

■ Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida

Pedro V. García-Marín, Virginia Antón-Menárguez y Rosana Martínez-Amorós
Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

Resumen

En el presente estudio de caso único se describe la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente de 19 años que presentaba trastorno por atracón con múltiples comorbilidades de larga evolución. La joven, candidata a cirugía bariátrica, padecía obesidad mórbida de inicio insidioso desde la infancia. El tratamiento tuvo como objetivos la reducción del número de atracones, adherencia a hábitos de vida saludables, mejora del estado de ánimo y la autoestima, reducción de la ingesta emocional y mejora de sus estrategias de afrontamiento y autocontrol. La intervención constó de 3 sesiones de evaluación y 12 de tratamiento. Los resultados mostraron que se logró alcanzar los objetivos planteados. Se discuten las implicaciones clínicas de los resultados.

Palabras clave: Trastorno por atracón, tratamiento cognitivo-conductual, obesidad mórbida, cirugía bariátrica, adolescente.

Abstract

Cognitive-behavioral treatment of a binge eating disorder at a late teenager with morbid obesity. The present study describes the application of a cognitive-behavioral therapy in a 19-year-old teenager that presented binge-eating disorder with long-term multiple comorbidities. The girl, who was candidate for bariatric surgery, has suffered morbid obesity with insidious onset since her childhood. The scope of the treatment was to reduce the number of eating binges, to promote healthy lifestyle habits, to improve her mood and self-esteem, to reduce the emotional intake and to enhance her coping strategies and self-control. The intervention consisted of 3 evaluation sessions and 12 sessions of treatment. The results showed that the planned goals were reached. The clinical implications of the results are discussed.

Keywords: Binge-eating disorder, cognitive-behavioral therapy, morbid obesity, bariatric surgery, teenager.

El Trastorno por Atracón (TA en adelante) es un trastorno psicológico caracterizado por el consumo de grandes cantidades de comida, mayores de las que comería habitualmente una persona bajo circunstancias similares, con intervalos cortos de tiempo, acompañado de pérdida de control sobre la ingesta. Estas condiciones deben estar asociadas a tres o más de los siguientes síntomas: comer más rápido de lo habitual, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza de todo lo que se come y sentir disgusto, culpabilidad o depresión después de los atracones. Todos estos síntomas deben manifestarse al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses y en ausencia de conductas compensatorias características de la bulimia nerviosa (DSM-5; APA, 2013). Forma parte de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA en adelante). Inicialmente el concepto de TA como sobreingesta sin conductas compensatorias fue introducido por Stunkard en 1959 y estructurado en los años 90 por Fairburn y Spitzer como un síndrome específico dentro del DSM-IV-TR. En éste, el TA estuvo cla-

sificado dentro de la amplia categoría de TCA No Especificados, apareciendo como criterios en investigación en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Respecto a la prevalencia del TA, un estudio de Kessler et al. (2013) muestra que en torno al 1,4% de la población general lo padece. Según García-Palacios (2014), el TA muestra una prevalencia de 1,6% en mujeres y 0,8% en hombres, encontrando que las diferencias de género son menos pronunciadas que en la bulimia (BN en adelante) y anorexia nerviosas. Las tasas de prevalencia son similares en los diferentes países industrializados y en Estados Unidos la prevalencia es comparable entre caucásicos, latinos, afroamericanos y asiáticos. Recientemente, un estudio de Hay, Girosi y Mond (2015) muestra una prevalencia de TA en población australiana del 3% con sobrevaloración de la silueta y el peso corporal. En otro estudio reciente, Morales et al. (2015) encuentran una prevalencia del 3,2% en una muestra de jóvenes adultos universitarios colombianos.

Correspondencia:

Pedro V. García-Marín.
Servicio de Salud Mental del Hospital General Universitario de Elche.
Camí de l' Almàssera, 11, C.P.03203, Elche (Alicante) - España.
E.mail: rodriguez.cristinarm@gmail.com

Pese a que inicialmente se consideró el TA un trastorno de la edad adulta, recientes estudios sugieren la existencia del mismo en edades más tempranas. Cada vez existe mayor evidencia de que este trastorno se inicia durante la infancia y adolescencia, con edades de inicio que van desde el comienzo de la adolescencia hasta los 20 años. La duración media del trastorno es de 4,3 años (Kessler et al., 2013). Un inicio temprano de atracones parece predecir peores resultados tras el tratamiento y requiere intervenciones más complejas (Robinson y Safer, 2012). Además, aunque todavía existe un amplio debate sobre la estabilidad de este diagnóstico clínico, los datos mostraron que es un trastorno estable, con patrones firmes de atracones (Peterson et al., 2012).

En cuanto a la etiología del TA, no se conoce con exactitud. Los patrones de alimentación disfuncionales que poseen los pacientes con TA han sido explicados en un modelo etiopatogénico inspirado en el de Fairburn y Cooper para la BN. Según este modelo, la baja autoestima, la pobre imagen corporal relacionada, la ansiedad y las emociones negativas generan dietas restrictivas y a su vez atracones como vía de escape al malestar psicológico (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Los pacientes obesos con TA podrían carecer de estrategias efectivas para el manejo de emociones negativas, por lo que se ha hipotetizado que emplean la comida como estrategia para regular o cambiar estas emociones negativas (Gianini, White y Masheb, 2013). Sin embargo, recientes estudios consideran que los atracones en el TA pueden ser el resultado de una ruptura en la regulación de la emoción y el impulso, causada por el aumento repentino del afecto negativo y el estrés y/o descenso de emociones positivas. Pero, a diferencia de la BN, estos atracones como estrategia de afrontamiento de emociones negativas no van seguidos de un alivio inmediato del malestar psicológico (Munsch, Meyer, Quartier y Wilhelm, 2012).

Los pacientes con TA muestran patrones alimentarios disfuncionales, más allá de su fluctuación relacionada con el estado de ánimo. Entre ellos se encuentran restricciones de comida por las mañanas, cantidades dobles de alimento, comidas nocturnas y/o picoteo entre comidas. Por ello es importante tener en consideración la adherencia a hábitos alimentarios saludables para el éxito terapéutico (Carrard, Crépin, Ceschi, Golay y Van der Linden, 2012; Masheb, Grilo y White, 2011). Las personas obesas con TA muestran habitualmente una polarización de los pensamientos relativos al control del peso, dietas y atracones como estrategia de evitación de emociones negativas (Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel y Giel, 2013). Estos pacientes presentan peor control sobre la alimentación, mayor temor a aumentar de peso y mayor insatisfacción con su imagen corporal que los obesos sin TA (Bautista-Díaz et al., 2012; Thomas, Vartanian y Brownell, 2009).

El TA se asocia con obesidad y con una alta comorbilidad psiquiátrica y médica (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007). Los obesos, especialmente los obesos mórbidos (IMC > 40) con TA, muestran una afectación significativa en su calidad de vida percibida (Perez y Warren, 2012; Ricca et al., 2009). En pacientes candidatos a cirugía bariátrica, la psicopatología asociada al TA como la depresión, ansiedad y/o conductas compulsivas pueden afectar a la capacidad de adaptación postoperatoria (Abilés et al., 2013).

De forma similar a los adultos, el TA en la adolescencia se asocia a psicopatología propia de los TCA como preocupación por el peso, y psicopatología general como depresión y ansiedad (Glasofer et al., 2007; Goldschmidt et al., 2008; Ranzenhofer et al., 2012). En adolescentes, los atracones pueden ser mantenidos por burlas de terceros respecto a su peso (Ranzenhofer, 2013). Además, los atracones emergen en un contexto de aumento de impulsividad, problemas interpersonales e interacciones disfuncionales con la familia (Elliott et al., 2010; Hartmann, Czaja, Rief y Hilbert, 2010).

En cuanto al tratamiento del TA, una revisión sistemática de Iacovino, Gredysa, Altman y Wilfley (2012) muestra que la psicoterapia es el tratamiento más validado y efectivo, y por lo tanto de primera elección. Concretamente, la terapia cognitivo-conductual se postula como el tratamiento psicológico más evaluado y contrastado para el tratamiento del TA (Vocks et al., 2010). El foco del tratamiento es la base etiológica del atracón y su relación con la autoestima excesivamente dependiente de la imagen corporal (Grilo, White, Gueorguieva, Wilson y Masheb, 2013). La mayoría de los tratamientos cognitivo-conductuales para el TA son adaptaciones de los desarrollados para BN, haciendo hincapié en la pérdida de peso y en el menor grado de distorsiones cognitivas del TA respecto a la BN (Reas y Grilo, 2008).

En consecuencia, el TA es un trastorno complejo en el que influyen multitud de factores y que presenta múltiples trastornos asociados (Grilo, White, Barnes y Masheb, 2013). Dada la escasez de estudios de caso único sobre esta problemática, el presente estudio tiene como objetivo profundizar en la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento del TA y su psicopatología comórbida. Esta investigación es novedosa puesto que el TA se ha establecido recientemente como categoría diagnóstica independiente (DSM-5; APA, 2013) y existen pocos datos en España con población adolescente.

Descripción del caso

Identificación de la paciente

Miriam (nombre ficticio) es una adolescente tardía de 19 años que cursa 2º de Enfermería en la universidad. Su desarrollo evolutivo ha ido ligado desde el sobrepeso en la primera infancia hasta la actual obesidad mórbida (IMC 56,68 kg/m²). Convive con su padre (57 años, con sobrepeso), su madre (54 años, con obesidad) y su hermano (25 años, perdió 60 kg mediante dieta y ejercicio, anteriormente obeso mórbido). La relación familiar ha sido siempre conflictiva, refiriendo burlas de varios familiares en torno a su peso. En el ámbito académico siempre ha presentado un elevado rendimiento. La relación con sus iguales siempre ha sido adecuada, pese a referir episodios aislados de burlas de compañeros en el colegio e instituto. Entre sus aficiones destacan el baile o la natación, la música, los animales y el cine. En cuanto al nivel educativo de sus progenitores, ambos poseen estudios primarios, su padre es empleado del calzado y su madre cocinera. Su nivel socio-económico es medio-bajo. Reside en un piso en la ciudad.

Respecto a la motivación de cambio, la adolescente refiere ser consciente de la existencia del problema, sin embargo muestra una motivación extrínseca centrada en la consecución de metas ajenas al cambio personal (operación de cirugía bariátrica). Además, se muestra algo reticente a la figura del psicólogo por una experiencia de fracaso anterior con otro profesional. Pese a ello, está dispuesta a acudir a terapia y verbaliza compromiso de esfuerzo para solucionar su problema.

Motivo de consulta

Miriam es derivada por la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital General Universitario (HGU en adelante) de Elche. El motivo de consulta descrito por la psicóloga de dicha unidad es "existencia de sintomatología actual compatible con un diagnóstico de TCA y depresión". Estos diagnósticos son criterio de exclusión del protocolo de cirugía bariátrica. Miriam refiere múltiples intentos fallidos para adelgazar (dietas con/sin prescripción médica, ingesta de sustancias no prescritas por el médico, dietista y ejercicio programado). Considera que la operación es su única salida y su motivación intrínseca es

prácticamente nula. Asegura tener hábitos de vida poco saludables en cuanto a alimentación y ejercicio físico. Come únicamente dos veces al día en forma de atracón (comida y sobre todo cena) y ha presentado conductas purgativas en forma de vómitos en alguna ocasión. Estos atracones los realiza en su habitación en solitario o en la cocina de pie. Refiere “picoteos” antes de cenar en alguna ocasión. No coincide con el resto de la familia a la hora de comer por temas laborales, y asegura que su familia no se preocupa de ella. Relata sentimientos de tristeza y dificultad para controlar sus impulsos de larga evolución. Anteriormente acudió a un psicólogo por un trastorno del control de impulsos (pellizcos en brazos y cara), sin mejoría significativa.

Historia del problema

Según informa Miriam, su problema de peso y sus hábitos alimentarios inadecuados existen desde la infancia. Su peso ha aumentado gradualmente desde los siete años, produciéndose hace dos años un mayor incremento. Asegura que en su casa se ingieren muchos hidratos de carbono, fritos, cenas copiosas y comida rápida. Hace dos años, coincidiendo con el final de bachiller y selectividad, comienzan los atracones y, en alguna ocasión, vómitos como conducta compensatoria. Actualmente asegura que los vómitos han desaparecido y sólo persisten los atracones. La falta de control de impulsos se inicia a los ocho años, cuando empieza a pellizcarse en brazos y cara para aliviar la ansiedad. Este hecho coincide con un episodio puntual de abuso sexual en forma de tocamientos por encima de la ropa por parte de un familiar lejano. Según relata Miriam, en alguna ocasión recuerda algún estímulo característico de aquel momento como el olor a café, pero no le causa ninguna interferencia en su vida diaria. Refiere que la conducta de pellizcarse cuando está nerviosa la realiza desde entonces sin darse cuenta, normalmente por la noche cuando está sola en su cuarto y llegando a provocarse heridas leves en la piel. Por ello, con catorce años se puso en tratamiento psicológico durante seis meses sin éxito. En cuanto a la sintomatología depresiva, Miriam refiere sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa e inferioridad desde la niñez, y los asocia a su exceso de peso y a sus relaciones familiares insatisfactorias. Además, estos sentimientos los maneja comiendo y pellizcándose, por lo que finalmente aumentan. Asegura que han ido oscilando en intensidad según la época, pero nunca ha llegado a sentirse bien. Refiere conductas de evitación ante la exposición de su cuerpo desde el colegio, habiéndose incrementado notablemente desde su entrada en la universidad hace dos años. Esta exposición de su cuerpo en situaciones sociales ha llegado a provocarle ataques de ansiedad. En cuanto a su familia, destaca la carencia de afecto, problemas de comunicación y la alta emoción expresada en forma de comentarios críticos.

Su madre verbaliza no estar de acuerdo con la decisión de Miriam de operarse aunque la respeta, y asegura que el resto de familia tampoco está de acuerdo. Relativiza y minimiza los problemas de su hija. Comenta que no puede supervisar a Miriam a la hora de comer por motivos de trabajo. Miriam relata que a la hora de la cena sí está en casa y tampoco la ayuda a controlarse. Es su madre quien cocina y hace la compra en casa.

En el momento actual Miriam ha alcanzado su peso máximo (141,5 kg), a causa de los atracones y los hábitos de vida desadaptativos. Muestra ligeras heridas cutáneas como consecuencia del impulso de pellizcarse. Presenta sintomatología ansioso-depresiva, con conductas de evitación de situaciones sociales que están interfiriendo en su rutina diaria, aumentando su aislamiento social. Todo ello en el contexto de unas relaciones familiares disfuncionales.

Evaluación del caso

La evaluación se inició con una sesión de screening en la que estuvo presente un psiquiatra, un psicólogo, Miriam y su madre. El objetivo fue determinar la idoneidad de la paciente para incluirla en el protocolo de cirugía bariátrica. Tras la entrevista, la decisión fue excluir temporalmente a Miriam del protocolo y su derivación a los servicios de salud mental.

A partir de la segunda sesión de evaluación, Miriam acudió en solitario. Se planteó como objetivo establecer una adecuada alianza terapéutica, ya que se le tuvo que comunicar su exclusión temporal del protocolo por la sintomatología que presentaba. Se trabajó la validación emocional y la motivación, para conseguir su adherencia al tratamiento. La evaluación tuvo una duración total de tres sesiones.

Los instrumentos utilizados a lo largo de la evaluación fueron los siguientes:

Entrevista Semiestructurada de Valoración del Candidato a Cirugía Bariátrica. Entrevista específica elaborada por los miembros de la Unidad de Cirugía Bariátrica del HGU de Elche. Evalúa hábitos de alimentación (tiempo empleado en comer, cantidad y calidad de dieta, regularidad de ingestas, presencia de atracones y/o conductas compensatorias), evolución del peso (intentos previos de pérdida de peso, peso máximo, variabilidad ponderal, y atribución causal de los cambios de peso), psicopatología comórbida y aspectos psicosociales y motivacionales.

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI- 2; Garner, 1991), versión española (Corral, González, Pereña, y Seisdedos, 1998). Es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de los TCA. Consta de 91 ítems agrupados en once subescalas, ocho principales y tres adicionales. Entre las principales, las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal (motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal). Los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de un TCA, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Las otras cinco subescalas principales (inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva, y miedo a madurar) evalúan características psicológicas generales asociadas con TCA. Las escalas adicionales son ascetismo, impulsividad e inseguridad social, que complementan la evaluación. Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert de seis puntos. Se pueden sumar todas las subescalas para obtener una puntuación global o utilizar cada subescala por separado. A nivel clínico, el valor cuantitativo de cada una de las once subescalas posee mayor relevancia que la puntuación global. La consistencia interna oscila entre 0,83 y 0,93.

Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1981). Está formado por 40 ítems que evalúan el nivel de ansiedad general en adolescentes y adultos con una duración de aplicación de unos 15 minutos aproximadamente. Cada ítem es valorado en una escala tipo Likert de 4 puntos (siendo 0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre) en función de la frecuencia con que se presenta la conducta de ansiedad. La adaptación empleada en este estudio presenta unos coeficientes de fiabilidad con un alfa de Cronbach de entre 0.83 y 0.92.

Test de Autoestima (Rosenberg, 1965), versión española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Inicialmente fue desarrollado para la evaluación de la autoestima en adolescentes, aunque con el tiempo se ha extendido su uso a todo tipo de población. Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto

Tabla 1. Autorregistro ad hoc para establecer la línea base de TA.

Día	Tiempo empleado	Actividad física	Hambre (0-10)	Pensamiento	Emoción	Conducta	Saciedad (0-10)
Desayuno							
Almuerzo							
Comida							
Merienda							
Cena							

y aceptación hacia uno mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados en positivo y la otra mitad en negativo. Se puntúa con una escala tipo Likert de cuatro puntos (siendo 1 muy de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 en desacuerdo, 4 totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40. La prueba tiene una consistencia interna de 0,85 (Martín-Albo et al., 2007).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), versión española de Sanz, Perdígón y Vázquez (2003). El BDI es, posiblemente, el cuestionario autoadministrado más citado en la bibliografía, y utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión. Proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad de los síntomas, y se fundamenta en el modelo teórico de Aaron Beck para la depresión, caracterizado por un alto contenido en distorsiones cognitivas (pesimismo, desesperanza, culpabilidad, etc.). El formato está constituido por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta para cada síntoma, equivalentes a 0-3 puntos según la gravedad. La puntuación directa total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el paciente en los 21 apartados. El marco temporal al que hace referencia el cuestionario es el momento actual y la semana previa. La consistencia interna de esta versión es de 0,87.

Autorregistro creado *ad hoc* (véase la Tabla 1). Se diseñó con la finalidad de establecer la línea base de los hábitos alimentarios y fisi-

cos de Miriam, el número de atracones, su asociación con el hambre y la saciedad percibidas y la emoción y el pensamiento relacionado.

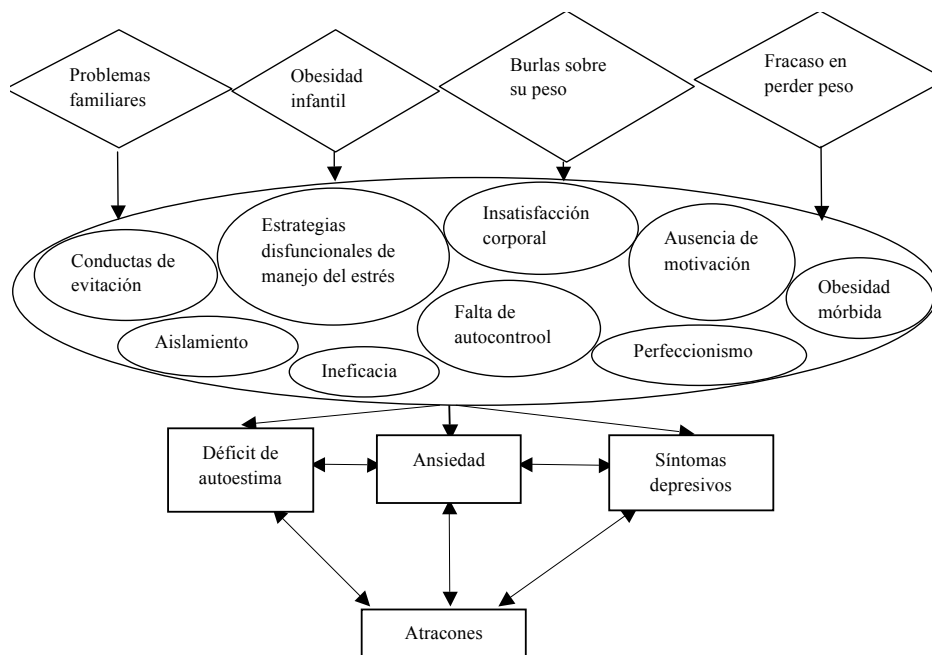
Los resultados obtenidos en la evaluación mostraron que Miriam presentaba centiles elevados en tendencia a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal y ascetismo; elevado centil en ansiedad-estado y muy elevado en ansiedad-rasgo; puntuaciones medias-bajas en autoestima y depresión moderada.

En cuanto al diagnóstico diferencial, no presentaba bulimia nerviosa ya que no existían conductas compensatorias en la actualidad, aunque probablemente sí la hubiese padecido anteriormente. Tampoco presentaba fobia social ni trastorno dismórfico corporal, puesto que las conductas de evitación se enmarcaban dentro del TA. De forma comórbida, cumplía criterios de trastorno de control de impulsos y distimia.

Análisis topográfico

El autorregistro *ad hoc* (véase la Tabla 1) determinó que la duración media de los atracones fue de 10 minutos. El número medio de atracones semanales fue de 8. Estos episodios ocurrían principalmente a la hora de la cena, siendo ésta en solitario en su habitación. Se iniciaban con bajas sensaciones de hambre y finalizaban con alta

Figura 1. Representación gráfica del análisis funcional.



percepción de saciedad. Se asociaban a pensamientos irracionales, falta de control y emociones de culpa principalmente. Respecto a los hábitos disfuncionales, Miriam realizaba únicamente 2 comidas diarias (comida y cena), en ocasiones en menos de 10 minutos e incluso de pie; no realizaba ninguna actividad física, llevando una vida completamente sedentaria.

Análisis funcional e hipótesis explicativa

Una vez realizada la evaluación, se planteó el análisis funcional (Haynes, Godoy y Gavino, 2011) que permitiría explicar el problema de Miriam. En la Figura 1 el análisis funcional aparece representado gráficamente.

En cuanto a la hipótesis explicativa del problema, hay que mencionar los factores de vulnerabilidad, precipitantes y de mantenimiento, que justifican el tratamiento. Los factores de vulnerabilidad de Miriam hacen referencia al apego inseguro con sus figuras de referencia, los problemas de obesidad desde la infancia, las burlas de familiares y compañeros y el historial de fracaso en la pérdida de peso. Respecto a los factores precipitantes, se encuentran las situaciones de estrés en las que Miriam considera que exceden sus recursos personales, así como emociones negativas relativas a culpa, frustración y situaciones de aburrimiento. Los factores de mantenimiento se observan en las consecuencias reforzantes que obtiene Miriam en los atracones, como la reducción de la ansiedad o la regulación de emociones negativas. La ausencia de actividades agradables el aislamiento social y los conflictos familiares actuales, están contribuyendo también al mantenimiento del problema.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento se llevó a cabo en 12 sesiones de 60-90 minutos, con una frecuencia semanal. Tuvo una duración de 4 meses puesto que Miriam no acudió a alguna sesión, lo que demoró la terapia en el tiempo.

En la primera sesión, se proporcionó psicoeducación sobre el TA y sus múltiples comorbilidades. Se realizó una entrevista motivacional con el fin de aumentar su motivación intrínseca al cambio, ya que su único objetivo inicial era recibir el alta para poder operarse. Se incidió en pros y contras de la operación, resaltando la conveniencia de tratamiento de sus comorbilidades psicológicas. Se recomendó la lectura "Alicia en el país de las rosquillas" (Campos, 2013), como biblioterapia de apoyo durante todo el tratamiento.

La segunda sesión se centró en explicarle a Miriam el análisis funcional. Se hizo hincapié en la multicausalidad del problema, mostrando las posibles causas que originaron y precipitaron el TA. Se destacaron los factores de mantenimiento, para justificar el tratamiento y convertirlos en objetivos terapéuticos. Éstos fueron el déficit de autoestima, la ansiedad y los síntomas depresivos. Se pautó un autorregistro (véase Tabla 1) y pesarse antes de acudir a sesión, puesto que esto último se había convertido en una conducta de evitación. De aquí en adelante, al inicio de todas las sesiones se revisó el autorregistro y el peso, reforzando su realización.

En la tercera sesión se trabajaron hábitos de vida saludables. Respecto a la alimentación, por ejemplo, Miriam se comprometió a realizar cinco comidas diarias, otorgando a la comida y la cena una duración mínima de 30 minutos estando sentada. En cuanto a la actividad física, se propuso subir por las escaleras a casa e ir andando a las prácticas. Esto último se utilizó como activación conductual para elevar su estado de ánimo y como exposición in vivo frente a sus conductas

de evitación. Se propuso, como forma de autorreforzarse, poner un pequeño jarrón de cristal en su habitación y colocar dentro una canica por cada hábito saludable que realizase.

En la cuarta sesión se entrevistó de forma conjunta a Miriam y a su madre. Ésta desconocía la gravedad de su situación, por lo que una de las tareas fue facilitar a Miriam la comunicación con su madre y validarla. Se trabajaron estrategias de comunicación eficaz como la escucha activa y la congruencia entre mensaje verbal y no verbal. Un objetivo relevante de esta sesión fue implicar a la madre como coterapeuta para ayudar a Miriam en casa. En futuras sesiones se observó que fue imposible por las propias características disfuncionales de la madre.

En la quinta sesión, se entrenó la respiración diafragmática y las autoinstrucciones. Miriam se mostró reacia a otras técnicas de relajación más complejas, por lo que únicamente se trabajó la respiración. En cuanto a las autoinstrucciones, se entrenaron principalmente las de aceptación ("es normal sentirse triste, el malestar es temporal") y las de competencia ("puedo hacerlo, aunque me cueste soy capaz").

En la sexta sesión, se entrenó a Miriam en el control de estímulos para reducir los atracones y las conductas compulsivas de pellizcarse. Por un lado, se plantearon conjuntamente estrategias para eliminar la situación de atracón como por ejemplo, no entrar en la cocina, no cocinar para otros o dejarse comida en el plato. Por otro lado, como reforzamiento de conductas incompatibles de pellizcarse, se acordó con Miriam la compra de unos guantes de boxeo para ponérselos por la noche en su cuarto, ya que era la situación donde más ocurrían estas conductas. Cada noche que los usaba, ponía una canica en el jarrón.

En la séptima y octava sesión, se trabajaron estrategias de autocontrol. Primero se abordaron las cadenas conductuales, como forma de identificar situaciones de riesgo y elaborar conjuntamente posibles estrategias para contrarrestarlas. Por ejemplo, una situación de riesgo fue que su familia quisiese pedir pizzas un domingo, y la estrategia de Miriam fue recordarles que ella no podía y hacerse otra comida. Se mandó como tarea para casa elaborar una cadena conductual que se trabajó en la siguiente sesión. En segundo lugar se trabajó la técnica del semáforo (rojo: para; amarillo: piensa; verde: actúa) y la distracción cognitiva mediante el conteo numérico de 30 a 0 y de 3 en 3. De esta forma se consiguió demorar el tiempo entre el impulso de comer y la conducta de atracón.

En las sesiones novena y décima, se trabajaron las múltiples distorsiones cognitivas que presentaba Miriam. Entre ellas destacaban el razonamiento emocional, abstracción selectiva, personalización y el perfeccionismo, acompañados de intenso sentimiento de culpabilidad. Primero se explicó el modelo ABC de Ellis y Abrahms (2005) para posteriormente enseñarle a identificar sus pensamientos distorsionados apoyándose en los autorregistros. Finalmente, mediante la técnica de la flecha descendente, debate socrático y experimentos conductuales se elaboraron pensamientos racionales alternativos. Se abordó la ingesta emocional con ayuda del autorregistro, haciendo consciente a Miriam que no comía en respuesta a señales de hambre sino para manejar emociones negativas.

En la undécima sesión, se trabajó la autoestima y asertividad. Se abordaron los legítimos derechos, haciendo hincapié en el derecho a expresar lo que uno piensa con respeto. Partiendo de ahí se trabajó la asertividad con role-playing, para aprender a decir que no en situaciones familiares que presionaban a Miriam para comer de forma disfuncional. Se trabajó la autocrítica patológica que se realizaba Miriam destacando la minimización de sus virtudes y la exacerbación de sus defectos. Se reforzó la autocrítica sana basada en comentarios amables hacia ella misma. Este trabajo reforzó la reestructuración cognitiva.

En la decimosegunda y última sesión, se trabajó la prevención de recaídas. En ella se repasaron todas las habilidades aprendidas y se anticiparon posibles situaciones de recaída y estrategias para hacerles frente. En cuanto al seguimiento, se establecieron sesiones al mes, a los 3 y a los 6 meses. En caso de recaída, Miriam volvería a consulta.

Resultados

Tras 12 sesiones de tratamiento durante 4 meses, se administraron de nuevo las pruebas de evaluación iniciales para comprobar la consecución de los objetivos terapéuticos.

En la Figura 2 se muestra la comparación entre las puntuaciones pre y post-tratamiento en el EDI-2. Se observa un ligero descenso de la tendencia a la delgadez, la desconfianza interpersonal y la conciencia interoceptiva; por lo que Miriam redujo la influencia del peso en su autovaloración, aumentó sus relaciones sociales y aprendió a diferenciar emociones negativas de señales de hambre y saciedad. Mayores diferencias se reflejan en bulimia, ineficacia y ascetismo; lo que muestra un menor número de atracones, mayor expectativa de autoeficacia y un aumento de las actividades agradables. En la Figura 3 se muestran las diferencias en el STAI, que señalan una reducción importante tanto en ansiedad estado como en rasgo. En la Figura 4 se observa una ligera mejora en la autoestima con la escala Rosenberg, y en la Figura 5 un notable descenso en la sintomatología depresiva en el BDI. Respecto a los hábitos de vida saludable, aumentó el número de comidas a 4 diarias e introdujo la actividad física en su rutina. Finalmente en cuanto al peso, Miriam perdió 8,8 kg durante los 4 meses de tratamiento. Esto último, junto a la evolución del número de atracones, se refleja en la Figura 6.

Figura 2. Representación gráfica de los resultados del EDI-2.

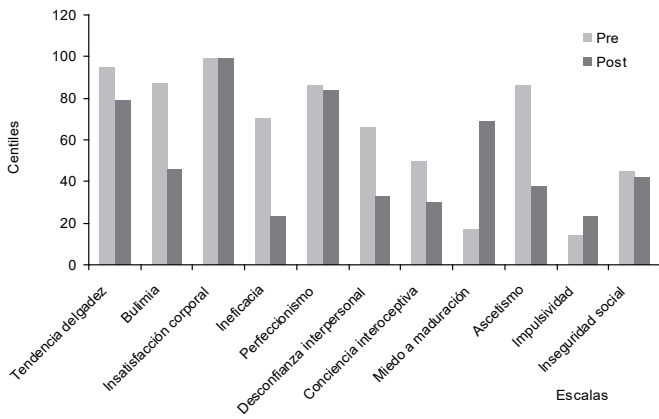


Figura 3. Representación gráfica de los resultados del STAI.

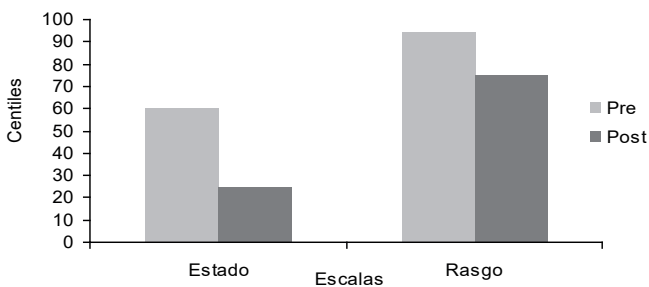


Figura 4. Representación gráfica de los resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

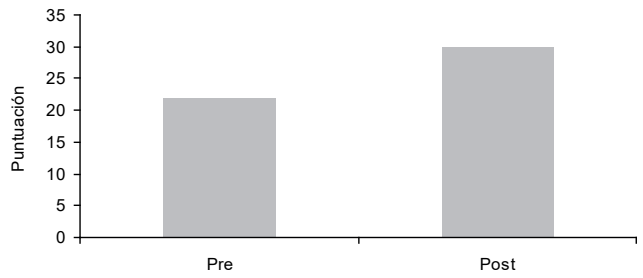


Figura 5. Representación gráfica de los resultados del BDI.

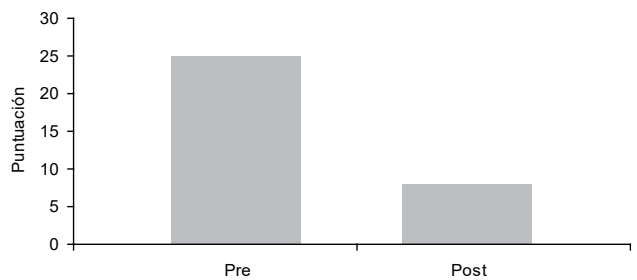
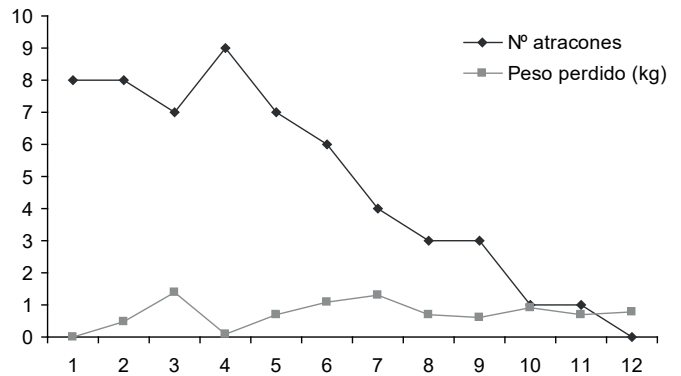


Figura 6. Evolución del número de atracones y la pérdida de peso.



Discusión y conclusiones

El TA es un trastorno complejo que se presenta asociado a múltiples comorbilidades, en el que intervienen multitud de factores tanto en su génesis como en su mantenimiento. En este trabajo se propuso mostrar los resultados de un estudio de caso único de una adolescente tardía con obesidad mórbida con TA, intervenida mediante terapia cognitivo-conductual. En general los resultados señalan la efectividad de la intervención, apoyando los trabajos de otros autores (Fairburn et al., 2003; Iacovino et al., 2012). Siguiendo los objetivos terapéuticos planteados, el tratamiento fue efectivo para reducir el número de atracones, lograr adherencia a hábitos de vida saludables, mejorar el estado de ánimo y autoestima, reducir la ingesta emocional y mejorar las estrategias de afrontamiento y autocontrol.

Por otro lado, el perfeccionismo se mantuvo estable dado que impresionaba formar parte de su personalidad anancástica, y la insatisfacción corporal continuó, teniendo que ser contextualizada dentro de su obesidad mórbida. El miedo a la maduración aumentó, probablemente porque nunca antes se había enfrentado activamente a sus problemas, lo que le hizo anticipar los objetivos que le quedaban todavía por conseguir. Estos aspectos han de ser tenidos en cuenta en el seguimiento y tras la cirugía bariátrica, pues la comorbilidad psicológica supone un importante factor de riesgo para la reganancia de peso en estos pacientes (Colles, Dixon y O'Brien, 2008), mostrando dificultades para adherirse a las indicaciones post-cirugía (Green, Dymek-Valentine, Pytluk, le Grange y Alverdy, 2004).

Para un adecuado abordaje de este trastorno, cabe destacar la importancia de considerar el TA como una problemática compleja que presenta múltiples comorbilidades psicológicas (Hudson et al. 2007). Algunas de las más relevantes son sintomatología depresiva, ansiedad y déficit de autoestima (Ranzenhofer et al., 2012). Este hecho repercute en gran medida en el diseño del tratamiento, que ha de ser personalizado y abordar dichas comorbilidades. La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para el TA que se pone de manifiesto en este estudio, se explica en gran medida por la inclusión de estas psicopatologías comórbidas como objetivos relevantes de la intervención. Sin olvidar la reducción del número de atracones como objetivo principal del tratamiento, el abordaje de esta sintomatología asociada influye de forma positiva en la mejoría clínica de la paciente. Esto evidencia la importancia etiológica que presentan estos factores para explicar la génesis y el mantenimiento del problema, en consonancia con lo argumentado por otros autores (Fairburn et al., 2003; Gianini et al., 2013); y queda reflejado gráficamente en el análisis funcional.

El presente trabajo presenta importantes fortalezas y algunas limitaciones. La principal aportación del trabajo se deriva del tipo de paciente. Existen pocos estudios de caso único que demuestren la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del TA en población adolescente con obesidad mórbida en España. Este trabajo aporta evidencia a favor de este tipo de tratamiento. La principal limitación del estudio es la ausencia de medidas de seguimiento. Ello impide corroborar la estabilidad y el mantenimiento de los avances alcanzados. Durante el tratamiento, la mayor limitación encontrada fue la ausencia de apoyo familiar, no pudiendo contar con la figura de un coterapeuta en el entorno habitual de la paciente. Esta limitación pone de manifiesto la importancia de las relaciones familiares patológicas y la función que desempeñan en los pacientes con TA (Elliott et al., 2010; Hartmann et al., 2010).

Como sugerencias de futuro, además de las medidas de seguimiento, se plantea la posibilidad de incluir como objetivo de tratamiento los rasgos anancásticos de personalidad para complementar la terapia. Por otro lado, sería interesante abordar la problemática familiar con mayor profundidad, considerando como alternativa estrategias de índole interpersonal. También sería interesante analizar la efectividad diferencial de las distintas técnicas empleadas en el tratamiento, con el fin de optimizar la intervención y prescindir de aquellas menos relevantes. Finalmente, otras líneas interesantes de investigación serían estudios experimentales con controles y muestras elevadas, para poder atribuir la causa de la mejoría únicamente al tratamiento y generalizar los resultados.

Artículo recibido: 15/09/2015

Aceptado: 04/11/2015

Referencias

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Obispo, A., Gandara, N., Luna, V. y Fernández-Santaella, M. C. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating disorder. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 1523-1529. doi: 10.3305/nh.2013.28.5.6699
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª. Ed. Revisada). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Washington, DC: Author.
- Bautista-Díaz, M. L., Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Alvarez-Rayón G., López-Aguilar, X., Ocampo Téllez-Girón, T. y Soto-González, Y. (2012). Body dissatisfaction and socio-cultural factors in women with and without BED: their relation with eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 17(2), 86-92.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Campos, E. (2013). *Alicia en el país de las rosquillas*. Madrid: Editorial Urano.
- Carrard, I., Crépin, C., Ceschi, G., Golay, A. y Van der Linden, M. (2012). Relations between pure dietary and dietary-negative affect subtypes and impulsivity and reinforcement sensitivity in binge eating individuals. *Eating Behaviors*, 13, 13-19. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.10.004
- Colles S. L., Dixon J. B. y O'Brien P. E. (2008). Grazing and loss of control related to eating: Two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity*, 16(3), 615-622. doi: 10.1038/oby.2007.101
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D. Garner (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA.
- Elliott, C. A., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Ranzenhofer, L. M. y Yanovski, J. A. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 48(5), 424-428. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.012
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70-74.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory 2*. Odessa, FL: Psychosocial Assessment Resources.
- Gianini, L. M., White, M. A. y Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with Binge Eating Disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
- Glaser, D. R., Tanofsky-Kraff, M., Eddy K. T., Yanovski, S. Z., Theim, K. R., Mirch, M. C., ... Yanovski, J. A. (2007). Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 95-105.
- Goldschmidt, A. B., Jones, M., Manwaring, J. L., Luce, K. H., Osborne, M. I., Cunniff, D., ... Taylor, C. B. (2008). The clinical significance of loss of control over eating in overweight adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 153-158.
- Green, A. E., Dymek-Valentine, M., Pytluk S., le Grange D. y Alverdy J. (2004). Psychological outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obesity Surgery*, 14, 975-985.
- Grilo, C., White, M., Barnes, R. y Masheb, R. (2013). Psychiatric Disorder Co-morbidity and Correlates in an Ethnically Diverse Sample of Obese Patients with Binge Eating Disorder in Primary Care Settings. *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 209-216. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.012

- Grilo, C., White, M., Gueorguieva, R., Wilson, G. T. y Masheb, R. M. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43(6), 1335-1344. doi:10.1017/S0033291712002097
- Hartmann, A. S., Czaja, J., Rief, W. y Hilbert, A. (2010). Personality and psychopathology in children with and without loss of control over eating. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 572-578. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.03.001
- Hay, P., Girosi, F. y Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3, 19. doi:10.1186/s40337-015-0056-0
- Haynes, S. N., Godoy, A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M. y Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 432-446. doi:10.1007/s11920-012-0277-8
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M. y White, M. A. (2011). An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 618-624. doi: 10.1002/eat.20853
- Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., ... Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000335>
- Munsch, S., Meyer, A. H., Quartier, V. y Wilhelm, F. H. (2012). Binge eating in binge eating disorder: a breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research*, 195(3), 118-124. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.016
- Perez, M. y Warren, C. S. (2012). The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity (Silver Spring)*, 20(4), 879-885. doi:10.1038/oby.2011.89
- Peterson, C. B., Swanson, S. A., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Agras, W. S., Halmi, K. A., ... Berg, K. C. (2012). Longitudinal stability of binge-eating type in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 664-669. doi: 10.1002/eat.22008
- Ranzenhofer, L. M., Columbo, K. M., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Cassidy, O., Matheson, B. E., ... Yanovski, J. A. (2012). Binge eating and weight-related quality of life in obese adolescents. *Nutrients*, 4(3), 167-180. doi: 10.3390/nu4030167
- Ranzenhofer, L. M., Hannallah, L., Field, S. E., Shomaker, L. B., Stephens, M., Sbrocco, T., ... Tanofsky-Kraff, M. (2013). Pre-meal affective state and laboratory test meal intake in adolescent girls with loss of control eating. *Appetite*, 68, 30-37. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.018
- Reas, D. L. y Grilo, C. M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*, 16(9), 2024-2038. doi: 10.1038/oby.2008.333
- Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., ... Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53(3), 418-421. doi: 10.1016/j.appet.2009.07.008
- Robinson, A. H. y Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 597-602. doi: 10.1002/eat.20932
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Sanz, J., Perdígón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S. y Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder--a systematic review. *Obesity Reviews*, 14(6), 477-495. doi: 10.1111/obr.12017
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1981). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. TEA Ediciones, S.A., Madrid.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295.
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R. y Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 407-433. doi:10.1037/a0015326
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A. y Herpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 205-217. doi:10.1002/eat.20696