo, etc.), la evitación (p.e. evitar mirarse ciertas partes del cuerpo), los rituales de comprobación (p.e. mirarse continuamente al espejo, pesarse frecuentemente), y la preocupación por pensamientos sobre la comida, la figura y el peso.

Según éste modelo, la única característica clínica que no está directamente relacionada con el núcleo psicopatológico son los **atracones**, que aparecen como consecuencia de los intentos por restringir la ingesta y someterse a dietas extremas e inflexibles. La relación que se establece entre hacer dieta y los atracones forma un círculo vicioso, ya que la restricción dietética favorece la pérdida de control con ingesta de grandes cantidades de comida (atracones), pero a su vez la dieta es una respuesta a la sobreingesta (una medida compensatoria). Cuando las pacientes¹ fra-

¹ Se suele utilizar el término paciente en femenino porque la gran mayoría de los casos de TCA son mujeres.

casan en el cumplimiento de sus normas dietéticas estrictas con episodios de atracones, lo interpretan como evidencia del poco control que tienen sobre su ingesta, su figura y su peso. Romper las reglas dietéticas les supone una “pérdida de control” sobre la figura y el peso deseados, que les resulta inaceptable, por lo que tiende a reforzarse su conducta de hacer dieta y su idea sobrevalorada de la necesidad de mantener un determinado peso corporal, dando lugar de nuevo a un círculo vicioso que tiende a automantenerse (ver Figura 1).

Las estrategias compensatorias de tipo purgativo (**vómitos** autoinducidos y uso de medicamentos **laxantes y diuréticos**) favorecen el mantenimiento de los atracones. En muchas ocasiones las personas con BN tienen atracones cuando saben que podrán utilizar algún tipo de purga. Además, creen en algunas de estas prácticas como métodos para eliminar todas las calorías ingeridas en los episodios de atracones (sin embargo, los laxantes no parecen afectar a la absorción de las calorías y los vómitos eliminan menos de la mitad de las calorías ingeridas, por tanto, son prácticas ineficaces para controlar el peso).

La formulación original del modelo de BN de Fairburn explica que los momentos en los que las pacientes se saltan sus reglas estrictas y tienen episodios de atracones, estos no ocurren por azar, sino que suelen desencadenarse como respuesta a cambios en el estado de ánimo. Los atracones tendrían una función reguladora de los estados disfóricos, neutralizando los estados de ánimo negativos y los síntomas de estrés. El modelo del mantenimiento de la BN viene representado en la Figura 1.

El tratamiento que se deriva de éste modelo de mantenimiento de la BN no se centra principalmente en los atracones (que suelen ser la queja principal de éste tipo de pacientes), sino que abarca una respuesta más amplia y duradera al enfocar la terapia en la dieta estricta, las medidas compensatorias y, sobre todo, en el núcleo psicopatológico: la idea sobrevalorada sobre la figura, el peso y su control. Se trata de un tratamiento diseñado para unas 15-20 sesiones, distribuidas en tres etapas con aproximadamente cinco meses de duración (un resumen de esta terapia se encuentra en Roca y Roca, 1999).

La TCC-BN es el tratamiento de elección para éste tipo de pacientes. Sin embargo, su eficacia es limitada: solo la mitad de las pacientes tienen una respuesta completa y duradera (Fairburn et al., 2003).

La Visión Transdiagnóstica De Los Tca

La eficacia limitada de la TCC-BN en su formulación original ha llevado a sus autores a reformular su modelo añadiendo una serie de mecanismos mantenedores del trastorno, además de extenderlo a todos los TCA y no exclusivamente a la BN. Recientemente, Fairburn et al. (2003) han denominado a ésta extensión del modelo “Teoría transdiagnóstica” (*transdiagnostic theory*). Según ésta reformulación, en ciertos pacientes (aquellos en los que la TCC-BN no supone una mejora duradera en el tiempo) uno o varios de los procesos mantenedores adicionales propuestos actuaría obstaculizado el cambio.

Los cuatro mecanismos adicionales, mantenedores de los trastornos alimentarios, propuestos por Fairburn et al. (2003) son: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales. Los resúmenes seguidamente.

1. Perfeccionismo Clínico. Este mecanismo hace referencia a un esquema disfuncional de autoevaluación donde la valía personal es juzgada principalmente por los esfuerzos destinados a alcanzar objetivos elevados y por el éxito al conseguirlos, independientemente de las consecuencias perjudiciales que puedan tener dichos esfuerzos para el funcionamiento global. El perfeccionismo es una característica bastante común en los TCA. Existe un miedo al fracaso (p.e. comer en exceso, engordar, saltarse la dieta, etc.), una atención selectiva a determinadas actuaciones (p.e. contar calorías, vigilar el peso y la forma corporal) y una elevada autocrítica derivada de sesgos cognitivos negativos.

2. Baja autoestima. En algunas pacientes con TCA, la baja autoestima no consiste simplemente en pensar negativamente sobre una misma, como resultado de la incapacidad de controlar la ingesta o el peso; sino en la existencia de una autoimagen negativa permanente vis-

ta como parte de su propia identidad. Esta baja autoestima dificulta el cambio, principalmente a través de dos mecanismos: por un lado, les crea una sensación de desesperanza sobre la propia capacidad de cambio (perdiendo la confianza en el tratamiento), y por otro lado, las lleva a perseguir con determinación logros en las áreas altamente valoradas (p.e. control sobre ingesta, peso y figura corporal) que son difíciles de alcanzar porque no son realistas ni están bajo su control (i.e. llegar a pesar una determinada cifra, utilizar una talla concreta de ropa, seguir dietas estrictas, etc.). Cuando no logran alcanzar dichas metas, ese “fracaso” se sobregeneraliza y se interpreta como confirmación de “ser una fracasada”. Estas pacientes con autoimagen negativa crónica suelen responder mal al tratamiento.

3. Intolerancia a los cambios en el estado de ánimo. Algunas pacientes con TCA tienen problemas para afrontar de forma adecuada ciertos estados emocionales, tanto negativos (p.e. ira, ansiedad o depresión) como positivos (p.e. euforia). Cuando experimentan cambios en su estado de ánimo, estas pacientes son incapaces de reconocerlos y aceptarlos, e intentan modular su estado anímico con conductas que, en ocasiones, son muy desadaptativas, por ejemplo, autolesiones o consumo de sustancias psicoactivas. También recurren a otros comportamientos como atracones, vómitos y ejercicio físico intenso para modular su estado de ánimo.

4. Dificultades Interpersonales. Algunas pacientes con TCA también presentan importantes problemas en sus relaciones interpersonales. La terapia interpersonal ha demostrado su eficacia como tratamiento para la BN (Wilson, 2005), y es por ello que se han integrado algunos de sus elementos en el modelo transdiagnóstico y en la TCC derivada de él, ya que las dificultades en esta área pueden estar perpetuando el TCA .

De acuerdo con uno de los últimos trabajos publicados por Fairburn (2008) en forma de manual para terapeutas, la visión transdiagnóstica

permite utilizar básicamente una misma teoría y tratamiento para el conjunto de los trastornos alimentarios.

Según este autor, en la práctica clínica los tres diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR se distribuyen de forma que la gran mayoría de estas pacientes cumplen los criterios para el diagnóstico de *TCA no especificado* (50-60%), seguido de las diagnosticadas como BN (30%) y, en menor medida, de aquellas con AN (10-15%). Dentro de los diagnósticos *no especificados* entrarían los casos que no cumplen todos los criterios para BN o AN (subclínicos), aquellos que combinan características de ambos diagnósticos (“mixtos”), y los que cumplen criterios para el trastorno por atracón (el grupo más pequeño que compone menos del 10% de los casos).

En concordancia con estos datos, los tres diagnósticos de TCA comparten entre sí más características que diferencias. Siguiendo el planteamiento de Fairburn (2008), estos trastornos tienen una parte de psicopatología “específica”² y otra serie de componentes de psicopatología “general” (es decir, compartidos con trastornos no alimentarios), como síntomas de depresión, ansiedad o abuso de sustancias, entre otros.

La psicopatología específica de los TCA se refiere al “núcleo psicopatológico” descrito anteriormente, es decir, a la sobrevaloración de la figura, y del peso corporal y su control. Además, las conductas llevadas a cabo por las personas con trastornos alimentarios conllevan una serie de riesgos para la salud física, muchos de los cuales surgen a raíz de las purgas, como desequilibrios en los fluidos corporales y en los electrolitos (sodio, potasio, etc.).

La clasificación en los tres diagnósticos establecidos por el DSM-IV puede parecer arbitraria si observamos el curso y la evolución de éstos trastornos a nivel longitudinal. La AN suele comenzar a mediados de la adolescencia con restricciones en la dieta, que poco a poco se vuelve más rígida y extrema, mientras que la persona consigue un peso significativamente bajo (IMC³ <17,5-18). Sin embargo, es frecuente

² Para Fairburn (2008) los TCA son, esencialmente, “trastornos cognitivos” porque comparten un núcleo psicopatológico basado en pensamientos, creencias y actitudes relacionados con la idea sobrevalorada de delgadez.

³ Índice de Masa Corporal (IMC).

que estas personas recurran a los atracones en algún momento, que ganen algo de peso y que desarrollen BN (en aproximadamente la mitad de los casos) o una forma mixta de TCA no especificado. En la BN el trastorno empieza, por lo general, más tarde (al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta) y puede ser similar a una AN, que luego va cambiando hasta parecer también una forma mixta de trastorno no especificado.

Estas características ponen de relieve lo que Fairburn (2008) denomina una “migración de diagnósticos”⁴ dentro de los TCA; una migración que no ocurre al azar sino que refleja que estos trastornos comienzan con restricciones en la ingesta, que acaban por romperse con episodios de atracones, debidos a la dificultad que tienen las pacientes para mantener el control de una dieta muy rígida y demandante. Los frecuentes cambios de diagnóstico en estas pacientes sugieren que, en lugar de tratarse de la recuperación de un trastorno y el desarrollo de otro distinto, se trata de la evolución de un mismo trastorno alimentario. Es a partir de estos datos y ésta reflexión, de donde surge la visión transdiagnóstica de los TCA.

TCC para los TCA

De acuerdo con éste planteamiento, el modelo propuesto inicialmente por Fairburn (1985) para la BN, se amplía para abarcar distintas realidades clínicas en la teoría y tratamiento transdiagnóstico, como refleja la Figura 2, que incluye diagnósticos como la AN, BN y otros que pueden incluirse en la categoría de no especificados.

El modelo transdiagnóstico destaca que la única diferencia básica entre AN y BN radica en el grado de éxito alcanzado en sus intentos de controlar su peso corporal. En la BN el peso

suele quedar compensado entre los episodios de sobreingesta y los periodos restrictivos (estas pacientes suelen tener un IMC dentro del rango saludable), mientras que en la AN los intentos por restringir la ingesta consiguen un bajo peso significativo (IMC <17.5). Sin embargo, los elementos que mantienen ambos TCA y que, por tanto, deben ser tratados durante la TCC son los mismos, los presentados en el modelo de la Figura 2.

Como ya hemos dicho, el núcleo psicopatológico en los TCA es la sobrevaloración de la importancia de la figura, y del peso corporal y su control, que deriva en conductas dirigidas a reducir la ingesta, mediante dietas estrictas y otras medidas para controlar el peso. Es entonces cuando suelen aparecer los episodios de atracón, que se pueden dar en cualquier TCA, aunque son menos comunes en pacientes con AN⁵.

El modelo transdiagnóstico incluye a pacientes que tienen un bajo peso significativo (que suelen ser típicamente aquellas con AN, pero también casos mixtos o *no especificados*). En estas pacientes con bajo peso significativo el círculo vicioso se cierra de nuevo con la preocupación central por el peso y la figura; que en algunos casos puede cursar también con atracones.

El resto del modelo incluye las conductas compensatorias tras los episodios de atracón. Se añade también a esta nueva reformulación la influencia de los eventos externos y de los cambios en el estado de ánimo, como moduladores de los atracones.

Descripción De La Tcc De Fairburn Según La Visión Transdiagnóstica

El tratamiento derivado de la teoría transdiagnóstica de los TCA es una TCC que los au-

⁴ El trastorno por atracón (que se incluye dentro de la categoría de TCA no especificado), es una excepción, ya que cursa de manera diferente a la BN y la AN: empieza alrededor de la treintena, una tercera parte de los pacientes son hombres, es un trastorno intermitente con periodos de control sobre la ingesta, y se da en personas con tendencia a comer en exceso y ganar peso (son pocos los que indican haber padecido AN o BN anteriormente).

⁵ Los pacientes con AN suelen tener atracones de tipo “subjetivo”, en los que la cantidad de alimento ingerida no es grande, pero se percibe como tal teniendo en cuenta la dieta estricta y la evitación de alimentos.

tores han denominado “mejorada” (“Enhanced”-Cognitive Behavioral Therapy)⁶, que incluye el tratamiento de todos los TCA y que, en su versión principal, se estructura en cuatro etapas desarrolladas en un total de 20 sesiones a lo largo de 20 semanas (5 meses).

A partir de la formulación de cada caso, la terapia admite distintas formas de tratamiento. Por un lado, existen dos versiones: la “focalizada” (*focused versión*) que se centra exclusivamente en la psicopatología propia de los TCA y la versión “extendida” (*broad versión*) que incluye los mecanismos adicionales (perfeccionismo clínico, baja autoestima, estados de ánimo y relaciones interpersonales). Por otro lado, se contemplan dos posibilidades en cuanto a la duración: 20 sesiones (en su versión más habitual) y 40 sesiones (en casos de peso por debajo de un IMC=17,5). Además, existen versiones con modificaciones específicas para pacientes jóvenes, una modalidad intensiva para pacientes internados y versiones para ser aplicadas en grupo.

En el presente trabajo nos centraremos especialmente en la TCC de 20 sesiones, en su versión focalizada y a nivel individual, ya que es la que se recomienda para la mayoría de las pacientes y la que se centra exclusivamente en la psicopatología de la conducta alimentaria. En la tabla 1 se resume cada una de las etapas del tratamiento indicando la duración en semanas y el número de sesiones.

Etapa I

La primera etapa se compone de 7 sesiones (de 50 minutos) además de la sesión inicial, y se desarrolla a lo largo de cuatro semanas con una frecuencia de dos sesiones por semana.

Sesión Inicial

Es la sesión más larga (90 minutos) y debe cubrir siete componentes: motivar a la paciente en el tratamiento; evaluar la naturaleza y severidad de la psicopatología; formular, conjuntamente con la paciente, los mecanismos de man-

tenimiento del problema alimentario (de acuerdo a la Figura 2); describir el tratamiento; explicar la monitorización de la ingesta (autorregistros); aclarar las tareas para la próxima sesión, y resumir la sesión antes de concertar la siguiente cita.

Sesión 1

La primera sesión tiene como prioridad conseguir que la paciente se comprometa con la terapia. Además, deben conseguirse los siguientes objetivos:

Empezar a instaurar el hábito de monitorizar el peso en cada sesión.

Revisar los autorregistros diarios que deben incluir la información siguiente: todas las ingestas (comidas y bebidas), señalando la hora y el lugar en que se producen, indicando si alguna de las ingestas se considera excesiva (presencia de atracones objetivos o subjetivos), anotar los vómitos y uso de laxantes o diuréticos y, por último, anotar comentarios, según las indicaciones del terapeuta en cada etapa (p.e. pensamientos, emociones o circunstancias importantes relacionadas con ingestas o atracones). El modelo de autorregistro puede encontrarse en Fairburn (2008).

Revisar la formulación del caso para asegurarnos de que la paciente entiende el modelo, para utilizarlo como guía durante el tratamiento.

Educar a la paciente sobre el peso y sobre las conductas de comprobación del peso (p.e. el papel mantenedor de conductas como pesarse con frecuencia o mirarse continuamente al espejo).

Sesiones 2-7

A partir de la segunda sesión, el tratamiento debe centrarse en obtener cambios.

La terapia seguirá una estructura fija: pesar a la paciente, revisar los últimos autorregistros, establecer los puntos a tratar en la sesión (de

⁶ Esta forma de TCC también suele denominarse tratamiento transdiagnóstico (ver Fairburn et al. 2003).

forma conjunta), trabajar sobre los puntos establecidos, aclarar las tareas para la próxima sesión y, por último, resumir lo tratado en la sesión.

En estas seis sesiones de la primera etapa se cubren los siguientes objetivos:

Educación sobre los TCA a través de lecturas guiadas como el libro de autoayuda de Fairburn (1995).

Establecer un patrón regular de ingesta: planificar cinco comidas diarias (de este modo las pacientes con atracones se benefician porque estos se desplazan, las que tienen hábitos de alimentación caóticos adquieren una estructura y un control sobre sus comidas, y las que restringen la ingesta empiezan a regular sus sensaciones de hambre y saciedad). También han de tratarse en este punto: las conductas de purga, el ejercicio excesivo y la sensación de “estar llena” o “hinchada” tras las comidas.

Hacer partícipes a otras personas en la terapia: familiares y amigos que puedan ayudar a conseguir el cambio, o aquellos que estén obstaculizando el proceso.

Etapa II

La segunda etapa del tratamiento es de transición, se compone de una o dos sesiones (una por semana) en las que se revisa el progreso obtenido hasta el momento y se toman decisiones con respecto a la etapa III.

Sesiones 8-9

Se establecen cinco objetivos:

Revisar el progreso alcanzado: la magnitud del cambio durante las primeras semanas es un fuerte predictor de los resultados del tratamiento. Por tanto, conviene volver a evaluar a la paciente y comparar los registros de las últimas se-

siones con los obtenidos en las primeras entrevistas. Cuando las afectadas llegan a esta etapa, habitualmente han mejorado su patrón de alimentación y han reducido la frecuencia de atracones y otras conductas compensatorias.

Identificar las posibles barreras que dificultan el cambio: discutir con la paciente los posibles mecanismos que estén obstaculizando el proceso (p.e. miedo al cambio, eventos externos, dificultades interpersonales, incompatibilidades de la terapia con el trabajo o la vida familiar, depresión clínica, desagrado con la terapia, etc.).

Revisar la formulación del caso: considerando si hubiese que cambiar algún elemento, aunque no suele ser necesario.

Decidir entre continuar con la versión focalizada o aplicar a partir de ahora la versión “extendida”: a partir de esta etapa se continuará con la versión focalizada en la gran mayoría de los casos, pero ha de contemplarse la posibilidad de utilizar la versión extendida con pacientes en los que existen mecanismos externos al trastorno alimentario (como los explicados en apartados anteriores) que ayudan a mantener la psicopatología y que obstaculizan el cambio. En caso de utilizarse la versión extendida a partir de la etapa III, el tratamiento se centrará en uno de los módulos adicionales (o máximo dos módulos en caso de utilizarse la versión de 40 sesiones). Ver Fairburn (2008).

Diseñar la etapa III: la tercera etapa corresponde a la parte principal del tratamiento donde se continúa con la estructura establecida en la etapa I y se trabajan los mecanismos mantenedores del problema. Los seis principales mecanismos mantenedores son: 1) la sobrevaloración del peso y figura, 2) la sobrevaloración del control sobre la comida, 3) los intentos de limitar la ingesta, 4) la restricción dietética⁷, 5) el mantenerse por debajo del peso saludable (IMC < 17.5) y, 6) la influencia de eventos externos, los cambios en el estado de ánimo, y los hábitos de alimentación. Es importante que el

⁷ Fairburn (2008) hace distinción entre los intentos por restringir la dieta (dietary restraint), es decir, esfuerzos por limitar la ingesta que no implican necesariamente que se ingieran menos calorías de las necesarias; y la restricción dietética (dietary restriction) que conlleva por definición una ingesta de calorías por debajo de las necesarias a nivel fisiológico.

terapeuta conozca la importancia que cada uno de estos mecanismos mantenedores tiene en cada paciente, a la hora de decidir sobre cuales se trabajará y en qué orden. En líneas generales, los autores proponen las siguientes pautas: a) en pacientes con bajo peso la prioridad es aumentar el peso y, por tanto, lo recomendable es el tratamiento en 40 sesiones; b) en los que predomina la sobrevaloración de la figura y/o el peso y el control sobre la comida conviene comenzar la siguiente etapa centrándose en estas actitudes, ya que es uno de los mecanismos más difíciles de cambiar y que requiere más tiempo de trabajo; c) en pacientes con un IMC > 17.5 los intentos de limitar la ingesta y la restricción dietética pueden tratarse de forma conjunta; y d) en aquellas en las que el problema alimentario está influido por eventos externos y cambios en el estado de ánimo, esto debe ser tratado en segundo o tercer lugar a lo largo de la etapa III.

Etapa III

La tercera etapa del tratamiento es la más larga. Comprende 8 sesiones, con periodicidad semanal. El trabajo a lo largo de esos meses se dirige a cuestionar los mecanismos mantenedores, según la formulación de cada caso. Por tanto, de acuerdo con lo visto anteriormente, ha de estar diseñada según las características de la paciente y de su problema.

La etapa III del tratamiento no está estructurada por sesiones como lo están las etapas anteriores. Sin embargo, los autores distinguen tres bloques temáticos, que han de ser tratados a lo largo de las 8 semanas: A) preocupación por la figura, rituales de comprobación, sensación de "sentirse gorda" y pensamientos y creencias relacionados; B) intentos de restringir la dieta, reglas dietéticas y control sobre la alimentación, y C) eventos externos, estados de ánimo y hábitos de alimentación.

A continuación se exponen los aspectos más relevantes de cada uno de esos tres bloques temáticos.

A. Preocupación por la figura, rituales de comprobación, sensación de "sentirse gorda" y pensamientos y creencias relacionados.

La etapa III frecuentemente comienza centrándose en el "núcleo psicopatológico" de los TCA, es decir, en la sobrevaloración de la figura, del peso y de su control. Recordemos que uno de los aspectos más característicos de este tipo de pacientes es que juzgan su autovalía personal casi exclusivamente en relación a su peso y figura corporal, y a su habilidad para controlarlos. Este módulo del tratamiento es el que conlleva una mayor dedicación de tiempo y el que obtiene un cambio más gradual. A lo largo de las sesiones que se dediquen a este módulo, han de cubrirse los siguientes elementos en el orden propuesto:

- I. *Identificar la sobrevaloración y las consecuencias derivadas.* Hay que educar a la paciente sobre el concepto de auto-evaluación, los aspectos importantes sobre los que las personas podemos juzgarnos y cómo en los TCA existe una idea sobrevalorada acerca de la figura y el peso. Una forma de trabajar este tema es proponerle que represente, mediante un gráfico de pastel, la importancia de distintas áreas de su vida a la hora de auto-evaluarse (la mayoría de pacientes con problemas alimentarios dibujarán una gran parte del gráfico con cuestiones relacionadas con el aspecto físico, la delgadez, etc., y dedicarán un porcentaje muy pequeño a otras áreas como la familia, los estudios o el trabajo). La idea es ayudarla a visualizar y comprender cómo el tener un área tan dominante a la hora de auto-evaluarse es perjudicial, porque disminuye notablemente la importancia de otras áreas (p.e. amigos, pareja, actividades de tiempo libre, etc.) y hace a las personas vulnerables a evaluarse de forma negativa cuando no pueden controlar el área dominante en todo momento. Una explicación más detallada de esta técnica puede encontrarse en Fairburn (2008) y Waller et al. (2007).
- II. *Aumentar la importancia de otras áreas implicadas en la autovalía.* Continuando con la idea anterior, hay que mostrar a la paciente que la sobrevaloración del peso y la figura margina otras áreas importantes de la vida, que pueden contribuir a una auto-evaluación más positiva de uno mismo. Se trata de recuperar activida-

des que se han dejado de realizar a partir del TCA (incluyendo nuevos elementos al gráfico de pastel dibujado anteriormente), por ejemplo, retomar relaciones interpersonales, comenzar nuevas actividades de tiempo libre, etc., que la paciente debe intentar durante las próximas semanas.

III. Tratar los rituales de comprobación y las conductas de evitación. Es importante hacer preguntas directas y educar sobre las conductas de comprobación y evitación relacionadas con el cuerpo y la comida, ya que muchas pacientes no suelen hablar de ello directamente o no son conscientes de realizar estas conductas. Los rituales de comprobación del peso y la figura incluyen conductas como mirarse frecuentemente al espejo, medirse ciertas partes del cuerpo, apretar o tocar zonas del cuerpo determinadas, compararse constantemente con otras personas o mirarse continuamente el cuerpo (p.e. muslos o barriga). Entre las conductas de evitación destacan: no llevar ropa ajustada, evitar los espejos, no mirar fotografías de una misma o cubrirse ciertas partes del cuerpo. El terapeuta puede pedir que estas conductas se incluyan en una nueva columna del autorregistro, durante algunas semanas de esta etapa, mientras la paciente aprende a eliminarlas. Una explicación más detallada de cómo abordar este aspecto puede encontrarse en Fairburn (2008) y Waller et al. (2007).

IV. Tratar la sensación de “sentirse gorda.” Las personas con TCA suelen equiparar el “sentirse gordas” con estar realmente gordas o tener sobrepeso. Esto debe tratarse en esta etapa, ya que contribuye al mantenimiento de ciertas conductas problemáticas (p.e. evitar ciertos alimentos o realizar ejercicio físico excesivo). La sensación de “sentirse gorda” fluctúa a lo largo del tiempo a pesar de que el peso corporal se mantenga estable. Hay que ayudar a la paciente para que pueda distinguir exactamente en qué consiste esa sensación, es decir, preguntarle cuándo ocurre, bajo qué circunstancias, qué sensaciones fisiológicas le acompañan, etc. La gran mayoría de los desencadenantes de la sensación de “sentirse gorda” están asociados a estados de ánimo negativos (p.e. aburrimiento, soledad, tristeza, etc.) o se derivan de conductas o sensaciones físicas normales (p.e. sentirse llena después de comer, notar la ropa ajustada, compararse con otras personas, tener calor, es-

tar sudando, etc.). Una vez detectados los desencadenantes, se entrena a la paciente en la técnica de resolución de problemas para aprender a manejarlos.

V. Explorar los orígenes de la sobrevaloración. En las últimas sesiones de la etapa III es aconsejable indagar en los posibles orígenes del trastorno alimentario y en cómo se ha mantenido en el tiempo. Para ello se le pide a la paciente que recuerde si en distintos periodos de su vida (p.e. hasta un año antes del inicio del TCA, durante el año anterior a su inicio, el primer año de evolución y hasta el momento actual) se dio alguna circunstancia o evento que pudo contribuir al desarrollo de la sobrevaloración del peso, la figura y su control. A partir de esta información se crean hipótesis sobre el origen y mantenimiento del problema, que ayudan a la paciente a entender su proceso y a verlo como algo más “normal” y menos “patológico”.

VI. Aprender a controlar los pensamientos y creencias relacionados con el TCA: este último módulo suele tratarse en las últimas sesiones de la tercera etapa, y constituye la parte más cognitiva del tratamiento. Consiste en identificar los pensamientos y creencias problemáticos que contribuyen al mantenimiento del problema, con el objetivo de cuestionarlos y modificarlos. El núcleo psicopatológico de los TCA puede ser entendido como un sistema de creencias que lleva a la paciente a filtrar la información que recibe del exterior, así como la relacionada con sus estímulos internos, en forma tal que la lleva a malinterpretar ciertas experiencias y a realizar conductas específicas derivadas de dichas malinterpretaciones. Fairburn (2008) utiliza la metáfora del reproductor de DVD para explicar que la mente reproduce pensamientos diversos y que hay que aprender a detectar cuándo se está reproduciendo el DVD de los problemas alimentarios, reconociendo los primeros signos, para parar a tiempo y volver al camino correcto, siguiendo lo aprendido durante la terapia y realizando actividades alternativas distractoras.

B. Intentos de restringir la dieta, reglas dietéticas y control sobre la alimentación.

Frecuentemente este módulo se incorpora al tratamiento después de varias sesiones en la

etapa III. Consiste principalmente en hacer entender a la paciente que “hacer dieta” es una conducta contraproducente porque mantiene el problema alimentario y produce efectos adversos como la disminución de la capacidad de concentración, el aumento de ansiedad y la restricción de los alimentos que pueden ingerirse (pudiendo dificultar las relaciones sociales), además de ser el principal factor de riesgo para los atracones. Es importante evaluar el tipo de comidas que se evitan (comidas prohibidas) y las reglas dietéticas que se intentan seguir, para lograr un patrón de alimentación regular y variado que pueda mantenerse después del tratamiento. También hay que tratar en este punto la idea sobrevalorada de la necesidad de controlar la alimentación, con experimentos conductuales en los que se le pide a la paciente que deje de realizar conductas de comprobación o que rompa sus reglas dietéticas.

C. Eventos externos, estados de ánimo y hábitos de alimentación.

En este módulo se insiste en la relación existente entre los hábitos de alimentación en los TCA y su relación con eventos externos o con cambios en el estado de ánimo, y se enseñan técnicas para resolver problemas concretos, con ejemplos recientes tomados de la paciente. En los casos en que a pesar de la mejora conseguida hasta la etapa III continúan con “atracones residuales” de manera intermitente, se utiliza la técnica del “análisis de atracones” en la que se intenta reencuadrar la situación, como consecuencia de alguno de los siguientes procesos: a) romper una de las reglas dietéticas, b) desinhibirse a causa del consumo de alcohol u otras drogas, c) no comer lo suficiente a lo largo del día, o d) estar facilitado por ciertos eventos externos o por estados disfóricos. Se trata de analizar las situaciones, para que la paciente las vea como acontecimientos aislados, que tienen solución si son detectados a tiempo, aplicando técnicas como el control de estímulos, la resolución de problemas o la realización de actividades alternativas sustitutorias (para más información sobre estas técnicas consultar Fairburn, 1995).

Etapa IV

La cuarta etapa del tratamiento consta de tres sesiones, una cada 15 días, a lo largo de seis semanas. Esta última etapa trata de consolidar los avances conseguidos en las etapas anteriores asegurando, en lo posible, el mantenimiento del progreso y minimizando las recaídas en el futuro. En esta etapa hay que comprobar que las expectativas de las pacientes son realistas y se adaptan a lo conseguido durante las sesiones anteriores, así como repasar los logros alcanzados y las estrategias que han sido más útiles a lo largo de la terapia. Al finalizar el tratamiento es posible que algunas pacientes sigan haciendo dieta, e incluso teniendo atracones o vómitos ocasionales y manteniendo ciertas ideas disfuncionales sobre la figura y el peso. A pesar de ello, es aconsejable terminar en el tiempo establecido y preparar un plan de mantenimiento a largo plazo. Al finalizar la última de las sesiones se programa una sesión de revisión para 20 semanas después de finalizar el tratamiento.

Sesión de Revisión.

En la revisión se vuelve a evaluar a la paciente y se contempla la necesidad de realizar alguna otra sesión. Además, se evalúa el seguimiento del plan de mantenimiento, se analiza la necesidad de seguir con el hábito de pesarse semanalmente, se discuten las posibles “caídas” (recaídas leves) producidas desde el final de la terapia y se revisa el plan a seguir a largo plazo.

Comentarios Finales

La aproximación transdiagnóstica destaca que ciertas características clínicas entre las pacientes con TCA (las ideas sobrevaloradas acerca de su figura, peso corporal y su control) son más consistentes entre sí y más importantes que las diferencias en el peso (IMC) o las manifestaciones conductuales. Por ello, considera que las diferencias en el diagnóstico entre los diversos TCA son menos relevantes de lo que se creía a la hora de formular el caso y diseñar el tratamiento.

Este trabajo pretende dar a conocer los aspectos teóricos y prácticos relacionados con el

tratamiento (TCC) de los TCA según la visión transdiagnóstica (Fairburn et al., 2003), en respuesta a la demanda de sus autores de diseminar su propuesta para que sea accesible a los terapeutas que trabajan con pacientes con estos trastornos. A pesar de los estudios que demuestran que la TCC es un tratamiento basado en la evidencia, tanto para la BN como para el trastorno por atracón, su aplicación no está muy extendida en la práctica clínica (Wilson, 2005).

Por lo que se refiere a la propuesta transdiagnóstica, son necesarios más estudios que demuestren la eficacia de este tratamiento para la AN, aunque parece prometedor ya que esta aproximación incorpora aspectos característicos de estas pacientes, como el miedo a ganar peso o el perfeccionismo, que pueden verse beneficiados con la TCC (Wilson, 2005).

A pesar de los esfuerzos realizados por los autores para mejorar la TCC para los TCA en esta nueva versión mejorada, es necesario todavía optimizar su eficacia y, posiblemente, simplificar su procedimiento determinando cuáles son los ingredientes más activos del mismo y eliminando los restantes componentes (Fairburn, 2008).

Por último, destacar que existen tratamientos más sencillos y de menor coste, como los manuales de autoayuda basados en la evidencia (p.e. el de Fairburn, 1995) que están considerados como una posible primera opción para algunas pacientes con BN o trastorno por atracón (NICE, 2004; Wilson, 2005). La autoayuda guiada por un manual tiene la posibilidad de ser utilizada por la propia paciente o con supervisión y apoyo de un terapeuta, y en caso de no dar resultado se aconseja la aplicación de la TCC llevada a cabo por un terapeuta.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV-TR) (4ª ed. texto revisado). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3ª ed.). APA Practice Guidelines. www.psych.org
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. (18ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Carretero, A., Raich, R.M., Sánchez, L., Rusiñol, J. & Sánchez, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y salud*, 20(2), 145-157.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. En D. M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D. Wales, J. & Palmer, R. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating disorders –core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. NICE Clinical Guideline no. 9. London: NICE. www.nice.org.uk
- Palacios, X. (2007). Evolución de las teorías cognoscitivas y del tratamiento cognoscitivo conductual de la anorexia nerviosa. *Terapia Psicológica*, 25(1), 73-85.
- Perpiñá, C. (1995) Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. II. (pp. 403-421). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 53, 187-213.
- Roca, E. & Roca, B. (1999). La bulimia nerviosa y su tratamiento: terapia cognitivo conductual de Fairburn. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 49 y 50, 48-58.

Schramm, E. (1998). *Psicoterapia interpersonal. De las depresiones y otros trastornos psíquicos*. Barcelona: Masson.

Wilson, G.T. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.

Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen R. L., Mountford, V. & Russel, K. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders. A comprehensive treatment guide*. New York: Cambridge University Press.

Wilson, G.T., Grilo, C. M. & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.

Figura 1. Modelo cognitivo-conductual del mantenimiento de la BN de Fairburn⁸

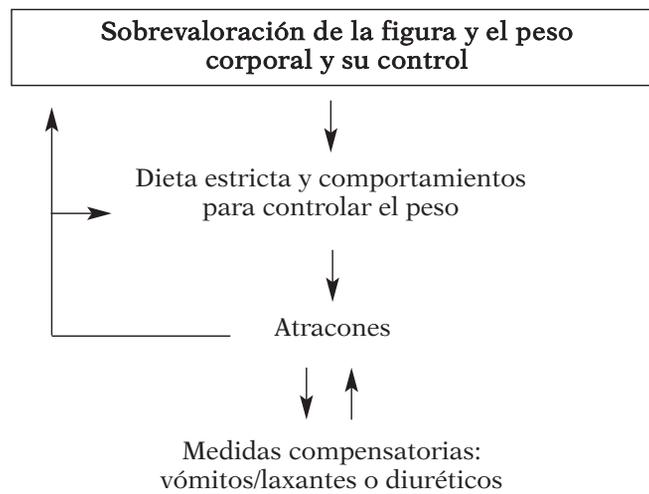
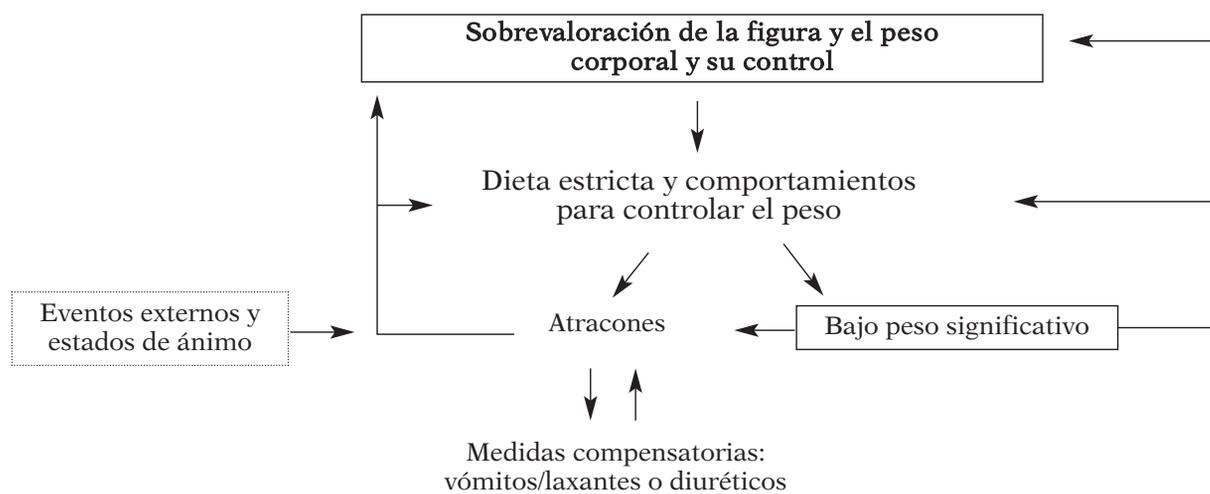


Figura 2. Modelo cognitivo-conductual «transdiagnóstico» de Fairburn (2003, 2008)⁹



⁸ Figura adaptada de Fairburn, Cooper y Shafran (2003).

⁹ Figura adaptada de Fairburn, Cooper y Shafran (2003) y Fairburn (2008).

Tabla 1. Resumen de las etapas y sesiones del tratamiento en 20 sesiones

Etapas	Semana del tratamiento	Sesiones	Objetivos principales
I	1-4	2/semana (7+1)	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación y educación sobre la TCC • Formulación del caso • Realización de autorregistros (peso, ingestas, ...)
II	5-6	1/semana (2)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el progreso y la formulación del caso • Identificar barreras para el cambio • Diseñar etapa III (versión focalizada o extendida)
III	7-14	1/semana (8)	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar los mantenedores del TC <ul style="list-style-type: none"> ○ Preocupación por la figura ○ Dieta ○ Eventos externos y estados de ánimo
IV	15-20	2/mes (3)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el progreso alcanzado • Plan de mantenimiento a largo plazo
Sesión de revisión	20 semanas post-tratamiento	1	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el mantenimiento y las posibles caídas

