

DBT PARA TCA

Trastornos de la conducta alimentaria desde la terapia dialéctica conductual



NeuroClass

DBT PARA TCA

**Trastornos de la conducta alimentaria
desde la terapia dialéctica conductual**

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso *online*
DBT para TCA: Trastornos de la conducta alimentaria
desde la terapia dialéctica conductual

Objetivos:

1. Identificar los principales Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón, comprendiendo sus características, síntomas y criterios diagnósticos según el DSM-V y la CIE-10.
2. Analizar las causas multifactoriales de los TCA, incluyendo factores desencadenantes, predisponentes y mantenedores, para evaluar su impacto en la salud física, psicológica y social.
3. Reconocer las señales de alarma y los patrones conductuales asociados a los TCA, como la insatisfacción corporal, los cambios de peso y la relación con la alimentación.
4. Aplicar estrategias para estabilizar la ingesta alimentaria y gestionar las emociones relacionadas, promoviendo la mejora del bienestar nutricional, físico y emocional.
5. Desarrollar habilidades para la intervención y el tratamiento de los TCA, enfocándose en la regulación emocional, el afrontamiento saludable y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Disertante:



Lic. Mag. Sol de Giuli

Soy Sol de Giuli, Licenciada en Psicología y Magíster en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Mi experiencia profesional se ha centrado en la psicoterapia infanto-juvenil, un área en la que he tenido el privilegio de acompañar a niños, adolescentes y sus familias en el camino hacia el bienestar emocional y mental.

Actualmente, soy directora del servicio de salud mental Somos Mente y Cuerpo, donde lidero un equipo comprometido con brindar atención integral y especializada. Mi trabajo se enfoca en abordar las complejidades de los trastornos alimentarios y promover un enfoque terapéutico que considere tanto la salud mental como física, siempre desde una perspectiva empática y basada en evidencia científica.

Estoy profundamente comprometida con la formación y el intercambio de conocimientos para contribuir al desarrollo de profesionales en el ámbito de la salud mental.

Índice

MÓDULO I

¿Qué son los trastornos alimentarios? Descripción de los principales TCA1

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS?2

PRINCIPALES TRASTORNOS ALIMENTARIOS8

Anorexia Nerviosa8

Bulimia Nerviosa10

Trastorno por Atracón11

Otros trastornos alimentarios12

MÓDULO II

Evaluación de los TCA16

MODELO DE ENTREVISTA INICIAL PARA PERSONAS CON TCA17

Desarrollo del problema alimentario18

Historia personal y familiar18

Circunstancias actuales y funcionamiento19

Psicopatología coexistente19

Salud física19

Actitud ante el problema alimentario y su tratamiento20

ENTREVISTA NUTRICIONAL20

ALTERACIONES Y COMPLICACIONES MÉDICAS20

ANOREXIA NERVIOSA21

Signos y síntomas de la anorexia nerviosa21

BULIMIA NERVIOSA21

Signos y síntomas de la bulimia nerviosa21

CRITERIOS DE INTERNACIÓN23

Efectos de un peso corporal muy bajo24

| | |
|--|-----------|
| MÓDULO III | |
| Introducción a la DBT | 26 |
| INESTABILIDAD | 28 |
| DESREGULACIÓN EMOCIONAL: TEORÍA BIOSOCIAL | 29 |
| Mecanismos y características asociadas a la desregulación emocional ... | 29 |
| VULNERABILIDAD BIOLÓGICA (BIO) | 30 |
| FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS | 31 |
| AMBIENTE CON CONDUCTAS INVALIDANTES | 32 |
| EN RESUMEN | 34 |
| | |
| MÓDULO IV | |
| DBT-ED | 36 |
| EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN PARA DBT EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y BN | 37 |
| ESTRUCTURA Y FLEXIBILIDAD | 41 |
| MODOS Y FUNCIONES | 41 |
| ¿DE QUÉ MANERA EL TRATAMIENTO ESTÁNDAR DE DBT CUMPLE CON ESTAS FUNCIONES? | 42 |
| RESUMEN | 42 |
| Componentes DBT | 42 |
| ETAPAS DEL TRATAMIENTO | 45 |
| PRE TRATAMIENTO | 45 |
| | |
| MÓDULO V | |
| Teoría biosocial y desregulación emocional en TCA | 49 |
| DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y TCA | 52 |
| MULTICAUSALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DBT | 53 |
| REGISTRO DBT-ED | 54 |
| | |
| MÓDULO VI | |
| Análisis funcional de la conducta | 55 |
| FICHA ANÁLISIS EN CADENA | 56 |

| | |
|--|-----------|
| MÓDULO VII | |
| Entrenamiento en habilidades DBT | 59 |
| TRATAMIENTO Y PROTOCOLO DBT- TCA | 61 |
| EN GENERAL, LA ENSEÑANZA DE CADA HABILIDAD IMPLICA | 61 |
| HABILIDADES DE ATENCIÓN PLENA | 63 |
| HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL | 63 |
| HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR | 63 |
| SIGUIENDO EL CAMINO HACIA LA ALIMENTACIÓN CONSCIENTE | 64 |
| | |
| MÓDULO VIII | |
| <i>Mindfuleating:</i> | |
| importancia del comer consciente | 66 |
| COMER CONSCIENTE - <i>MINDFUL EATING</i> | 67 |
| ¿CÓMO SE APLICA? | 69 |
| SURFEAR LA OLA/ URGE SURFING | 70 |
| | |
| Referencias bibliográficas | 72 |

MÓDULO I

¿Qué son los trastornos alimentarios?
Descripción de los principales TCA

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS?

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V, en inglés) los TCA se caracterizan por ser **una alteración persistente de la alimentación o del comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos** y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, [APA], 2013). Adicionalmente, provocan una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, tales como la actividad física vigorosa y la restricción drástica de la ingesta de alimentos (Herpertz, 2009).

Así, **las personas que sufren algún tipo de TCA se distinguen por adoptar conductas de alimentación anómalas** como respuesta, en general, a su insatisfacción con su imagen corporal. Es frecuente que tengan pensamientos distorsionados en torno al peso (se sienten inferiores a las demás personas, piensan que no se les aprecia debido a su imagen física) y a la salud (la grasa en la comida es perjudicial, estar delgado es saludable, el peso puede perderse rápidamente y sin peligro para la salud, hacer dieta es una actividad saludable, etc.). Consecuentemente, aquellas personas afectadas por estos trastornos sufren un impacto a nivel nutricional, físico, psicológico y social. Además, si no se tratan, pueden poner en riesgo su vida (Raich, M., 2015).

Con respecto a las causas de aparición, desarrollo y mantenimiento de los mismos, **estos desórdenes abarcan factores psicológicos, físicos y cuestiones del medioambiente**. De este modo, se presentan síntomas que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los sufren, impactando fuertemente en toda la familia y entorno. Algunos ejemplos de dichos síntomas son: insatisfacción con la imagen corporal o una influencia de la misma anormal en la valoración personal, preocupación persistente por la comida, el peso y/o la forma corporal, y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso (Raich, M., 2015).

En este sentido, la obsesión por la delgadez, o el deseo de estar más delgado y la preocupación por la alimentación, el peso, y el miedo a engordar, es un elemento central de los síntomas de los TCA en muestras clínicas, y además constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de síntomas en muestras no clínicas (Elosua, López-Jáuregui, & Sánchez, 2010; Garner, 2004). También, **la insatisfacción corporal ha sido asumida como uno de los factores de mayor relevancia para comprender el origen de los TCA** (Beato, Rodríguez, Belmonte, & Martínez, 2004), y está asociada al empeoramiento de estas patologías (Cooley y Toray, 2001).



De hecho, un criterio específico para Anorexia Nerviosa del DSM-V es la alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, y en la Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición [CIE-10] se apunta como criterio diagnóstico la distorsión específica de la imagen corporal [World Health Organization, 1992]. Del mismo modo, **la baja autoestima es considerada un factor de riesgo básico para el desarrollo de un TCA** [Vohs et al., 2001], y factor fundamental tanto en la anorexia como en la bulimia [Striegel-Moore, 1995]. A su vez, otras variables como el perfeccionismo, problemas de autoestima y autoconcepto, defectuosas habilidades de afrontamiento, y determinadas psicopatologías, como ansiedad, depresión, y trastornos obsesivos o compulsivos, han demostrado su relación con los TCA en mayor o menor medida [Castejón, 2017; Pamies, 2011].

Por lo anteriormente descrito, **la complejidad en el abordaje de los TCA requiere trabajar en regularizar la ingesta alimentaria**, ya que pasar por periodos de restricción [más de cuatro horas sin comer, comer porciones reducidas o no variabilidad de alimentos] vuelve a la persona vulnerable a emociones no deseadas y también a atracones [Quintero, 2020]. Para lograrlo, uno de los objetivos será estabilizar la ingesta de alimentos, de modo que haya variabilidad por un lapso no mayor a tres o cuatro horas. Del mismo modo, es importante comprender que el comenzar con la restricción o tener un atracón normalmente puede estar disparado por la experiencia de una emoción intensa que no encuentra una manera efectiva de ser gestionada o regulada.

Es así como también a lo largo de un tratamiento la persona aprenderá nuevas maneras de identificar y gestionar sus emociones, resolviendo problemas de forma que impacten adecuadamente en su calidad de vida. Específicamente, **podemos observar en la mayoría de las personas que presentan un TCA las siguientes características** [Quintero, 2020]:

1. Cambios de peso: Los niños necesitan y deberían aumentar de peso de una manera predecible y, si no aumentan de peso o, más problemáticamente, lo pierden, esto podría ser una señal de advertencia. En adolescentes y adultos, a menudo se debe estar atento a fluctuaciones [pérdidas y aumentos] de peso que podrían reflejar cambios en los patrones de alimentación.

2. Evitar las comidas familiares: Las comidas familiares fomentan hábitos alimenticios saludables y una señal a tener en cuenta es si las mismas tratan de ser evitadas. Puede que aparezca la insistencia en que ya ha comido con amigos o que se niegue a comer frente a otros miembros de la familia. Otras banderas rojas las constituyen una preocupación excesiva sobre la forma en que se preparan los alimentos [por ejemplo, fritos frente a horneados, con o sin mantequilla], una obsesión con tamaños de porción [demasiada o muy poca comida] y lectura repetitiva de etiquetas. Comidas que antes eran preferidas se transforman en no saludables o las rechazan.

3. Adoptar una dieta específica o plan de comidas: Mostrar un repentino interés en una dieta de moda o un plan de alimentación aparentemente saludable podría estar motivado por buscar perder de peso y en estos casos se requiere estar alerta. La rigidez con la que se siga este plan de alimentos o la intensidad de la frustración cuando no logran seguirlo será un indicador en las señales de alarma en lo que se refiere al hecho de estar atravesando un TCA.

4. Falta de comida en el hogar: En los TCA puede existir presencia de atracones y, por consiguiente, que la persona esconda alimentos en sus habitaciones y los consuma en secreto cuando no haya nadie cerca. Así es como puede ocurrir que la comida de alacenas desaparezca y/o aparezcan paquetes vacíos de comida en armarios del cuarto o debajo de su cama, etc.

5. Aumento de la actividad física: el ejercicio físico compulsivo puede aparecer en los TCA. Así es como se tendrá que estar atento a la cantidad de veces y al tiempo que se le otorga al mismo. Del mismo modo en que se note la frecuencia, también debe notarse la respuesta emocional si por cualquier motivo su práctica de actividad física se ve interrumpida.

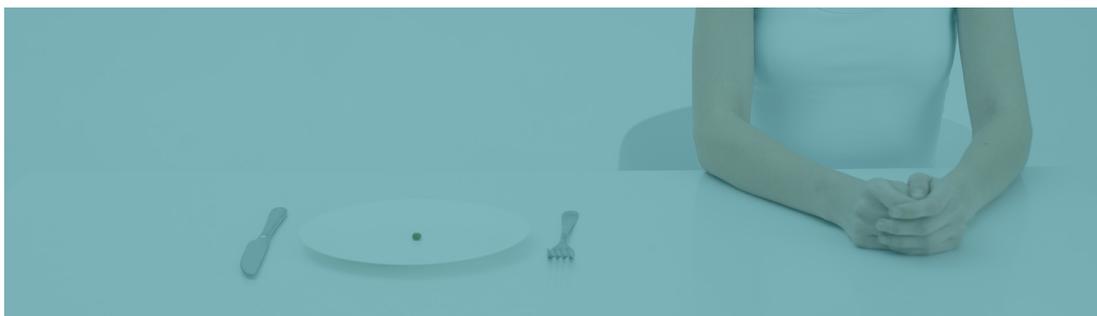
6. Mayor enfoque en la apariencia: Esto puede verse reflejado por un aumento en la frecuencia con impacto emocional de estar frente al espejo o el pesarse. Si bien no es inusual que los jóvenes se sientan cohibidos o carezcan de confianza en el cuerpo, evitar la playa, piscina, usar ropa holgada para ocultar su cuerpo podrían ser signos de un problema mayor.

7. Cambio en el comportamiento: Junto con los cambios anteriores, podremos notar también cambios en el rendimiento escolar/laboral o con sus vínculos sociales; esto puede dar cuenta de que está atravesando un problema. Insatisfacción personal constante, estado depresivo e irritable, cambios de humor frecuentes; disminución de las relaciones sociales con tendencia al aislamiento, aumento aparente de las horas de estudio, dificultad de concentración y visita regular de las páginas web, blogs o chats en los que se hace apología de la delgadez y se dan consejos para adelgazar o purgarse.

8. Pico de interés en la cocina: Puede parecer extraño que alguien con un TCA quiera cocinar o preparar alimentos para otros, pero no es raro. Esto puede relacionarse con una necesidad de control, o ser un recordatorio del cerebro, diciéndole a una persona hambrienta que necesita comer.

9. Preocupación excesiva por el cuerpo o la figura: Consideración de que el aspecto físico tiene mucho valor como medio para conseguir el éxito en cualquier área de la vida, excesiva adhesión a los estereotipos culturales y dependencia a ciertas revistas y sus consejos sobre dieta, peso o figura.

10. Sentimiento de culpa por haber comido o haber dejado de hacerlo: Se puede manifestar como una preferencia por comer a solas, reducción de la cantidad de comida, presencia de atracones en las últimas semanas, sensación de no poder parar de comer, evitación de forma continua de tomar ciertos alimentos (por ejemplo, dulces), consumo de productos bajos en calorías o ricos en fibra, uso de diuréticos y abuso de laxantes, vómitos autoinducidos y dietas restrictivas o ayunos.



Es un hecho que los TCA no se presentan de un día para el otro. Por lo general, comienzan con un intento de dieta autoimpuesta que luego va girando hacia un polo más estricto. Estos trastornos no tienen una única causalidad, sino que múltiples factores intervienen para que se produzcan. Si bien impactan, en primera instancia, en la población adolescente, no todo adolescente que realice una dieta va a generar un TCA.

Específicamente, estos trastornos tienen tres tipos de factores que los determinan. **Los primeros son los factores predisponentes**, en donde encontramos una ruta genética, de vulnerabilidad biológica, historia de sobrepeso en niñez y tendencia a comenzar con dietas restrictivas a temprana edad. Son llamados así, ya que contribuyen y facilitan que una persona tenga posteriores problemas en sus hábitos alimentarios y/o características individuales, como un perfil más perfeccionista. Adicionalmente, los contextos en que uno habita también pueden predisponer en mayor medida a un TCA como, por ejemplo, el pertenecer a una familia muy orientada a lo estético, la dieta y lo sano, o un estar rodeado por personas con una tendencia al exceso en la alimentación y sedentarismo. Otros contextos pueden ser la práctica de deportes de alto rendimiento o la danza.

Los segundos son los factores precipitantes, es decir, aquellos disparadores o sucesos y eventos históricos en que provocan situaciones de vulnerabilidad emocional en donde distintos trastornos, y entre esos el alimentario, pueden funcionar como reguladores de ese conflicto.

Los terceros son los factores de mantenimiento. En otras palabras, todas aquellas conductas que la persona realiza al estar atravesado la enfermedad y sostienen dicho trastorno. El inicio en el vegetarianismo o en la alimentación vegana pueden muchas veces ser la antesala de un trastorno alimentario.



No implica que una conducta exploratoria vaya a transformarse en un trastorno alimentario o conducta patológica: como por ejemplo que una persona haga dietas, busque en las redes trucos y fórmulas para perder peso, tener una mayor observación de su cuerpo, tener contradicciones con la elección de ropa y pasar un buen rato delante del espejo antes de salir. Sin embargo, no es típico y constituye señales de alarma: la pérdida de kilos semana tras semana, los ayunos prolongados, el ausentarse en la mesa familiar, los atracones y vómitos. Por otra parte, las conductas típicas pueden transformarse en problema si la frecuencia y la intensidad en la que se dan van en aumento, irrumpiendo en el funcionamiento de la vida familiar e individual. Algunas de estas conductas podrían ser el tener crisis y no salir con amigos luego de probarse gran parte del ropero, o comer distinto a toda la familia habitualmente (Duthu, 2020).

Cómo se mencionó, son muchos los factores que predisponen la posibilidad de que aparezcan los TCA: la predisposición biológica que incluye la genética, la sociedad (presión por la delgadez como símbolo de belleza y éxito), el entorno familiar (clima tenso, distante, escasamente afectuoso, sobreprotector, con poca comunicación, altas expectativas familiares, preocupación excesiva por el peso y las dietas del padre o la madre, obesidad de algún miembro de la familia) o el carácter personal (miedo a madurar, perfeccionismo y autocontrol o baja autoestima e insatisfacción personal).

A lo anterior, **se le suma el hecho de atravesar ciertas situaciones puede precipitar el trastorno.** Por ejemplo, el período de la pubertad, situaciones estresantes (abusos físicos o psicológicos, pérdida de algún miembro de la familia, separación o divorcio, cambio de residencia, dificultades de adaptación, exámenes, etc.), comentarios y presión para adelgazar, dietas bajas en calorías, sumisión al estereotipo cultural y adhesión a los mensajes de los medios de comunicación, incluido Internet, que preconizan una imagen de delgadez anómala, ejercicio físico excesivo, etc.

Una vez se ha iniciado el TCA, algunas de sus propias consecuencias lo mantienen y agravan (por ejemplo, las consecuencias biológicas de la desnutrición, el aislamiento social y los problemas de estado de ánimo).

En este sentido, un estudio realizado por Lilenfeld y otros (1998) relacionado a comorbilidad en bulimia y anorexia, ha encontrado los siguientes resultados:

"Los familiares de primer grado de consultantes con anorexia o bulimia presentan un mayor riesgo de formas subclínicas de trastornos alimentarios, depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo. El riesgo familiar para la presentación de depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo fue independiente del riesgo para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. A su vez, también presentaron un mayor riesgo de trastornos de ansiedad, pero el modo de transmisión familiar no resultó tan claramente definido. En cuanto al riesgo de abuso de sustancias, fue elevado entre familiares de consultantes de bulimia nerviosa y con un patrón de transmisión familiar independiente. Finalmente, en trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva fue elevado entre familiares de consultantes con anorexia nerviosa y existieron evidencias de que estos dos trastornos pueden compartir factores de riesgo familiar".

Tabla resumen:

| FACTORES PREDISPONENTES | FACTORES DESENCADENANTES | FACTORES MANTENEDORES |
|---|--|---|
| <p>Socioculturales: mensajes que recibimos a través de los medios de comunicación, los cuales nos imponen un ideal en donde la delgadez es sinónimo de éxito, felicidad y belleza.</p> | <p>Crisis vitales, abuso sexual, trauma, mudanzas, cambios de escuela, muerte o llegada de un ser querido, separaciones, rupturas amorosas a temprana edad, inicio de una dieta extrema.</p> | <p>Circuito de mantenimiento [atracción-purga]. Miedo a comer y ganar peso, aislamiento social, factores familiares o sociales que refuerzan conductas poco funcionales, distorsión en la imagen corporal. Ayunos, restricción alimentaria, conductas compensatorias, actividad física excesiva, medirse, pesarse, reacciones positivas de los demás ante la disminución del peso, sensación de autocontrol. CREENCIAS y CONDUCTAS disfuncionales hacia el peso y la figura.</p> |
| <p>Familiares: familias en donde hay poca comunicación, haciendo que los conflictos no puedan resolverse de manera asertiva. Suelen ser familias rígidas, sobreprotectoras o negligentes que en muchas ocasiones no tienen en cuenta la emoción de sus hijos (la invalidan). También es frecuente que los padres desestiman la respuesta emocional poniendo la emoción de ellos por encima. En estas familias suele haber una alta exigencia de los padres y dobles mensajes.</p> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Individuales: personas con baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, desregulación emocional (fundamentalmente del miedo), impulsividad, sensibles a la crítica, que se comparan y tienen muy en cuenta la opinión de terceros (aunque no lo manifiesten), presentan una personalidad controladora, estructurada y perfeccionista. La desregulación emocional hace que muchas veces se le dificulte distinguir y expresar emociones. Puede haber conflictos con la sexualidad. Muestran conductas evitativas, pensamientos rumiativos y rituales en relación a la comida, peso y figura, alteraciones y fluctuaciones en el estado de ánimo.</p> | | |
|--|--|--|

PRINCIPALES TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Anorexia Nerviosa

“La anorexia nerviosa [AN] fue descrita por primera vez por médicos británicos y franceses a mediados del siglo XIX. Gull, un importante y reconocido médico inglés, dio nombre al trastorno. **Por considerarlo un trastorno del apetito, le otorgó el nombre de «anorexia», lo que quiere decir sin hambre**, y añadió el calificativo de «nerviosa» para señalar que carecía de causas biológicas conocidas. En esa época el significado de la palabra «nerviosa» sería bastante equivalente al que hoy tiene el vocablo «psicológica» o «psicógena»”

Así, la AN **se caracteriza por un miedo exagerado a engordar y por una distorsión de la imagen corporal** que hace que las personas que la padecen se vean y se sientan 'gordas' cuando no lo están. A esto se le suma que la valoración que hacen de sí mismas viene determinada por la opinión sobre su cuerpo y su figura. Consecuentemente, se niegan a mantener su peso dentro de los límites de la normalidad, por lo que se imponen dietas restrictivas y adelgazan. Además, el perfeccionismo y la baja autoestima son características comunes de las personas que padecen este TCA y, en muchas ocasiones, la depresión y los pensamientos obsesivos también forman parte del trastorno. Asimismo, no suelen buscar ayuda y, mientras pueden, esconden la sintomatología.

Siguiendo los criterios del DSM-V [2014] se considera AN cuando se presentan los siguientes síntomas:

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal, o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia inapropiada del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. La anorexia incluye dos subtipos:

1. Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.

2. Tipo purgativo: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

La presencia de amenorrea, criterio exigido por las versiones anteriores del DSM, ya no es necesaria para el diagnóstico de AN. Esta exclusión se justificó por la observación de que las variables psicopatológicas no predicen la amenorrea, solo el peso corporal y el ejercicio excesivo, y que las personas que cumplen todos los demás criterios diagnósticos de este TCA pero no tienen amenorrea, responden de manera similar a la AN. Además, dicho criterio no se puede aplicar a las mujeres en edad premenárgica o posmenopáusica, a las que toman anticonceptivos orales ni, por supuesto, a los hombres.

En algunos casos, la anorexia nerviosa es de corta duración y entra en remisión con un tratamiento breve (especialmente en adolescentes) o sin ningún tratamiento, pero tiende a persistir en muchos casos y requerirá intervenciones especializadas complejas y prolongadas. En aproximadamente la mitad de los casos de anorexia nerviosa, hay una migración hacia la bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios por debajo del umbral.

Bulimia Nerviosa

“La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios acontecimientos estresantes puede también precipitar el inicio de la bulimia nerviosa.

Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado. Los períodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo”.

En el caso de la BN, las personas afectadas presentan episodios en los que **comen enormes cantidades de comida (atracon)** y **posteriormente llevan a cabo actividades para mantener su peso**. Esta conducta puede dominar su vida diaria y dificultar sus relaciones e interacciones sociales. Habitualmente ocultan este comportamiento y no suelen buscar ayuda. Pueden tener un peso normal o, paradójicamente, engordar como consecuencia de sus conductas alimentarias inadecuadas. El temor a engordar y la falta de control sobre la alimentación determinan su estado anímico y mental, que puede acabar en procesos depresivos.

El DSM-V [2014] plantea los siguientes criterios para establecer un diagnóstico de BN:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

 Ingestión, en un período determinado (por ejemplo, dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un lapso de tiempo similar y en circunstancias parecidas.

 Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, **al menos una vez a la semana durante tres meses**.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración **no se produce exclusivamente durante los episodios de AN**.

En los casos típicos, el trastorno comienza entre los 18 y los 25 años con la adopción de normas dietéticas estrictas y extremas, motivadas por una preocupación excesiva por la forma y el peso. En la mayoría de los casos diagnosticados, hubo un período en el que se cumplieron los criterios diagnósticos de AN. En la BN, la dieta se interrumpe periódicamente por episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias como vómitos autoprovocados, abuso de laxantes y diuréticos, ayuno o dieta estricta y/o ejercicio excesivo. La combinación de restricción dietética, episodios de atracones y conductas compensatorias rara vez produce un déficit calórico persistente, lo que explica por qué las personas con BN suelen tener peso normal o sobrepeso.

Aunque puede variar en severidad, una vez que se manifiesta, tiende a perpetuarse a sí misma. Alrededor del 20 % de los casos migran a un trastorno por atracón u otros trastornos alimentarios por debajo del umbral, mientras que la transición a la AN es menos frecuente.

Trastorno por Atracón

“Para mucha gente, comer compulsivamente es algo inocuo; sería algo así como salirse de la dieta o ser demasiado autoindulgente. Para otros, sin embargo, significa una pérdida de control sobre la ingesta y esto es un problema grave para mucha gente, sobre todo para mujeres jóvenes de países occidentales como Estados Unidos y Reino Unido. Pese al hecho de que la ingesta compulsiva afecta a mucha gente, no suele existir una comprensión clara, basada en información científica, acerca de esta conducta. Debido en parte a la gran cantidad de información distorsionada difundida a través de los medios de comunicación, para la mayoría de las personas —tanto las que han experimentado ingestas compulsivas como las que no—, el conocimiento real de este problema es, comparativamente, escaso”.

En este sentido, según el DSM-V [2014], para diagnosticar un trastorno por atracón deben cumplimentarse los siguientes criterios:

A- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- 1) Ingestión, en un período determinado (por ejemplo, dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- 2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- 1) Comer mucho más rápido de lo normal.
- 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- 3) Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- 4) Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- 5) Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado luego del atracón.

C- Malestar intenso respecto a los atracones.

D- Los atracones se producen, en promedio, **al menos una vez a la semana durante tres meses.**

E- El atracón **no se asocia a la presencia recurrente de comportamiento compensatorio inapropiado** como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

Otro aspecto importante a destacar es el hecho de que el trastorno por atracón puede ocurrir a cualquier edad, aunque generalmente comienza en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. De este modo, la edad promedio de inicio es de aproximadamente 21 años, pero **existe una amplia distribución de la edad de inicio del trastorno que oscila entre los 14 y los 30 años.** En los casos típicos, comienza con episodios de atracón, a menudo en asociación con eventos estresantes de la vida. Los atracones a menudo dan como resultado un aumento de peso y, por esta razón, algunas personas hacen varios intentos para perder peso. Pese a ello, en la mayoría de los casos, no logran una pérdida de peso duradera.

Si lo comparamos con la BN, ocurre un proceso completamente opuesto, en donde generalmente la dieta precede al inicio de los episodios de atracón. Además, en el trastorno por atracón, los episodios ocurren en el contexto de una alimentación excesiva y desregulada en lugar de una restricción y restricción dietética, y este comportamiento explica la fuerte asociación del trastorno con la obesidad. En algunos casos, sin embargo, el inicio del trastorno ocurre después de un período de dieta estricta.

En lo que refiere a los consultantes, generalmente informan una larga historia de episodios de atracones, con un aumento de su frecuencia en momentos de estrés, y también largos períodos libres de este comportamiento. Así, los resultados de los ensayos con fármacos y los estudios que examinan la evolución natural a corto plazo del trastorno indican que se caracteriza por altas tasas de remisión espontánea. No obstante, en aquellos que no logran la remisión, la migración de este trastorno a anorexia nerviosa o bulimia nerviosa es rara. A pesar de ello, el trastorno por atracón sí aumenta aproximadamente al doble el riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad y depresión.



Otros trastornos alimentarios

Muchos trastornos alimentarios no cumplen los criterios diagnósticos de AN, BN o trastorno por atracón. Los mismos han atraído numerosas definiciones [p. ej., trastornos alimentarios no especificados, trastornos alimentarios no especificados, trastornos alimentarios atípicos y, más recientemente, otros trastornos alimentarios o alimenticios especificados o no especificados].

En este sentido, el DSM-V describe otros cinco trastornos alimentarios:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que, a pesar de una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro o por encima del rango normal.

2. Bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para un diagnóstico de BN, excepto que los atracones y conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, menos de una vez por semana y/ o por menos de 3 meses.

3. Trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracón, excepto que el atracón ocurre, en promedio, menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses.

4. Trastorno de purga: Comportamiento de purga recurrente para influir en el peso o la forma (p. ej., vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de comer de noche: Episodios recurrentes de comer de noche, manifestados por comer después de despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de la cena. Hay conciencia y recuerdo del comer. El comer de noche no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el sueño del individuo, ciclo de vigilia o por las normas sociales locales. Comer por la noche causa una angustia significativa y/o un deterioro en el funcionamiento. El patrón desordenado de alimentación no se explica mejor por un trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el uso de sustancias, y no es atribuible a otro trastorno médico o al efecto de la medicación.

Por otro lado, en el DSM-V, las descripciones del Trastorno de la Alimentación Selectiva (*Avoidant or Restrictive Food Intake Disorder*, ARFID, en inglés) u Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados (*Other Specified Feeding or Eating Disorder*, OSFED, en inglés) son las siguientes:

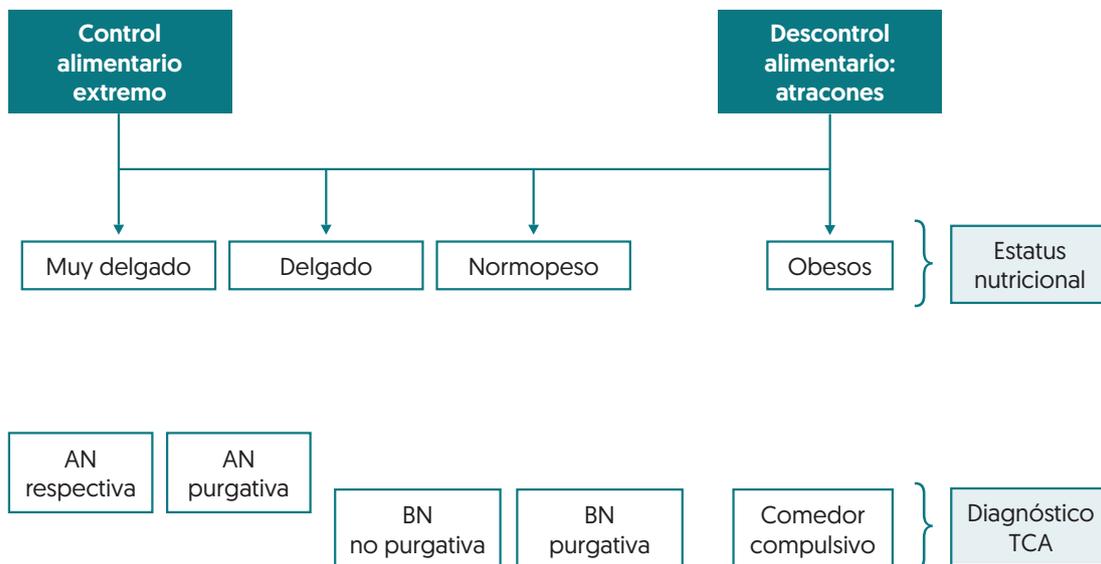
Trastorno de la Alimentación Selectiva (ARFID)

- Se caracteriza por una restricción alimentaria persistente que da como resultado una ingesta alimentaria insuficiente o inadecuada.
- Las restricciones pueden deberse a una falta de interés por la comida, preocupaciones sobre la sensación de asfixia o vómitos, preocupaciones por la textura de los alimentos, miedo a atragantarse o tener una reacción negativa a las características sensoriales de los alimentos (como el color, olor, sabor o textura).
- Puede llevar a una pérdida significativa de peso, falta de crecimiento adecuado (en niños), dependencia de suplementos nutricionales, o dificultades en el funcionamiento social o emocional.

Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados (OSFED)**:

- Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de un TCA no cumplen completamente con los criterios diagnósticos específicos de la AN, BN o trastorno por atracón.
- Puede incluir presentaciones clínicas que no cumplen con el peso mínimo necesario para el diagnóstico de AN, episodios de atracones menos frecuentes que los requeridos para el diagnóstico de BN, o casos de ARFID que no cumplen con todos los criterios diagnósticos.
- También puede incluir patrones de alimentación atípicos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento, pero no encajan claramente en ninguna de las categorías principales de TCA.

El gráfico presente en la figura 1.1 (inspirado en Fairburn y Wilson, 1993) intenta describir estos trastornos en base al control de la ingesta y el estatus nutricional.



Para finalizar, se menciona a Fairburn (2008), quien presenta una reflexión/teoría ciertamente interesante. Basándose en su experiencia de más de treinta años, afirma que **los TCA son esencialmente trastornos cognitivos y presentan una sintomatología nuclear que está anclada en:**

- **Sobrevaloración del peso y la figura y de su control**, que estima más intensa que el descontento normativo que se encuentra en gran parte de la población sin TCA, y especialmente en mujeres.
- **Sobrevaloración del control de la ingesta per se**. La sobrevaloración descrita tiene su mayor impacto en los hábitos alimentarios; específicamente pretende limitar el consumo de comida: «restricción dietética» por la que se dictan normas acerca de cuánto, cuándo y qué puede comer. La restricción impuesta puede tener éxito o no. En el primer caso, se pierde peso, y el consultante puede estar en un grave infrapeso y desarrollar efectos físicos y psicosociales adversos.

Estos efectos secundarios son importantes por tres razones:

- 1.** Pueden llegar a causar la muerte o pueden ser irreversibles (efectos en los huesos); ayudan al mantenimiento del trastorno y pueden ser tremendamente invalidantes (concentración reducida, sueño pobre, elevada obsesividad e indecisión).
- 2.** Algunos consultantes realizan ejercicio físico excesivo (ejercicio físico como deporte o excesiva actividad diaria), y algunos presentan compulsión a realizar ejercicio físico aún en situaciones de difícil mantenimiento o con riesgo.
- 3.** Los atracones forman parte de estos trastornos. Se pueden observar en casi todas las personas que presentan algún TCA, aunque es menos frecuente en las que tienen AN. Lo realizan la mayoría de las veces las personas que han mantenido un período de restricción importante (excepto los que sufren trastorno por atracón), y consiste en una ingesta de lo que la mayoría de la gente consideraría una gran cantidad de comida, con sensación de pérdida de control. La frecuencia de los atracones varía de una a dos veces por semana hasta varias veces al día y, aunque hay diferencias, lo más corriente es un contenido de 1.000 a 2.000 calorías. Existen, asimismo, los «atracones subjetivos», que consistirán en una cantidad de comida que la mayor parte de las personas consideraría normal, pero que la que lo ingiere considera que es una cantidad excesiva.

Otro de los comportamientos centrales de los TCA son las conductas purgativas, que pueden ser «compensadoras» o «no compensadoras». En el primer caso, se producen tras un episodio de sobreingesta y sirven para compensar los efectos engordantes del atracón, mientras que en el segundo caso son una forma rutinaria de control de peso y no siguen a un atracón.

Finalmente, hallamos personas que ingieren grandes cantidades de comida, con sentimiento de pérdida de control y sin conductas purgativas. Estas serían las que se presentan en el trastorno por atracón. Como consecuencia, su peso aumenta, y en muchas ocasiones están en un nivel de sobrepeso u obesidad.

Concluyendo, los síntomas que hallamos en las personas que tienen TCA serían:

- Dieta extrema o ayuno.
- Atracones.
- Preocupación por el peso y la figura.
- Percepción alterada del peso, configuración y dimensiones corporales.
- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta.

MÓDULO II

Evaluación de los TCA

MODELO DE ENTREVISTA INICIAL PARA PERSONAS CON TCA

Tomado del libro Terapia conductual cognitiva y trastornos alimentarios (Fairburn, 2008)

En este apartado, exploraremos en profundidad el estado actual del problema alimentario, a través de una entrevista. En la misma, deberemos considerar el impacto de los patrones de alimentación y los comportamientos relacionados en diferentes áreas de la vida de la persona. De esta manera, **nos servirá como base al momento de diseñar el tratamiento:**

Estado actual del problema alimentario (en las últimas 4 semanas y 3 meses)

- El relato del paciente sobre el problema y lo que le gustaría cambiar
- Hábitos alimenticios en un día típico (y, si corresponde, un día “bueno” y “malo”)
- Restricción dietética (naturaleza de los intentos de restringir la ingesta de alimentos): reglas dietéticas; reacción a cualquier rompimiento de estas reglas; conteo de calorías; límites de calorías; Comer retrasado (es decir, posponer comer el mayor tiempo posible)
- Restricción dietética (alimentación insuficiente real)
- Otro comportamiento de control de peso (por ejemplo, vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes o diuréticos, exceso de ejercicio): frecuencia; relación con la percepción de comer en exceso
- Episodios de comer en exceso (cantidad ingerida y contexto; si hubo o no una sensación de pérdida de control en el momento): frecuencia; disparadores
- Otros hábitos alimenticios (recoger, masticar y escupir, rumiar, rituales en la alimentación)
- Hábitos de beber y fumar (consumo de agua, café, té, bebidas carbonatadas y bebidas alcohólicas y hábitos de fumar, y su conexión [si la hay] con la alimentación problema)
- Alimentación social: capacidad de comer con otros; comer fuera
- Preocupaciones sobre la forma y el peso
- Opiniones sobre la forma y el peso
- Importancia de la forma y el peso en la autoevaluación
- Control corporal (pesaje, uso de espejos, otras maneras de control); evitación del cuerpo
- Comparaciones con otros
- Sentirse gordo
- Impacto del problema alimentario en el funcionamiento psicológico y social
- Efectos sobre el estado de ánimo y la concentración
- Efectos en el trabajo
- Efectos sobre otras personas (pareja, familia, amigos, conocidos)
- Efectos sobre actividades e intereses
- Otros efectos



Desarrollo del problema alimentario

Asimismo, también es importante explorar en profundidad el desarrollo del problema alimentario, analizando su origen y los factores que pudieron haber contribuido a su aparición. En consecuencia, resulta interesante ahondar en las siguientes temáticas.

- Detalles del inicio y posibles desencadenantes
- Secuencia posterior de eventos (cuando las formas clave de comportamiento comenzaron en relación con otros): evolución del problema — primeros 6 meses; después
- Historial de peso (antes y desde que comenzó el problema alimentario; obesidad infantil real): más bajo peso desde la altura actual; peso más alto desde la altura actual
- Tratamiento previo (por un problema de alimentación o de peso): búsqueda de tratamiento; tratamientos ofrecidos; experiencia de tratamiento y actitud hacia el tratamiento; el cumplimiento de los tratamientos y la respuesta a ellos

Historia personal y familiar

Para conocer la historia de aprendizaje de la persona, será necesario indagar sobre diferentes áreas de su vida, comprendiendo al detalle el origen y mantenimiento del TCA. Es por esta razón que en este apartado nos enfocaremos en recopilar la mayor cantidad de datos relacionados a:

- Dónde nació y creció
- Familia durante la niñez (padres, hermanos, ambiente, rupturas y/o problemas) y contacto en la actualidad
- Historial escolar, universitario y ocupacional
- Historia interpersonal: funcionamiento interpersonal de la niñez/adolescente/adulto
- Antecedentes psiquiátricos familiares (especialmente depresión y abuso de alcohol)
- Trastorno alimentario familiar y antecedentes de obesidad
- Eventos adversos (incluyendo abuso físico y sexual, duelo, accidentes, intimidación y broma)
- Antecedentes psiquiátricos personales (especialmente trastornos de ansiedad, depresión, perfeccionismo, baja autoestima, autolesiones, abuso de sustancias): inicio en relación con el inicio del problema alimentario; interacciones

Circunstancias actuales y funcionamiento

Asimismo, también es importante indagar sobre las diversas crisis vitales y/o problemas que pudieron desencadenar el TCA, así como también el estilo de afrontamiento de la persona, es decir, como resuelve los problemas, que intereses tenía previamente al TCA y como esto se ve afectado por el problema alimentario:

- Arreglos de vivienda
- Ocupación
- Estado civil, hijos
- Contacto con la familia
- Funcionamiento interpersonal (pareja, familia, confidentes, amigos, gregarismo)
- Funcionamiento interpersonal anterior (y desde que se desarrolló el problema alimentario)
- Intereses y aptitudes
- Intereses y aptitudes anteriores (y desde que se desarrolló el trastorno alimentario)

Psicopatología coexistente

- Comorbilidad psiquiátrica actual (depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones, comportamiento suicida, otros)
- Tratamiento psiquiátrico actual (psicológico, farmacológico)

Salud física

Por otro lado, también son relevantes aspectos relacionados con la salud física en el contexto de los TCA. Consecuentemente, es necesario profundizar en los siguientes elementos:

- Salud física actual (incluida la menstruación)
- Antecedentes médicos generales (incluido el momento de la pubertad en relación con el problema de la alimentación)
- Medicamentos actuales (incluida la píldora anticonceptiva)



Actitud ante el problema alimentario y su tratamiento

También debemos profundizar sobre la actitud de la persona frente al problema alimentario y su tratamiento. Así, es fundamental explorar los puntos de vista del paciente sobre las causas del trastorno, su disposición al inicio del tratamiento, las inquietudes que pueda tener respecto al proceso y su perspectiva de cambio, así como las metas que desea alcanzar.

- Puntos de vista sobre lo que mantiene el problema de alimentación
- Actitud hacia el inicio del tratamiento
- Inquietudes sobre el tratamiento y la perspectiva de cambio
- Metas

¿Algo más?

“¿Hay algo más que te gustaría decirme, o algo más que creas que debería saber?”

ENTREVISTA NUTRICIONAL

A continuación hablaremos de la entrevista nutricional, donde se recopilan datos sobre la dieta, composición corporal y análisis clínicos. Aquí, principalmente, se evalúa el estado nutricional, incluyendo peso, IMC y cambios en la dieta y síntomas, así como la capacidad funcional. También se considera el trabajo multidisciplinario en el tratamiento. Para lograrlo intentaremos:

- a. Recolectar datos clínicos (dieta, composición corporal, resultado de análisis)
- b. Identificar grado de desnutrición o mal estado nutricional
- c. Realizar anamnesis, análisis complementarios
- d. Tener en cuenta: peso, estatura, IMC, circunferencia muscular media del brazo.
- e. Evaluar cambios en el peso, dieta, síntomas asociados, capacidad funcional, déficit de requerimientos nutricionales.
- f. Evaluar trabajo multidisciplinario

ALTERACIONES Y COMPLICACIONES MÉDICAS

Estos trastornos pueden tener un impacto profundo en la salud física, afectando desde el peso corporal hasta el funcionamiento de órganos y sistemas vitales. Como clínico, es crucial reconocer y comprender las alteraciones físicas, ya que pueden ser pautas de alarma de un problema grave de salud que requiera intervención de urgencia.



En este sentido, resulta fundamental tener claro la diferencia existente entre signos y síntomas. Por un lado, los signos son indicadores objetivos y medibles de una enfermedad, observables por profesionales de la salud a través de exámenes físicos y pruebas diagnósticas. Por otro lado, los síntomas, son sensaciones subjetivas experimentadas por el paciente, describiendo cómo se siente.

ANOREXIA NERVIOSA

Signos y síntomas de la anorexia nerviosa

Como mencionamos, la AN es un trastorno alimentario caracterizado por una restricción severa de la ingesta calórica, lo que puede llevar a una serie de signos y síntomas físicos y emocionales.

Entre los signos más comunes se encuentran el bajo peso, caída del cabello, inanición extrema, lanugo (pelo fino en el cuerpo), erosión del esmalte dental, hipotensión, bradicardia, piel seca y amarillenta, hipotermia, hipotrofia mamaria y acrocianosis (extremos de los dedos azules). Estos signos son indicadores objetivos y medibles de la gravedad del trastorno.

Por otro lado, los síntomas de la anorexia nerviosa incluyen fatiga, agitación, amenorrea (pérdida de la menstruación), intolerancia al frío, constipación e irritabilidad debido a la disminución de la síntesis de neurotransmisores. Estos síntomas, al ser sensaciones subjetivas experimentadas por el paciente, pueden variar en intensidad y frecuencia.

BULIMIA NERVIOSA

Signos y síntomas de la bulimia nerviosa

Retomando lo anteriormente descrito, la BN es un TCA caracterizado por episodios recurrentes de atracones seguidos de comportamientos compensatorios, como el vómito o el uso excesivo de laxantes. A continuación, se presentan los signos y síntomas más comunes asociados con este trastorno.

Entre los signos más destacados se encuentran el signo de Russell, una lesión característica en el dorso de la mano, específicamente en los nudillos, provocada por la inducción frecuente del vómito. También se observa edema, o hinchazón, en diferentes partes del cuerpo, así como hipertrofia de las glándulas salivales, lo que da como resultado una mayor secreción de saliva. Además, se produce erosión del esmalte dentario debido al contacto frecuente con ácido estomacal.

Por otro lado, los síntomas de la bulimia nerviosa incluyen cara hinchada, especialmente debajo del mentón, debido a la inflamación de las glándulas salivales, así como dolor abdominal e hinchazón como resultado de los atracones y el vómito. También se puede experimentar constipación, causada por la alteración del intestino debida al uso excesivo de laxantes, y oligomenorrea, que hace referencia a alteraciones menstruales, o amenorrea, que es la pérdida completa de la menstruación.

| | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|---------|---------|------------|-----------|--------|----------|--|
| Metabólicas | Hipoglicena | | | | | | | | |
| Médula ósea | Anemia Leucopenia Trombocitopenia | | | | | | | | |
| Fluidos y Electrolitos | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">↓ Potasio</td> <td style="width: 50%; border: none;">↓ Cloro</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">↓ Sodio</td> <td style="border: none;">↓ Magnesio</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">↓ Fosfato</td> <td style="border: none;">↓ Zinc</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">↓ Calcio</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> | ↓ Potasio | ↓ Cloro | ↓ Sodio | ↓ Magnesio | ↓ Fosfato | ↓ Zinc | ↓ Calcio | |
| ↓ Potasio | ↓ Cloro | | | | | | | | |
| ↓ Sodio | ↓ Magnesio | | | | | | | | |
| ↓ Fosfato | ↓ Zinc | | | | | | | | |
| ↓ Calcio | | | | | | | | | |
| Cardiovascular | Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado) | | | | | | | | |
| Pulmonar | Neumotórax (rara) | | | | | | | | |
| Gastrointestinal | Hematemesis Úlcera gástrica ↓ Motilidad intestinal (constipación) | | | | | | | | |
| Renal | ↑ Urea y creatinina Oliguria Anuria | | | | | | | | |
| Neurológica o de la función cognitiva | Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral | | | | | | | | |
| Músculo esqueléticas | Disminución de la masa ósea Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal | | | | | | | | |
| Endocrinas | Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo ↑ Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| <p>Otras secundarias a purgas</p> | <p>Esofagitis Erosiones del esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia</p> |
|--|---|

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

A continuación, se presentan los criterios de internación que deben considerarse en situaciones donde el estado de salud del paciente requiere atención médica urgente y especializada. Dentro de ellos encontramos los siguientes:

- Desnutrición mayor del 30 % [es el criterio clínico, especialmente si se ha instituido en un lapso menor de 6 meses y posterior a un tratamiento ambulatorio que fracasó]
- Bradicardia [frecuencia cardiaca menor a 40 latidos por minuto]
- Hipotensión arterial
- Hipotermia [menos de 36 grados]
- Deshidratación o desequilibrio electrolítico
- Hipoglucemia: glucemia menor de 50 mg/dl
- Infecciones
- Neumonía [por aspiración del vómito]
- Falta de red de apoyo familiar, haciendo que esté en riesgo la vida del paciente.
- Sangrado esofágico
- Conductas autoagresivas.

Tomado del libro Terapia conductual cognitiva y trastornos alimentarios [Fairburn, 2008]



Efectos de un peso corporal muy bajo

Mantener un peso corporal muy bajo es poco saludable y dañino. Tiene numerosos efectos adversos en el funcionamiento físico, psicológico y social de cada persona. Así, **desde un punto de vista psicológico, un peso bajo puede afectar la capacidad de pensamiento, volviéndolo inflexible y dificultando la toma de decisiones.** En este sentido, la concentración se ve deteriorada y los pensamientos recurrentes sobre comida y alimentación pueden interferir con la capacidad de enfocarse en otras cosas, llegando incluso hasta el punto de soñar con ellos.

En cuanto al comportamiento, las personas con bajo peso pueden volverse más obsesivas y rígidas en sus rutinas, especialmente en relación con la comida. Esto puede manifestarse en comportamientos como comer en una manera muy particular, ritualizada o lenta.

Con respecto al estado de ánimo, también se ve afectado, llevando a sentimientos de irritabilidad, baja autoestima y depresión. En muchas ocasiones, **la falta de energía y la debilidad limitan la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.**

Por otro lado, la falta de interés en actividades sociales y la necesidad de rutina, en ocasiones, hacen que las personas se alejen de amigos y familiares. La pérdida del apetito sexual también afecta las relaciones íntimas. Así, **en el ámbito social, un peso bajo puede llevar a un mayor aislamiento.**

Referido al ámbito físico, un peso bajo tiene efectos graves en la salud. En esta línea, la presión arterial disminuye y el riesgo de irregularidades en los latidos del corazón aumenta. La producción de hormonas sexuales disminuye, lo que puede llevar a infertilidad y una pérdida del interés por el sexo.

La fuerza ósea también se deteriora, aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas. En cuanto al intestino, el mismo se ralentiza, llevando a problemas digestivos y una mayor sensación de saciedad. **Como resultado, el desgaste muscular y la sensación de debilidad limitan la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.** La piel tiende a volverse seca y desarrollar un tinte anaranjado. También, el vello suave llamado lanugo puede crecer en el cuerpo, especialmente en el rostro, abdomen, espalda y brazos.

Por último, **la regulación de la temperatura corporal y la calidad del sueño se ven afectados.** En este sentido, la persona con bajo peso puede llevar a sentir frío constante, y tener un descanso menos reparador, con una tendencia a despertar temprano.



Sin embargo, **es importante destacar que algunos de estos efectos pueden ser resultado directo de una alimentación insuficiente sostenida en el tiempo**, más que del peso bajo en sí mismo. Por ende, es crucial buscar ayuda profesional con el fin de prevenir o tratar estos efectos adversos. Para ello, existen cinco puntos importantes a tener en cuenta:

1. Es probable que algunas de las cosas que le resulten difíciles o desagradables en este momento sean un resultado directo de tener un peso demasiado bajo.
2. Muchas personas que tienen bajo peso asumen que la forma en que están ahora refleja su personalidad. Es fundamental enfatizar que su personalidad está siendo enmascarada por los efectos de tener bajo peso y que su verdadera personalidad solo se revelará una vez que dejar de tener bajo peso.
3. Algunos de los efectos de tener un peso demasiado bajo son peligrosos o tienen efectos a largo plazo que dañan su cuerpo (por ejemplo, los efectos en su corazón y circulación, y los efectos en sus huesos, respectivamente).
4. Algunos de los efectos de tener un peso demasiado bajo lo mantienen “atrapado” en su problema de alimentación (p. ej., pensar demasiado en la comida y comer; ser inflexible y tener ceñirse a las rutinas y los rituales; tener dificultad para tomar decisiones; no querer socializar; tener dificultad para concentrarse; sentirse lleno tan fácilmente).
5. Casi todos estos efectos desaparecerán si recupera el peso hasta un nivel bajo, pero saludable.



MÓDULO III

Introducción a la DBT

La Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT, en inglés), constituye un tratamiento cognitivo-conductual de amplio espectro desarrollado originalmente para consultantes con intentos suicidas recurrentes y diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). **Consiste en la combinación de psicoterapia individual, entrenamiento grupal, coaching telefónico y reuniones de consultoría del equipo terapéutico.** Esta psicoterapia fue la primera que, mediante ensayos clínicos controlados, demostró ser efectiva para el abordaje de TLP. Desde entonces, se han realizado múltiples ensayos clínicos que evidencian su efectividad no solo en dichos casos, sino también para muchos otros trastornos y problemas, incluyendo el control insuficiente o excesivo de las emociones y los patrones cognitivos y conductuales asociados (Gagliesi, 2021).

El término “dialéctico” supone que las personas tratadas, con el apoyo del terapeuta, trabajan y buscan el equilibrio entre la aceptación y el cambio; dos fuerzas o estados aparentemente opuestos, pero que es posible equilibrar para conseguir el bienestar emocional. En este sentido, **representa la confrontación entre la síntesis y antítesis, en donde surge una síntesis, es decir, una resolución o nueva comprensión del problema.** La dialéctica desplaza la atención desde el consultante aislado, al contexto dentro del cual el consultante interactúa. Específicamente, los consultantes con TLP fracasan en realizar una síntesis dialéctica, debido a que mantienen posiciones rígidas y contradictorias, generando dificultades a la hora de integrar distintas posiciones.

Por otro lado, varios investigadores han señalado que **la DBT también puede ser un tratamiento efectivo para los síntomas de trastornos alimentarios** que representan una desadaptación en la regulación del afecto negativo, (Heatherton & Baumeister, 1991; Safer, Telch, y Agras, 2001; Telch, Agras, y Linehan, 2001). Al mismo tiempo, el TLP presenta una alta comorbilidad con los TCA, principalmente con la BN, (Herzog, Keller, Lavori, Kenny, y Sacks, 1992), oscilando entre el 2 % y el 47 % de los casos (Wonderlich, 1995), en Lencioni 2018).

Asimismo, la desregulación emocional se ha vinculado a diversos problemas de salud mental que surgen de patrones de inestabilidad en la regulación de las emociones, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. La DBT, basada en una teoría dialéctica y biosocial del trastorno psicológico, enfatiza el papel de las dificultades en la regulación emocional —ya sea insuficiente o excesiva— y en el control de la conducta. De este modo, **su objetivo principal es ayudar a las personas a modificar esos patrones emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales que contribuyen a los problemas en su vida cotidiana** (Kring, 2010).

Criterios del diagnóstico de TLP según el DSM-V, con base en la perspectiva de la desregulación

El TLP es un trastorno mental severo que deviene de una grave desregulación del sistema afectivo. Las personas con este trastorno muestran un patrón característico de inestabilidad en la regulación emocional, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen.



DSM-V: Trastorno de la personalidad límite [Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013].

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- **CRITERIOS (9) DSM-V con base en la perspectiva de la DESREGULACIÓN:** Es decir, ubicados en las 5 áreas de desregulación según los criterios diagnósticos del DSM-V.

INESTABILIDAD

INTERPERSONAL

Criterio 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

Criterio 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. [Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.].

AFECTIVA

Criterio 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo [p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días].

Criterio 8. Ira inapropiada e intensa, o dificultad para controlar la ira [p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes].

IDENTIDAD

Criterio 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido de sí mismo, acusada e inestable.

Criterio 7. Sensación crónica de vacío.

CONDUCTUAL

Criterio 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas y dañinas para sí mismos [p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios].

Criterio 5. Comportamiento, actitud, intentos o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación

COGNITIVA

Criterio 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

DESREGULACIÓN EMOCIONAL: TEORÍA BIOSOCIAL

El TLP es principalmente un trastorno del sistema de regulación de las emociones. La desregulación de las emociones, a su vez, se debe a la suma de una alta vulnerabilidad más una labilidad emocional [incapacidad de regular las emociones]. Consecuentemente, cuanto más emocionalmente vulnerable es el individuo, mayor es la necesidad de modulación emocional.

Particularmente, los individuos límites son emocionalmente vulnerables y deficientes en las habilidades de modulación emocional, siendo que estas dificultades tienen sus raíces en la predisposición biológica, la cual se ve agravada por experiencias ambientales específicas. En otras palabras, la desregulación emocional en general, así como la encontrada en TLP específicamente, **es un resultado de la disposición biológica, el contexto ambiental y la transacción entre ambos durante el desarrollo.**

Según Linehan [1991], el modelo biosocial propone que el desarrollo de la labilidad emocional extrema se basa en:

- Las características del niño, como por ejemplo, la sensibilidad emocional de base y la impulsividad.
- Una transacción con un contexto social que moldea y mantiene la labilidad.
- Las transacciones de refuerzo recíproco entre las vulnerabilidades biológicas y los factores de riesgo ambientales que aumentan la desregulación emocional y el descontrol conductual, lo que contribuye a resultados cognitivos y sociales negativos.
- Una constelación de características identificables y estrategias de afrontamiento inadaptadas que se desarrolla con el tiempo.

Estos rasgos y conductas pueden exacerbar el riesgo de desregulación emocional generalizada en todo el desarrollo, debido a los efectos evocativos en las relaciones interpersonales y el funcionamiento social. Además, interfieren con el desarrollo emocional saludable.

Mecanismos y características asociadas a la desregulación emocional

Maccoby sostiene que **la inhibición de la acción es fundamental para organizar todas las conductas** (Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, 2014). Siguiendo esta idea, uno de los aspectos más importantes en el desarrollo infantil es la capacidad de autorregularse, especialmente en cuanto a la inhibición y control de las emociones.

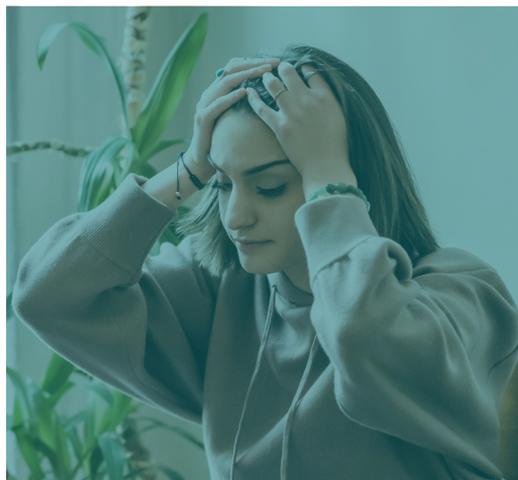
Aprender a regular tanto las emociones como su expresión es crucial para el bienestar emocional y social. **Cuando una persona no puede hacerlo, es probable que se vean afectadas sus conductas, especialmente aquellas dirigidas a lograr metas o las conductas prosociales.** Las emociones intensas pueden alterar o redirigir el comportamiento, empujando a la persona a actuar de manera impulsiva, en lugar de seguir patrones de comportamiento más controlados y racionales.

En este sentido, la desregulación emocional es cuando, a pesar de los esfuerzos por cambiar o manejar las emociones, la persona no puede regularlas adecuadamente. Lo anterior, puede suceder con diferentes tipos de emociones, en varios contextos y situaciones. **Cuando es generalizada, afecta a muchas áreas de la vida, como las relaciones y la adaptación a nuevos entornos.** Entre sus características encontramos:

- Exceso de experiencias emocionales dolorosas.
- Incapacidad para regular la activación intensa.
- Problemas para desviar la atención de los estímulos emocionales; distorsiones cognitivas y fallas en el procesamiento de la información.
- Control insuficiente de conductas impulsivas relacionadas con fuertes emociones positivas y negativas.
- Dificultades para organizar y coordinar actividades a fin de alcanzar objetivos no dependientes del estado de ánimo durante la activación emocional
- Tendencia a congelarse o disociarse bajo estados fuertes de estrés.

VULNERABILIDAD BIOLÓGICA (BIO)

Las características de la vulnerabilidad emocional incluyen **alta sensibilidad a los estímulos emocionales, intensidad emocional y retorno lento a la línea de base emocional.** En primer lugar, “alta sensibilidad” significa que el individuo reacciona rápidamente y tiene un umbral bajo para una reacción emocional; es decir, no se necesita mucho para provocar una reacción emocional. Consecuentemente, es probable que los eventos que no molesten a muchas personas molesten a la persona emocionalmente vulnerable.



Tooby, J., & Cosmides, L. [1990] definen los otros dos conceptos: **Por un lado, “intensidad emocional” significa que las reacciones emocionales son extremas.** Los individuos emocionalmente intensos son las personas comúnmente llamadas ‘dramáticas’. En el polo negativo, las separaciones pueden precipitar un dolor muy intenso y doloroso. De esta manera, lo que causaría una ligera vergüenza, para una persona con esta característica causa una profunda humillación. La molestia se vuelve rabia; la vergüenza se desarrolla por culpas leves; la aprehensión escala a un ataque de pánico. En el lado positivo, los individuos emocionalmente intensos tienden a ser idealistas y es probable que se enamoren en un *abrir y cerrar de ojos*. Tienen la capacidad de experimentar la alegría más fácilmente y, por lo tanto, también pueden ser más susceptibles a las experiencias espirituales.

Por otro lado, el “retorno lento a la línea de base emocional” significa que las reacciones son duraderas. Es importante señalar aquí, sin embargo, que todas las emociones son relativamente breves, y duran desde segundos hasta minutos. Lo que hace que una emoción se sienta duradera es que la activación emocional, o el estado de ánimo, tiende a tener un efecto generalizado en varios procesos cognitivos, que a su vez están relacionados con la activación y reactivación de los estados emocionales.

En este contexto, los estudios de Bower y colaboradores refuerzan la idea de que **los estados emocionales no solo afectan la memoria, sino que también pueden influir en otros procesos cognitivos, perpetuando el estado emocional a través de sesgos en la interpretación y atención.** De esta manera, los estados emocionales:

- Sesgan selectivamente el recuerdo con un tono afectivo, lo que da como resultado una memoria superior cuando el estado emocional recordado coincide con el estado de aprendizaje;
- Mejora el aprendizaje del material congruente con el estado de ánimo
- Sesgan interpretaciones, fantasías, proyecciones, asociaciones libres, pronósticos personales y juicios sociales de una manera congruente con el actual estado de ánimo.

Las emociones también pueden perpetuarse más entre los individuos límites debido a la mayor intensidad de sus respuestas emocionales. Con un alto grado de excitación emocional, se puede atender de manera selectiva el entorno [incluida la conducta del terapeuta], de modo que se atiendan las acciones y los eventos que concuerdan con la corriente primaria actual y se descuiden otros aspectos (Bower, 1981; Gilligan y Bower, 1984).

FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS

Cowdry et al. (1985) informan datos que sugieren que algunos individuos límite pueden tener un umbral bajo para la activación de estructuras límbicas, el sistema cerebral asociado con la regulación emocional. Sin embargo, **otros factores además de los genes, son igualmente importantes para determinar el funcionamiento neurofisiológico, especialmente en el sistema de regulación emocional.**

Por ejemplo, **las características del entorno intrauterino son fundamentales para el desarrollo del feto**, influyendo en los patrones conductuales futuros del individuo. En este contexto, el síndrome alcohólico fetal, caracterizado por retraso mental, hiperactividad, impulsividad, distracción, irritabilidad, retraso en el desarrollo y trastornos del sueño, es causado por el consumo excesivo de alcohol por parte de la madre (Abel, 1981, 1982). Disfunciones similares se observan comúnmente en bebés de madres drogadictas (Howard, 1989). Además, hay evidencia acumulada de que el estrés ambiental experimentado por la madre durante el embarazo también tiene efectos nocivos en el desarrollo posterior del niño (Davids y Devault, 1962; Newton, 1988).

Por su parte, **las experiencias postnatales también tienen importantes consecuencias biológicas.** Se ha comprobado que eventos y condiciones ambientales extremas modifican las estructuras neuronales (Dennenberg, 1981; Greenough, 1977).

En consecuencia, una disfunción en cualquier parte del complejo sistema de regulación emocional humano, **proporciona la base biológica para una vulnerabilidad emocional temprana y dificultades subsiguientes en la modulación de las emociones**. Por lo tanto, la predisposición biológica puede variar entre individuos.

AMBIENTE CON CONDUCTAS INVALIDANTES

Un ambiente invalidante contribuye a la desregulación emocional al no enseñar al niño a etiquetar y modular la activación, a tolerar el malestar o a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los acontecimientos. También le enseña activamente a invalidar sus propias experiencias, al hacer necesario que explore el entorno en busca de señales sobre cómo actuar y sentir. Al simplificar en exceso la facilidad de resolver los problemas de la vida, no lo orienta para establecer metas realistas [Linehan,2006].

Las contribuciones del ambiente social, particularmente la familia, incluyen:

- Una tendencia a invalidar las emociones y una incapacidad para moldear y modelar expresiones apropiadas de emoción
- Un estilo de interacción que refuerza la activación emocional
- Un mal ajuste entre el temperamento del niño y el estilo de crianza de los cuidadores.

El papel de la invalidación en el desarrollo de la desregulación emocional resulta evidente una vez que comprendemos que **una de las funciones primarias de las emociones en los humanos** [así como en otros mamíferos] **es actuar como un sistema rápido de comunicación**.

Cuando el mensaje es importante, el remitente aumenta considerablemente la comunicación al intensificar la emoción. Cuando el receptor no “capta” la comunicación o no la cree, es comprensible que incremente los esfuerzos para detener la comunicación, en general por algún medio de invalidación. Y así continúa, una y otra vez, escalando por ambas partes hasta que un lado cede. Muchas veces es el receptor quien finalmente se detiene y escucha o cede a las demandas del emisor altamente emocional. Ergo, la escalada se ha reforzado. Cuando esto continúa de manera intermitente, se consolida el patrón de escalada de la desregulación de la emoción [Verheul,2003].



Una característica definitoria de un ambiente invalidante es la tendencia a responder de forma errática e inapropiada a la experiencia privada (por ejemplo, creencias, pensamientos, sentimientos, sensaciones) y, en particular, a ser insensible a la experiencia privada que no se manifiesta en público. **Los ambientes invalidantes también tienden a responder de forma extrema** (es decir, con reacciones excesivas o insuficientes) a experiencias privadas que sí se manifiestan en público.

En esta línea, una familia invalidante es problemática porque en ella las personas responden a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones con respuestas no adaptadas. Específicamente, con falta de respuesta o consecuencias extremas. **Lo anterior, lleva a una intensificación de las diferencias entre la experiencia privada de un niño emocionalmente vulnerable y la que tiene el contexto.** Dichas discrepancias persistentes constituyen el entorno de aprendizaje necesario para que se generen los problemas asociados con la desregulación emocional.

Además de las fallas tempranas para responder de manera óptima, **un ambiente invalidante generalmente enfatiza el control de la expresividad emocional**, en especial de emociones negativas. Las experiencias dolorosas a menudo se trivializan y se atribuyen a rasgos negativos, como falta de motivación, de disciplina y de adopción de una actitud positiva. Las emociones positivas fuertes y las preferencias asociadas se pueden atribuir a otros rasgos negativos, como la falta de juicio y reflexión o la impulsividad.

Otras características del ambiente invalidante incluyen restringir las demandas que un niño puede hacer sobre el medioambiente, discriminarlo sobre la base del género u otras características arbitrarias y usar el castigo (desde la crítica hasta el abuso físico y sexual) para controlar la conducta. Al castigar la expresión de la emoción negativa y erráticamente reforzar la comunicación emocional solo después de la escalada del niño, la familia da forma a un estilo de expresión emocional que oscila entre la inhibición extrema y la desinhibición extrema. En otras palabras, **la respuesta habitual de la familia a la emoción impide la función comunicativa de las emociones ordinarias.**

En este contexto y como consecuencia de entornos invalidantes, nos podemos encontrar con que, al no validar la expresión emocional, un ambiente invalidante no enseña al niño a etiquetar las experiencias privadas, incluidas las emociones, de una manera normativa en su comunidad que tiene las mismas experiencias o experiencias similares. Tampoco se enseña al niño a modular la excitación emocional. Asimismo, **debido a que no se reconocen los problemas del niño emocionalmente vulnerable, se hacen pocos esfuerzos para intentar resolver los problemas.** Se le dice al niño que controle sus emociones, en lugar de que se le enseñe exactamente cómo hacerlo. La no aceptación o simplificación excesiva de los problemas originales excluye el tipo de atención, apoyo y entrenamiento diligente que un individuo necesita. Por lo tanto, el niño no aprende a etiquetar o controlar adecuadamente las reacciones emocionales [Bohus, 2004].

En segundo lugar, al simplificar en exceso la facilidad para resolver los problemas de la vida, **el ambiente no enseña al niño a tolerar la angustia ni a formar metas y expectativas realistas.**

En tercer lugar, dentro de un entorno de invalidación, a menudo son necesarias demostraciones emocionales extremas y / o problemas extremos para provocar una respuesta ambiental útil. **Así, las contingencias sociales favorecen el desarrollo de reacciones emocionales extremas.** Al castigar erráticamente la comunicación de las emociones negativas y reforzar intermitentemente las demostraciones de emociones extremas o intensificadas, el entorno enseña al niño a oscilar entre la inhibición emocional, por un lado, y los estados emocionales extremos por el otro.

Finalmente, **tal ambiente no le enseña al niño cuándo confiar en sus propias respuestas emocionales y cognitivas como reflejos de interpretaciones válidas de eventos individuales y situacionales**. En su lugar, el entorno de invalidación le enseña al niño a invalidar activamente sus propias experiencias y a buscar en su entorno social pistas sobre cómo pensar, sentir y actuar. Por lo tanto, la invalidación se experimenta generalmente como aversiva. Consecuentemente, las personas que están invalidadas generalmente abandonarán el entorno de invalidación, intentarán cambiar su conducta para que cumpla con las expectativas de su entorno, o intentarán demostrar su validez y, de ese modo, reducir la invalidación del entorno. El dilema límite surge cuando el individuo no puede abandonar el ambiente y no logra cambiar el entorno o su propia conducta para satisfacer las demandas del entorno.

EN RESUMEN

VULNERABILIDAD BIOLÓGICA: Conformado por 3 componentes.

- Alta sensibilidad a los estímulos emocionales.
- Alta reactividad (reacción emocional intensa , rápida y desregula el procesamiento cognitivo)
- Retorno lento a la calma (expresiones emocionales de larga duración)

La sensibilidad emocional puede ser parte de lo biológico o puede generarse como producto de situaciones del ambiente (maltrato, abuso) y aprendizaje.

AMBIENTE INVALIDANTE

Entorno social en el cual la comunicación de emociones y respuestas emocionales es tomada como incorrecta, inapropiada, patológica, o no es tenida en cuenta.

- Críticas constantes, castigos, ignorar o responder erráticamente a sus deseos, emociones, pensamientos, conductas o respuestas de esa persona.
- Las conductas son juzgadas negativamente y consideradas propias de una persona “mala”, manipuladora o excesivamente emocional.
- Las conductas autolesivas son el intento de regular el afecto, cumplen un papel comunicativo, es un pedido de ayuda ante un entorno que no responde empáticamente.

La invalidación le dice al individuo que el análisis que hace de su propia experiencia es erróneo e inaceptable. “No estás sintiendo realmente esto”, “esto lo sentís porque estás fallado”.



CONSECUENCIAS

- Falta de metas realistas
- No tolerar el malestar
- No confía en sus emociones
- Ve sus emociones como erróneas o inválidas
- Se generan aprendizajes disfuncionales
- Falta de habilidad para reconocer y nombrar emociones
- Refuerzan las explosiones.

Solo las expresiones emocionales extremas son las que generan una respuesta de apoyo, provocando conductas desreguladas como agresión, autolesión, consumo.

Vacilan entre inhibir la emoción por completo o desplegarla sin limitación alguna. Esto hace que las personas no sepan qué hacer respecto de sus sentimientos y busquen en otros la respuesta sobre cómo sentir, pensar, actuar.

DESREGULACIÓN EMOCIONAL: Es el resultado de aspectos biológicos (VULNERABILIDAD) + ambiental (AMBIENTE INVALIDANTE)

Asimismo, genera una dificultad para:

- Modular la activación
- Orientar, mantener o reorientar la atención y mantener un procesamiento cognitivo eficaz
- Inhibir acciones impulsivas disfuncionales dependientes del ánimo
- Dosificar la intensidad emocional
- Organizar la conducta a largo plazo

Linehan [2006] sostiene que la VULNERABILIDAD a las experiencias emocionales y la DESREGULACIÓN emocional son el NÚCLEO del factor individual en el TLP.

La ALTA ACTIVACIÓN emocional no siempre es causada por la desregulación, sino que se requiere que dicha activación sea seguida de acciones problemáticas ineficaces para la situación.

La INTERACCIÓN entre la VULNERABILIDAD EMOCIONAL y el AMBIENTE INVALIDANTE durante el desarrollo, lleva a una **INESTABILIDAD EMOCIONAL** generalizada y persistente que constituye el área más problemática del TLP. Haciendo que los INTENTOS DE SOLUCIÓN se conviertan en nuevos problemas

Generando disfunciones:

- Conductuales
- Interpersonales
- Cognitivas
- Identidad

MÓDULO IV

DBT-ED

EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN PARA DBT EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y BN

Los estudios preliminares que investigan la adaptación de DBT para abordar los trastornos alimentarios han sido prometedores, pero se limitan a informes de casos únicos [Safer et al., 2001a; Telch, 1997b], series de casos no controlados [Palmer et al., 2003; Salbach Andrae , Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl y Miller, 2008], ensayos no controlados [Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl y Korte, 2007; Telch et al., 2000] y tres ensayos controlados aleatorios [Safer, Robinson y Jo, en prensa; Safer et al., 2001b; Telch et al., 2001].

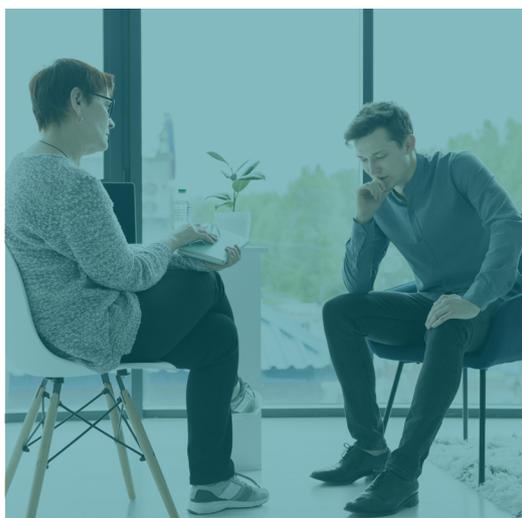
Este tratamiento DBT adaptado se desarrolló originalmente para mujeres adultas, de 18 a 65 años, que cumplieran los criterios de trastorno por atracón, BN o BN parcial (p. ej., frecuencia objetiva de atracones = 1 episodio/semana durante 3 meses versus 2 episodios/semana según el DSM-IV -TR criterios completos; Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Los criterios por los cuales las personas fueron excluidas de participar en los ensayos incluyeron (1) el uso actual de medicamentos psicotrópicos [Telch et al., 2001; Safer, Telch y Agras, 2001b] o la falta de una dosis psicotrópica estable durante los 3 meses anteriores [Safer et al., en prensa]; (2) diagnósticos de trastornos afectivos psicóticos o bipolares; (3) participación actual en tratamientos de psicoterapia o pérdida de peso; (4) tendencias suicidas actuales; (5) abuso o dependencia actual de sustancias; o (6) embarazo. No se excluyó específicamente a los pacientes con TLP, aunque solamente unos pocos participantes cumplieron todos los criterios para el TLP.

Como ya hemos mencionado en módulos anteriores, el trastorno por Atracón está caracterizado por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de una sensación de pérdida de control, que puede tener un impacto significativo en la salud física y emocional de los pacientes. En este contexto, la DBT ha mostrado ser una opción prometedora para su tratamiento, particularmente en su modalidad grupal. Un estudio pionero en este campo fue el primer ensayo controlado aleatorizado que evaluó la eficacia de la DBT grupal para el trastorno por atracón. Los resultados de dicho ensayo proporcionaron evidencia valiosa sobre los efectos de esta terapia en la reducción de los atracones y la mejora de la salud emocional de los pacientes.



En este estudio, la mayoría de los participantes que completaron el programa de DBT lograron abstenerse de experimentar episodios de atracones en las semanas previas a la finalización del tratamiento, en comparación con una proporción mucho menor de los que estaban en el grupo de lista de espera [Telch et al., 2001]. La tasa de abandono del tratamiento fue baja, ya que solo una pequeña fracción de los pacientes que asistieron al menos a la primera sesión de DBT dejó el programa. Tras completar el tratamiento, los pacientes en DBT reportaron mejoras significativas en sus preocupaciones sobre el peso y la forma corporal, así como en las preocupaciones relacionadas con la alimentación. A su vez, también mostraron una reducción en los impulsos de comer en momentos de enojo, según lo evaluado en la Escala de Alimentación Emocional. En los seguimientos a los 3 y 6 meses, una proporción significativa de los participantes continuó sin atracones. Además, los pacientes informaron haber practicado de manera constante diversas habilidades de DBT a lo largo de la semana, lo que refleja un alto nivel de compromiso con el proceso terapéutico.

Asimismo, las altas tasas de abstinencia fueron consistentes con las de un ensayo no controlado más pequeño de DBT para trastorno por atracón en el que el 82 % de los participantes se abstuvieron de comer compulsivamente después de 20 sesiones grupales, y ninguno abandonó después de comenzar el tratamiento [Telch et al., 2000].



Por otro lado, en el ensayo controlado aleatorizado de DBT grupal para la BN, se compararon 20 semanas de DBT administrado individualmente para los síntomas bulímicos con un grupo control en lista de espera. Antes de pasar a los resultados, es necesario volver a mencionar que tanto el trastorno por atracón como la bulimia nerviosa, se caracterizan por presentar episodios de atracones [ingesta excesiva de alimentos en corto período de tiempo] y purgas [conductas para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido o el uso excesivo de laxantes].

En este sentido, la abstinencia de atracones y purgas, entendida como la capacidad de evitar estos episodios de manera consistente, es un objetivo clave en el tratamiento de estos trastornos. La eficacia de las intervenciones terapéuticas, como la DBT, ha sido ampliamente evaluada en estudios clínicos, **demonstrando que es posible lograr una mejora significativa en los patrones de comportamiento alimentario y en el bienestar general de los pacientes.** A continuación, se explorarán los resultados de un ensayo controlado aleatorizado que evaluó la abstinencia de atracones y purgas en un grupo de pacientes tratados con DBT, así como los beneficios adicionales que esta intervención produjo en la salud mental y emocional de los participantes.

La abstinencia de atracones y purgas al final de las 20 semanas de tratamiento fue del 28,6 % [4 de 14] para DBT y del 0 % [0 de 15] para el control en lista de espera [Safer et al., 2001b]. Estos hallazgos fueron similares a las tasas de abstinencia posteriores al tratamiento del ensayo TCC multisitio más grande para BN [Agras, Walsh, Fairburn, Wilson y Kraemer, 2000].

Es importante destacar que **los tamaños del efecto** [que denotan la magnitud del efecto de un tratamiento] **mostraron que DBT dio como resultado tamaños de efecto desde moderados a grandes para varias de las medidas de regulación emocional**, lo que brinda apoyo para el papel de la disminución de la desregulación afectiva como un mecanismo potencial de DBT para BN. Por ejemplo, en la Escala de Alimentación [Emocional Emotional Eating Scale, EES, en inglés] los participantes reportaron una menor necesidad de comer cuando estaban enojados, ansiosos o deprimidos. Además, el Programa de afecto positivo y negativo [Watson, Clark y Tellegen, 1988] mostró disminuciones significativas en las experiencias de afecto negativo de los participantes. En el postratamiento, la tasa de abandono en DBT fue del 0%.

Tales resultados positivos iniciales proporcionaron el ímpetu, impulsado por solicitudes repetidas de la comunidad clínica y de investigación. **Esto llevó a brindar una descripción detallada de cómo se adaptó la TDC para tratar el trastorno por atracón y los síntomas de la BN.**

El tratamiento de consultantes con trastornos alimentarios es conocido por sus desafíos, complejidades y riesgos inherentes. Por razones psicológicas y emocionales, los consultantes con TCA niegan la necesidad de alimentos y nutrición de su cuerpo, restringiendo, purgando o perdiendo el control sobre su ingesta nutricional a través de los atracones. De hecho, los médicos se enfrentan a pocas otras poblaciones psiquiátricas representadas por individuos de alto riesgo psicológico y físico.

Estos consultantes a menudo exhiben un curso de tratamiento que es prolongado, agitado y muy exigente de las habilidades, talentos y recursos profesionales de los terapeutas [Garner y Garfinkel, 1997]. **Cuando los consultantes con TCA también presentan trastornos de personalidad concomitantes, como el TLP, el tratamiento puede volverse extraordinariamente difícil** [Dennis & Sansone, 1991, 1997; Johnson & Connors, 1987; Linnehan, 1993].

La prevalencia de TLP entre los consultantes con TCA no se conoce explícitamente. Sin embargo, **las estimaciones sugieren que las tasas de prevalencia oscilan entre el 10 % y el 28 %, según el tipo de TCA** [Sansone y Levitt, 2005; Sansone, Sansone y Levitt 2004]. Claramente, el subgrupo de trastorno alimentario/trastorno límite de la personalidad [EDBPD, por sus siglas en inglés] está apreciablemente representado en la población general con TCA. En este sentido, para que el tratamiento sea exitoso, se deben comprometer y emprender enfoques específicos.

El consultante con TCA Y TLP presenta dificultades potenciales para funcionar en un amplio espectro de áreas. Por ejemplo, al examinar los criterios para los diagnósticos de TCA y TLP que se encuentran en el DSM-4 [Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1994] y resumirlos de acuerdo con las dimensiones del deterioro del funcionamiento, se puede desarrollar alguna perspectiva sobre la amplia gama de posibles disfunciones encontradas en un estos consultantes. Desde una perspectiva clínica, se presentan de maneras bastante variadas y desafiantes, con deficiencias en amplias dimensiones del funcionamiento. A su vez, requieren servicios de tratamiento intensivos y reflexivos.

De esta manera, resulta interesante conocer algunos ejemplos de características clínicas comúnmente encontradas en la población de consultantes con trastornos alimentarios y trastorno límite de la personalidad:

- Pérdida de control
- Pobres habilidades sociales con pseudomadurez.
- Sentimientos de estar fuera de lugar, tiempo y contexto.
- Desarrollo físico más rápido que la preparación psicológica.
- Incapacidad para hacer frente a las exigencias de la vida.
- Intentos continuos de tener el control, perfeccionista y basado en el desempeño.
- Experiencias psicológicas e interpersonales estrechas (es decir, cantidad limitada de información absorbida)
- Conductas de actuación caóticas y frecuentes.
- Afecciones predominantes de vergüenza, culpa y rabia.
- Comportamiento extremo de búsqueda de atención en un estilo de interacción pasivo-agresivo
- Amplia gama de conductas impulsivas y compulsivas concomitantes.
- Sustitución de síntomas con múltiples diagnósticos por ejemplo trastornos de ansiedad y de personalidad
- Historial de múltiples hospitalizaciones.
- Historia de terapia extensa sin cambios significativos
- Sintomatología a largo plazo con una alta tasa de recaída
- Tendencia hacia comportamientos que amenazan la vida y pseudo-peligro de la vida

Con las descripciones previas del consultante con TCA y TLP, resulta evidente lo complejos y desafiantes que pueden ser tanto el consultante como los programas de tratamiento para el equipo de salud mental. Debido a que estos consultantes a menudo tienden a ser multi problemáticos, **el psicólogo debe anticipar la evaluación periódica del estado de los síntomas durante el tratamiento.** Herramientas como el Test de Actitudes hacia la Alimentación [Garner & Garfinkel, 1979], el Inventario de Autolesión [Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998] y la Escala de Personalidad Límite del Cuestionario de Diagnóstico de Personalidad-4 [Hyler, 1994] son ejemplos de instrumentos que pueden usarse repetidamente para explorar las condiciones del consultante a lo largo del tiempo.

Como se describió antes, estos consultantes tienden a ser multi sintomáticos [Levitt, 2000a]. Es vital que los psicólogos tengan una forma clara de organizar el tratamiento que sea comprensible y útil tanto para el terapeuta como para el paciente. **Desde esta perspectiva, es importante que el consultante y el terapeuta comprendan y acuerden cómo se llevará a cabo el tratamiento.** Esto incluye la estructura general del tratamiento, así como los objetivos identificados. De esta manera, el paciente, junto con el terapeuta, puede evaluar el progreso. Por lo tanto, la aceptación del consultante es esencial, ya que este tipo de compromiso tiende a empoderar al consultante desde el principio.

ESTRUCTURA Y FLEXIBILIDAD

Sin lugar a dudas, la DBT es un tratamiento complejo, compuesto de múltiples estrategias. **Manejar cada una de estas estrategias con maestría es un desafío, y quizás una de las dificultades mayores para aprender el modelo y poder brindar el tratamiento a una mayor cantidad significativa de consultantes.** El número de intervenciones posibles, sin embargo, brinda al terapeuta una amplia paleta de opciones que sabrá apreciar cuando enfrente el desafío clínico que significa atender a consultantes con TLP. No obstante, la DBT es un tratamiento altamente estructurado, que guía con claridad al terapeuta en cada momento.

MODOS Y FUNCIONES

Desde su aparición se desarrollaron muchos tratamientos adaptados que llevan el nombre de DBT. Por ejemplo: DBT ambulatorio para consultantes adultos, DBT para adolescentes con conductas suicidas, DBT para abuso de sustancias, DBT para consultantes con trastornos alimentarios o DBT para consultantes encarcelados.

En este sentido, para que un tratamiento pueda ser llamado DBT debe cumplir obligatoriamente con cinco funciones.

- 1. Aumentar las capacidades:** Las personas con desregulación muchas veces carecen de las habilidades necesarias para regular las emociones. De esta manera, necesitan aprender nuevas habilidades y a veces recibir farmacoterapia para aumentar sus capacidades.
- 2. Mejorar la motivación:** Los consultantes están desesperanzados y tienen un patrón pasivo de aproximación a los problemas [pasividad activa]. Necesitan ayuda para mantenerse motivados para aprender nuevas conductas.
- 3. Asegurar la generalización:** La desregulación emocional muchas veces interfiere con la generalización de las nuevas conductas en todos los contextos. El tratamiento debe asegurarse de que esta generalización suceda.
- 4. Aumentar la motivación y las capacidades del terapeuta:** Los consultantes con desregulación emocional desgastan la motivación del terapeuta y llevan sus habilidades al límite.
- 5. Estructurar el ambiente:** Cuando las crisis son parte del trabajo, cada cual debe saber qué se espera de él y cuál es su rol. El tratamiento debe estructurar el ambiente de tal manera que refuerce las habilidades del consultante y del terapeuta.



¿DE QUÉ MANERA EL TRATAMIENTO ESTÁNDAR DE DBT CUMPLE CON ESTAS FUNCIONES?

En primer lugar, aumenta las habilidades del consultante a través de un grupo variado de habilidades. Además, claro, de la farmacoterapia y la psicoeducación. A su vez incrementa la motivación, fortaleciendo el progreso clínico y reduciendo los factores que lo inhiben a través de la terapia individual y la intervención en el ambiente.

Por otro lado, asegura la generalización a través del coaching telefónico y la intervención en el ambiente, y mejora las habilidades del terapeuta a través de la reunión de consultoría y la educación continua. En última instancia, estructura el ambiente a través de las estrategias de manejo de caso y las intervenciones con la familia o la pareja.

Para finalizar, cabe destacar que el modelo DBT tiene una etapa de pretratamiento, y otras cuatro de tratamiento propiamente dicho. Cada una de las etapas tiene objetivos, estrategias y tareas específicas y **solo se puede pasar de una a la siguiente una vez que se han logrado los objetivos de la anterior.**

RESUMEN

Componentes DBT

1. Terapia individual:

El terapeuta guía el proceso terapéutico, planifica el tratamiento y asiste al consultante en integrar y aplicar lo aprendido en otras situaciones. Además, brinda apoyo durante las crisis y facilita los procesos de generalización.

- Aumenta la motivación
- Disminuye factores que inhiben las conductas efectivas
- Disminuye factores que refuerzan conductas desadaptativas
- Interviene en el ambiente brindándole herramientas para que pueda lidiar por sí mismo en dicho ambiente
- Estructurarlo para que las conductas adaptativas sean reforzadas



2. Entrenamiento en habilidades:

Módulos:

- a. ATENCIÓN PLENA (mindfulness):
- b. REGULACIÓN EMOCIONAL
- c. TOLERANCIA AL MALESTAR:
- d. EFECTIVIDAD INTERPERSONAL

3. Asistencia telefónica (El coaching telefónico):

Provee al consultante la oportunidad de reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas. Hay un protocolo, que consiste en llamadas de breve duración, en donde el terapeuta lo guía para poner en práctica alguna de las habilidades aprendidas en los grupos en el momento en que la situación está ocurriendo. Enseña al consultante cómo pedir ayuda de un modo adaptativo, de esta manera se generalizan las habilidades aprendidas a contextos cotidianos.

- **Aumentar:** La generalización de habilidades conductuales DBT
- **Disminuir:** Conductas problema y las que atentan contra la terapia

4. Reuniones de consultoría del equipo de terapeutas:

Apoyar y brindar asesoramiento a todos los profesionales que trabajan con el paciente. El trabajo en equipo mejora la eficacia de las intervenciones, se disminuyen las conductas iatrogénicas y el estrés de los terapeutas individuales, manteniendo la motivación, mejorando la empatía y adhesión al modelo de tratamiento.

Son semanales, obligatorias, se plantean las derivaciones, supervisiones, se realiza conciencia plena y se tienen planillas para organizar consultantes.

5. Farmacoterapia:

Se busca la adherencia al tratamiento, la disminución de la impulsividad y otras conductas.

6. Entrenamiento en habilidades y psicoeducación de familiares:

Las familias son parte del tratamiento, en estos grupos y talleres, se les brinda información para poder estructurar el ambiente y lograr que las personas significativas del paciente, también puedan contar con habilidades.

7. Otros tratamientos complementarios (neurólogo, análisis, nutricionista)

Objetivos DBT

A) Reducción de las conductas suicidas y para suicidas: En TCA las conductas que atentan contra la vida son:

Bradycardia

- Frecuencia cardíaca <50
- Requiere hospitalización <40

QTC prolongado [ritmo cardíaco]

- >470: ECG diario
- >500: hospitalización

Alteraciones electrolíticas

- Hipokalemia [potasio sérico <3.6]
- Hiponatremia [sodio sérico <120 - 125]
- Alcalosis metabólica [bicarbonato >28]

Abuso crónico de IPECAC/laxantes/diuréticos

Desgarro de Mallory Weiss [desgarro esofágico]

Cetoacidosis diabética

B) Reducción de las conductas que amenazan con el proceso de terapia. En TCA son:

- Ingesta insuficiente que impacta en la capacidad atencional en sesión
- No traer comida para sesiones de comidas planificadas
- Manejar el peso
- Negarse a pesarse
- Mentir
- No realizar el monitoreo médico-clínico o interconsultas indicadas
- No cumplir con el plan alimentario acordado
- Hacer actividad física cuando esta contraindicada
- Restricción alimentaria antes de las sesiones
- Pérdida de peso estando en bajo peso
- Esconder comida
- Omisiones o mentiras sobre los síntomas
- Límites personales del terapeuta sobrepasados
- Exceso de llamados telefónicos
- Continuar perdiendo peso y negarse a recuperar/mantener
- Pedir al terapeuta que no informe al médico señales clínicas de relevancia

Conductas que sobrepasan los límites institucionales

- No esperar al terapeuta en la sala de espera
- Vomitar o tener CP en la sala de espera

Conductas que disminuyen la motivación del terapeuta

- Progreso lento
- Mentir sobre la ingesta

C) Reducción de conductas que interfieran con la calidad de vida del paciente. En TCA son:

- Atracones
- Vómitos
- Restricción alimentaria
- Conductas de chequeo
- Actividad física en exceso

D) Incrementar habilidades de conducta

E) Resolver estrés postraumático

F) Lograr la autovaloración y el respeto por uno mismo

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

Las etapas persiguen objetivos específicos según la severidad de las conductas, se busca apoyar a los consultantes en el logro de sus metas. **No hay un tiempo preestablecido para cada etapa.**

La DBT estructura las etapas de tratamiento de acuerdo altos niveles de desorden, es decir:

- Amenaza y riesgo
- Discapacidad /funcionalidad
- Severidad
- Generalización del problema a diferentes contextos
- Complejidad

PRE TRATAMIENTO

Se determina si el tratamiento es el indicado, si el terapeuta está dispuesto a hacer DBT con ese paciente. 4 a 6 sesiones individuales semanales. Se identifican los objetivos orientados a la DBT, moldeando el compromiso, desarrollando una jerarquía para abordar los comportamientos problemáticos. Se completa el pretratamiento cuando se logra un acuerdo respecto a trabajar las conductas extremas y disfuncionales para aliviar su malestar.

Una vez que se establece un acuerdo sobre las conductas problema, se comparte la conceptualización del caso y maneras de modificarlas, debe comprometerse a mantenerse con vida y abandonar las conductas problemáticas.

- Compromiso de asistir a terapia durante un año
- Asistir a las sesiones. Si falta a 4 seguidas sin justificación, se da por terminada la terapia
- Límites de la terapia, flexibles y claros.
- Acuerdo de trabajo
- Orientación
- Registro diario, regla 24 horas, límites personales, armar un plan de crisis.

ETAPA 1: Empieza cuando el terapeuta ayuda al consultante a asumir la primera paradoja dialéctica, renunciando al derecho de terminar con el sufrimiento del modo en que él estaba acostumbrado y pasar a utilizar métodos más efectivos.

El consultante ya cuenta con su plan de crisis, realiza diariamente el registro, asiste al taller de habilidades y ya hay un acuerdo de las conductas problemáticas a trabajar. En este sentido, y debido a que varios pacientes presentan riesgo suicida, desde la DBT se le dice al consultante que debe comprometerse a mantenerse con vida, para poder ocuparnos de otros problemas. que esté con vida para que asista.

- Lograr cierto control sobre su vida y la acción
- Disminuir comportamientos que atentan contra la vida
- “” o interfieren con la terapia
- “” contra la calidad de vida [eventos disparadores]
- “” déficit en las capacidades para producir cambios en la vida y sostener los logros.
- Aumentar las habilidades de atención plena, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y eficacia interpersonal (COMPONENTES)
- Mantener vivo al paciente

ETAPA 2: Se trata el TEPT si lo hubiere y las emociones relacionadas con el trauma. Se trabajan las metas solo cuando las conductas impulsivas están bajo control, pero aun así el consultante tiene un profundo malestar. El consultante cuenta con habilidades.

- Trastornos del eje 1 : Trastornos del estado del ánimo, de ansiedad, de control de los impulsos
- TEPT
- Evitación de experiencias
- Salir de la desesperación emocional
- Focalizar experiencia emocional traumática
- Se explora el trauma, la invalidación, identificar pensamientos, emociones, creencias y conductas disfuncionales.
- Se busca que tenga experiencia emocional plena: recordando y aceptando los hechos traumáticos pasados, reduciendo la estigmatización, la culpa, la negación y síndromes de reviviscencia intrusiva, resolviendo las tensiones dialécticas con respecto a quién culpar.

ETAPA 3: Definir las metas vitales y resolver los problemas de la vida cotidiana, incrementar la felicidad y la alegría de la vida [efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar].

- Controlar y gestionar su propio comportamiento
- Construir confianza en sí mismo
- Aprender a valorarse
- Aprender a vivir: se realiza una síntesis de lo que ha aprendido
- Incrementar el autorrespeto y sensación de conexión
- Explorar problemas de felicidad/infelicidad
- Mejorar las relaciones
- Aumento de autoestima
- Autovaloración
- Autocuidado

- Mejorar la calidad de vida
- Aceptar la realidad tal como es
- Metas realistas
- Resolución de problemas
- Emociones del momento e identificarlas
- Asertividad
- Estabilidad

ETAPA 4: Lograr la trascendencia y la construcción de una capacidad de alegría. Vocalizar en la sensación de incompletos.

- Experiencias de alegría y libertad
- Expandir la conciencia
- Fluir
- Disfrute sostenido
- Integrar el pasado con el futuro
- Self con los otros
- Aceptación de la realidad tal cual es

La terapia DBT ha mostrado evidencia para abordar diferentes áreas provocadas por la desregulación emocional, a su vez, ha sido la que presentó mayor validez empírica para el trabajo con consultantes TLP que presentan TCA y viceversa (el TLP puede surgir como trastorno primogénito por ser un trastorno de la personalidad y luego se desarrolle el TCA).

Luego de una extensa búsqueda de información, **es menester aclarar que el tratamiento DBT para consultantes con TCA, debe utilizarse teniendo conocimientos y formación específica en trastornos alimentarios**, ya que es fundamental que el tratamiento cuente con un equipo interdisciplinario en el cual al margen del psiquiatra y psicólogos (que hacen terapia individual y talleres de habilidades), esté la figura del nutricionista. El tratamiento debe ser individualizado, realista, adaptado a la situación clínica y contexto del paciente.

Objetivos

- Normalizar el peso y estado nutricional
- Reducir conductas compensatorias
- Reducir la restricción alimentaria
- Psicoeducación sobre alimentos, sentimientos, pensamientos y emociones ligadas a la comida y el peso.
- Tratar las complicaciones médicas
- Promover la realización de un ejercicio físico saludable
- Trabajar sobre la autoestima, autoeficacia, pensamientos, habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal, conciencia plena

- Tratar las alteraciones conductuales y la comorbilidad psiquiátrica
- Prevenir las recaídas
- Debe ser siempre multidisciplinar

Por lo tanto, el modelo DBT debe adaptarse teniendo en cuenta el trastorno de la conducta alimentaria. **En este contexto, las conductas propias del TCA se tratan como "conductas problemáticas" y se abordan a través de habilidades, análisis en cadena y registros.** El objetivo es aprender nuevas herramientas y mejorar en áreas afectadas por la desregulación emocional (interpersonal, cognitiva, conductual, y del yo), permitiendo a la persona vivir una vida valiosa mientras se aborda el trastorno alimentario y otros aspectos relevantes.



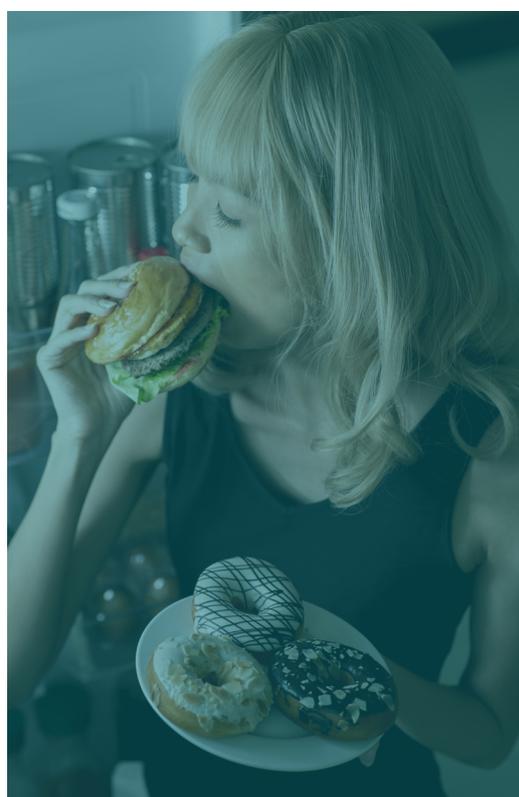
MÓDULO V

Teoría biosocial y desregulación emocional
en TCA

Las emociones aversivas pueden provocar, mantener y ser una consecuencia de los comportamientos de los TCA. Los comportamientos bulímicos, por ejemplo, se relacionan frecuentemente con estados afectivos negativos, que incluyen ansiedad, depresión e ira [p. ej., Abraham y Beumont, 1982; Arnow, Kenardy y Agras, 1995; Stice, Killen, Hayward y Taylor, 1998].

En un estudio que registró 2 semanas de datos de participantes con BN, se informó un estado de ánimo más bajo (menos afecto positivo, más afecto negativo, mayor ira/hostilidad y mayor estrés) en los días en que se produjeron atracones y vómitos [Smyth et al., 2007]. En los días posteriores al experimento, los investigadores notaron un empeoramiento de la trayectoria del estado de ánimo durante las horas previas a un episodio de atracones y purgas y una trayectoria del estado de ánimo marcadamente mejorada después del evento. **Estos hallazgos ayudan a explicar la persistencia de los comportamientos de BN a corto plazo, a pesar de que no son una estrategia de afrontamiento general efectiva.**

En otras palabras, el “mejor” estado de ánimo promedio en un día de atracones y purgas seguía siendo más negativo que el estado de ánimo en los días en los que no se produjeron atracones y purgas. Sin embargo, **pocas horas después del evento, los comportamientos de atracones y purgas se refuerzan negativamente al permitir escapar o evitar estados afectivos fuertemente negativos** [Smyth et al., 2007]. Estos resultados están respaldados por otros investigadores [p. ej., Lingswiler, Crowther y Stephens, 1989; Lynch, Everingham, Dubitzky, Harman y Kassert, 2000; Powell y Thelen, 1996; Steiger et al., 2005]. Asimismo, se ha demostrado que el uso de purgas o laxantes en personas con BN reduce el afecto negativo provocado por los atracones.



Siguiendo esta misma línea, los estudios de autoinforme sugieren que, **además de un mayor estado de ánimo negativo en los días de atracones y purgas, las personas con BN tienen niveles más altos de depresión** [Bulik, Lawson y Carter, 1996] e ira [Waller et al., 2003] **y más fluctuaciones en los estados de ánimo** [Johnson y Larson, 1982]. Adicionalmente, pueden tener deficiencias en el procesamiento de las emociones.

Por ejemplo, los participantes con BN, en comparación con los controles, muestran déficits de atención, incluido el prestar atención selectiva a palabras cargadas de emociones [por ejemplo, la forma del cuerpo o el peso y palabras relacionadas con la comida] cuando usan el paradigma de Stroop [Dobson & Dozois, 2004], el paradigma de la sonda visual [Rieger et al., 1998] y el paradigma de la tarea auditiva dicótica [Schotte, McNally y Turner, 1990]. Cuando se les presentan señales de comida en paradigmas experimentales, los participantes con BN, en comparación con aquellos del grupo control, indican una mayor ansiedad [Bulik et al., 1996] y tienen un reflejo de sobresalto potenciado, lo que sugiere un fuerte afecto negativo [Mauler, Hamm, Weike y Tuschen]. Caffier, 2006]. Por último, avalan mayores dificultades con la autoconciencia de las emociones [Legenbauer, Vocks, & Ruddel, 2008].

Afortunadamente, los tratamientos existentes pueden mejorar los síntomas de trastorno por atracón y BN. Estos incluyen (1) TCC [Fairburn, 1995; Marcus, 1997; Wilson, Fairburn y Agras, 1997], que se centra en normalizar los patrones alimentarios desordenados [es decir, disminuir la restricción dietética] y abordar las ideas sobrevaloradas con respecto al peso y la figura; (2) Terapia interpersonal [TPI] [Klerman y Weissman, 1993; Wilfley et al., 1993; Wilfley et al., 2002], cuyo objetivo es resolver los problemas interpersonales que mantienen los trastornos alimentarios, y (3) BWL, un tipo de alimentación complementaria [Agras et al., 1994; Marcus, Wing y Fairburn, 1995; Munsch et al., 2007], que enfatiza la disminución de los patrones de alimentación caóticos y el consumo excesivo de calorías, característico de los pacientes obesos con trastorno por atracón.

Sin embargo, aunque tales tratamientos abordan las emociones [p. ej., un TPI centrado en las disputas de roles interpersonales o el duelo abordaría las emociones negativas], **ninguno se enfoca directamente, tanto teórica como específicamente, en el papel de las emociones negativas en el trastorno por atracón y la BN.**

El hecho de que un número significativo de pacientes con Trastorno por atracón y BN continúen sufriendo sus síntomas de trastornos alimentarios, ya sea después del tratamiento con TCC, TPI o BWL o durante el período posterior al tratamiento [Wilson et al., 2007] **exige la incorporación de otras teorías, conceptualizaciones y/o enfoques de tratamiento para Trastorno por atracón y BN.** En este sentido, uno de ellos lo constituye el modelo de regulación del afecto.

Basándose en una extensa literatura que vincula el afecto negativo y los trastornos alimentarios [Abraham y Beumont, 1982; Arnow, Kenardy y Agras, 1992, 1995; Polivy y Herman, 1993], **el modelo de regulación del afecto conceptualiza los atracones y otros tipos de patología alimentaria.** [p. ej., vómitos, alimentación restrictiva] **como intentos conductuales de influir, cambiar o controlar estados emocionales dolorosos** [Linehan & Chen, 2005; Waller, 2003; Wiser & Telch, 1999; Wisniewski & Kelly, 2003]. Los episodios de atracón parecen funcionar tanto en Trastorno por atracón como en BN proporcionando un refuerzo negativo o un alivio momentáneo de estas emociones aversivas [Arnow et al., 1995; Polivy & Herman, 1993; Smyth et al., 2007; Stickney, Miltenberger & Wolff, 1999].

Como ni la TCC, TIP, ni BWL se basan en el modelo de regulación afectiva, se desarrolló un nuevo tratamiento basado en remediar los hipotéticos déficit de regulación emocional en BN y Trastorno por atracón. Así, la DBT, desarrollada originalmente por Linehan, [1993a, 1993b], **es el tratamiento de regulación afectiva más completo y empíricamente respaldado para el trastorno límite de la personalidad hasta la fecha** [Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2001]. Entre otros, Telch [1997a, 1997b] reconoció que la conceptualización de DBT de la autolesión como un comportamiento funcional [aunque desadaptativo] de regulación del afecto en consultantes con trastorno límite de la personalidad podría proporcionar un modelo útil para comprender la función [aunque desadaptativa] de los atracones y/o purgas como conductas de regulación emocional en consultantes con trastornos alimentarios.

En definitiva, dado que la DBT está diseñada específicamente para enseñar habilidades de regulación de afecto adaptativo, así como también para tratar comportamientos objetivos resultantes de la desregulación afectiva, **existe una justificación teórica para aplicar DBT para tratar Trastorno por atracón y BN** [ver también McCabe, La Via, & Marcus, 2004; Telch et al., 2000, 2001; Wisniewski & Kelly, 2003; Wiser & Telch, 1999].

DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y TCA

La regulación emocional **se caracteriza por ser un conjunto de procesos que utiliza el individuo para decrecer, mantener o incrementar uno o más aspectos de la emoción**. Permiten ejercer influencia en cuáles emociones tiene, cuándo las tiene, cómo las experimenta, y cómo las expresa. Sin embargo, algunas personas encuentran sumamente difícil identificar y etiquetar sus emociones, especialmente las negativas

Así, para regular una emoción, se requieren estrategias específicas que puedan modificar de manera diferencial los tres componentes fundamentales de la emoción: **la respuesta fisiológica, la experiencia y el comportamiento**. Estas estrategias alteran la coherencia entre estos tres canales de respuesta y promueven la conciencia de los estados emocionales, siendo este último un aspecto clave para su regulación. No obstante, más allá de reconocerlas, es crucial que la persona acepte y tolere dichas emociones negativas en lugar de ignorarlas, escaparse o evitarlas. [Safer, Telch, Chen, 2009].

En este sentido, las personas que presentan un trastorno alimentario se caracterizan por presentar:

- Dificultad en el reconocimiento y expresión de las emociones
- Desregulación emocional: Falta de expresión de emociones y sesgos atencionales
- Expresión verbal atenuada: Consultantes que utilizan palabras negativas para describir sus emociones
- Utilizan la supresión emocional para regular dichas emociones
- A más desregulación, más enfermedad y mantenimiento de síntomas (severidad y pronóstico)
- Falta de flexibilidad
- Falta de estrategias adaptativas frente al malestar

- Falta de estrategias para inhibir comportamientos impulsivos (atracción, purga, autolesión, abuso de sustancias)
- Baja tolerancia al malestar, o frustración propia de la experiencia

Por todo lo anterior, será de suma importancia clarificar emociones y regularlas mediante habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional.

Sin embargo, cabe mencionar que **la desregulación emocional no es una característica exclusiva de los TCA, pero identificarla y abordarla sin duda favorece la mejoría y el éxito terapéutico**. Estas características se tienen en cuenta para observar cómo la terapia DBT puede beneficiar dichas problemáticas y, a su vez, presentar conductas y herramientas alternativas en pos de la recuperación de la patología.

A continuación se explicará el modelo DBT-ED (es decir, la terapia DBT aplicada para trastornos alimentarios), tomando en cuenta lo explicado a lo largo del capítulo *Terapia dialéctica conductual. Teoría Biosocial: ¿Qué es la desregulación emocional?*

MULTICAUSALIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DBT

La teoría de la multicausalidad sugiere que los trastornos psicológicos no tienen una única causa, sino que resultan de la interacción entre diversos factores. Desde la perspectiva de la DBT, **la multicausalidad se entiende a través de la interacción entre dos componentes fundamentales: la vulnerabilidad biológica y un ambiente invalidante**. La interacción entre estos factores desencadena una serie de dificultades emocionales, como la desregulación emocional y trastornos alimentarios.

Vulnerabilidad emocional: La vulnerabilidad biológica hace referencia a las predisposiciones genéticas o neurobiológicas que pueden aumentar la predisposición a desarrollar problemas emocionales y conductuales.

- Alteración en el centro hipotalámico donde se encuentran los principales reguladores del circuito hambre-saciedad
- Aumento de apetito
- Dietas restrictivas
- Ayunos prolongados
- Preocupación por los alimentos altamente palatables (incluso sin hambre física)
- Mayor sensibilidad a señales visuales y olfativas
- Las propiedades gratificantes de los alimentos son anticipadas y percibidas por el cerebro antes de que se coman los alimentos
- Dificultades en la percepción de señales internas (hambre, sed, saciedad)



Ambiente invalidante: Un ambiente invalidante se caracteriza por la falta de apoyo emocional, la invalidación de las emociones o la ausencia de una respuesta adecuada a las necesidades de la persona.

- Aprendizaje en donde la comida calma emociones displacenteras
- Cultura de dietas y modelo estético de delgadez ligada al éxito
- Padres excesivamente preocupados por el peso, figura y dieta de sí mismos (y de sus hijos)
- Frases típicas: - “Tanto problema por comer?” - “Es un capricho de la edad”, “Es solo comer” - “No seas exagerada” - “Es solo una porción”* “No hinchas, eres linda” - “Bajás unos kilitos y estás” - “¿Tanto te vas a servir?” - “¿Otra vez comiendo?” - “Eso te lo dio la nutricionista?”
- Conductas de la familia, tales como esconder comida, o, por el contrario, comprar grandes cantidades/ “comida gatillo” adrede, creyendo que el TCA “es un capricho” y que “debe controlarse”.

REGISTRO DBT-ED

Los registros alimentarios son una herramienta psicológica clave para tratar trastornos alimentarios, ya que permiten a las personas desarrollar conciencia sobre sus hábitos y patrones alimenticios. Desde una perspectiva conductual, estos registros son especialmente valiosos porque revelan la conexión entre los comportamientos alimentarios y los factores emocionales, cognitivos o ambientales que los desencadenan. Al llevar un registro de la comida, se facilita la modificación de hábitos alimentarios problemáticos, se mejora la relación con la comida y se identifican los factores que influyen en los comportamientos alimentarios.

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------|-------------|---------------------------------|----------------|--------------------------------|--|--|------------------------|--|--|--------|------------------------|---------------|----------|
| Tarjeta Diario de DBT: | | | Nombre: | | | ¿Llenado en sesión? Sí / No | | ¿Con qué frecuencia lo llenaste? __ Diario __ 2-3 x __ 4-6x __ Una vez | | Último día de llenado Mes __ Año __ Día __ | | | | | |
| Encierra el día inicial Día de la semana | Urgencia alta de | | | Puntuación más alta de cada día | | | Drogas/medicación | | | | Acciones | | | Emociones | |
| | Cometer suicidio | Auto daño | Usar drogas | Miseria Emocional | Miseria Física | Alegria | Alcohol | Drogas ilegales | Medicina prescrita | Medicina no prescrita | Auto daño | Mentir | Cond. de riesgo | Usar Hab. DBT | |
| | 0-5 | 0-5 | 0-5 | 0-5 | 0-5 | 0-5 | # ¿Qué? | # ¿Qué? | Si / No | # ¿Qué? | ¿Cuál? | # | | | ¿Cuáles? |
| Lunes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Martes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jueves | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viernes | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sábado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domingo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajustes de medicación en ésta semana | | | | | | | *Habilidades utilizadas 0 = No pensé en usarlas 1 = Lo pensé, no las usé, no quise hacerlo 2 = Lo pensé, no las usé, si quería hacerlo 3 = Traté de usarlas, pero no pude hacerlo 4 = Traté, pude usarlas, pero no ayudaron 5 = Traté, pude usarlas, ayudaron 6 = Las usé automáticamente, no ayudaron 7 = Las usé automáticamente, ayudaron | | | | | | | | |
| Tarea asignada y resultados de la semana: | | | | | | | Urgencia de: | | Asistir a sesión (0-5) | | Crear que puedo cambiar o regular mis: | | Asistir a sesión (0-5) | | |
| | | | | | | | Dejar la terapia | | | | Emociones | | | | |
| | | | | | | | Consumir drogas | | | | Acciones | | | | |
| Cometer suicidio | | | | Pensamientos | | | | | | | | | | | |
| Habilidades de esta semana: | | | | | | | | | | | | | | | |

MÓDULO VI

Análisis funcional de la conducta

Un análisis en cadena examina la concatenación de eventos que conduce a conductas inefectivas, así como las consecuencias de aquellas conductas que pueden dificultar el cambio. Asimismo, también ayuda a descubrir cómo reparar el daño [Gagliesi, 2020].

FICHA ANÁLISIS EN CADENA

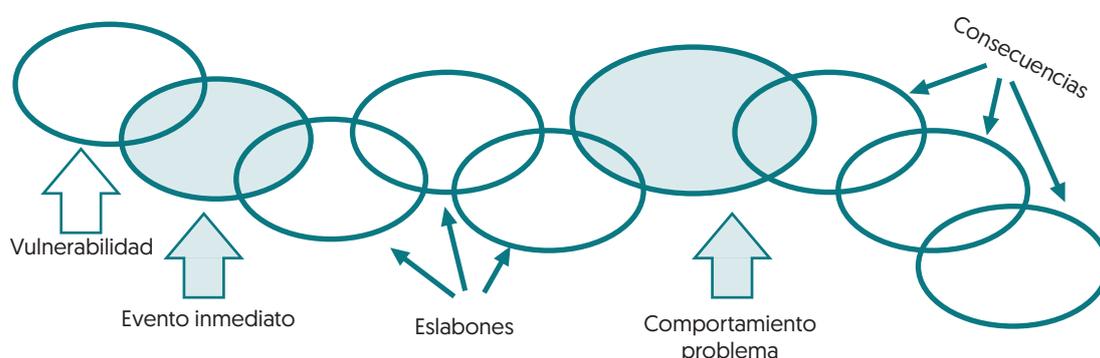
[Manual de entrenamiento en habilidades, Linehan p. 73]

El análisis en cadena es una herramienta fundamental en la DBT, diseñada para comprender y modificar conductas problemáticas, especialmente aquellas vinculadas con emociones intensas y desreguladas. **Su objetivo principal es descomponer un comportamiento problemático en pasos más pequeños, o "eslabones"**, permitiendo entender cómo una secuencia de eventos, pensamientos, emociones y acciones se conectan entre sí y conducen a una conducta.

A través de este enfoque, se pueden identificar las partes del proceso en las que es posible intervenir para generar cambios significativos. Esto implica enseñar y utilizar habilidades específicas para evitar que el comportamiento problemático se repita.

En dicho contexto, el análisis en cadena generalmente se realiza durante las sesiones terapéuticas, en colaboración entre el terapeuta y el paciente. **Juntos, exploran de manera detallada los "eslabones" que componen un episodio problemático, como un atracón, una purga u otro tipo de conducta impulsiva.** Este trabajo en equipo facilita la identificación de patrones subyacentes y puntos críticos.

Para que el análisis en cadena sea efectivo, **es esencial estructurar la información de forma secuencial y detallada.** Lo anterior, permite comprender no solo cómo se origina y se mantiene una conducta problemática, sino también los factores que las desencadenan. Para hacer esto, seguimos un orden específico de preguntas que nos permiten desglosar los diferentes elementos que intervienen en el proceso:



Paso 1: describe la conducta problema.

Paso 2: describe el evento desencadenante que inició la cadena de eventos que condujeron a la conducta problema.

Paso 3: describe las circunstancias previas al evento que dieron inicio la cadena de eventos hacia la conducta problema.

Paso 4: describe con minucioso detalle la cadena de eventos que condujo a la conducta problema.

Paso 5: describe las consecuencias de la conducta problema.

Para cambiar la conducta:

Paso 6: describe conductas hábiles para reemplazar los enlaces o eslabones problemáticos en la cadena de eventos.

Paso 7: desarrolla planes de prevención para reducir tu vulnerabilidad a eventos estresantes.

Paso 8: repara las consecuencias importantes o significativas de la conducta problema.

- ¿Cuál es la conducta problema?
- ¿Qué función cumple esa conducta en esa consultante en ese momento?
- ¿Cuál fue el evento en el ambiente que empezó con mi conducta problema? [Muchas veces puede ser: sentirse “gordo”, aumentar de peso, “romper” la dieta, tener hambre, estar solo, ver algo en redes sociales, ver el peso en la balanza, acumular ganas de comer algún alimento, estrés y exigencias, fechas importantes, aburrimiento, mirarse al espejo]
- ¿Qué cosas en mí y en el ambiente me hicieron vulnerable?
- ¿Qué pasó? ¿Justo antes? (emociones, sensaciones, pensamientos)

Identificar elementos desencadenantes de conductas TCA: ¿Cuáles se pueden controlar y cuáles no? Revisar en cadena, situaciones comunes en las que suele aparecer el problema.

- Sentirse gordo
- Aumentar de peso
- Dieta/hambre asociada a ella
- Romper alguna regla de la dieta autoimpuesta
- Estar solo: Podría propiciar la ingesta compulsiva, o esconderla.
- Redes sociales
- Ver el peso en la balanza (tanto si sube de peso como si baja de peso)
- “Acumular ganas”de comer
- Mirarse al espejo

Adicionalmente, también es importante tener en cuenta las **CONDUCTAS APARENTEMENTE IRRELEVANTES**:

A menudo, existen acciones o hábitos cotidianos que, a primera vista, parecen insignificantes o no relacionados con la conducta problema. Sin embargo, pueden actuar como desencadenantes de ciertos patrones que queremos evitar o modificar, como por ejemplo:

- Comprar comida
- Visitas que traen comida
- Cumpleaños
- Guardar comida por si vienen visitas
- Cocinar
- Comprar cosas para todos los integrantes de la familia (disponibilidad de alimentos que son “gatillo”)

En definitiva, el análisis en cadena permite:

- Examinar qué fue lo que llevó a la conducta.
- Adoptar una postura sin juicio.
- Elaborar una estrategia para evitar que esos desencadenantes vuelvan a activar la cadena.

Para finalizar el capítulo y, a modo de resumen, **no debemos olvidar que las personas con un TCA, pueden presentar desregulación emocional**. Es decir, no logran equilibrar, controlar y sobrellevar sus emociones de manera efectiva. Por el contrario, las emociones terminan siendo intensas, haciendo que sea difícil volver a un estado de calma.

Otro punto a destacar es que **las estrategias de regulación emocional, no están determinadas genéticamente, sino que son aprendidas en un contexto**. En este sentido, en dichas personas, las estrategias de regulación emocional son desadaptativas, ya que focalizan la atención pura y exclusivamente en el peso, la figura y la alimentación como control emocional. A lo anterior, se le suman diversas dificultades para identificar y darle sentido a sus emociones. Por ende, en la mayoría de los casos, los atracones y vómitos cumplen la función de regular una emoción.

Es un hecho que, **a mayor dificultad en expresar emociones, más insatisfacción corporal se presenta y viceversa**. Esto genera un aprendizaje en donde solo manejan las emociones intensas mediante manifestaciones corporales (como, por ej. “sentirse gorda”). Al no internalizar las emociones adecuadamente, el centro de atención está en el afuera (aspecto físico).

Es por eso que **la DBT, para los trastornos alimentarios, es un tratamiento que presenta evidencia y excelentes resultados para la recuperación y mejoría de estos trastornos**. El entrenamiento en habilidades le brindará al consultante las herramientas que necesita para que pueda generalizarse en otros contextos.

MÓDULO VII

Entrenamiento en habilidades DBT

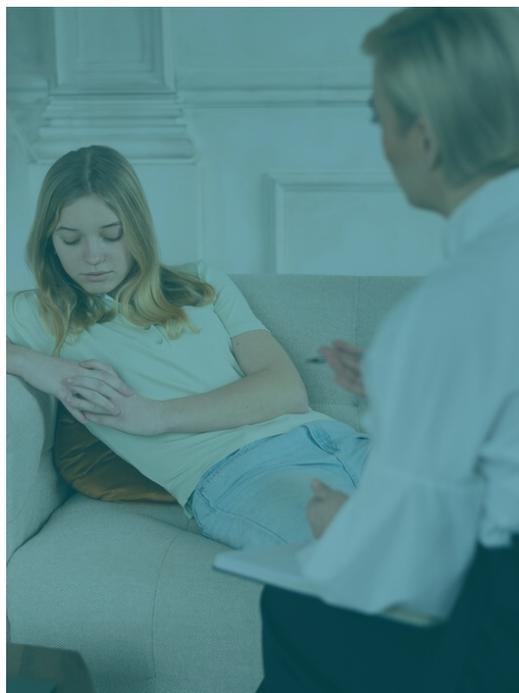
Los objetivos del tratamiento y del entrenamiento de habilidades son establecidos por el terapeuta tanto en el pretratamiento como en las primeras sesiones, y se describen en un folleto distribuido durante la primera sesión. **El objetivo principal es que los consultantes dejen de comer compulsivamente (y purgarse) y detengan todas las demás conductas alimentarias problemáticas enumeradas en la jerarquía objetivo/conducta problema** (p. ej., comer emocionalmente, tener atracones).

Dichos objetivos se logran reemplazando sus conductas alimentarias desadaptativas por habilidades de regulación de emociones adaptativas. **Algunas de las más utilizadas son: habilidades de atención plena, habilidades de eficacia interpersonal y habilidades de tolerancia al malestar.** Para lograr estos objetivos, se les enseña a enfocarse en varios puntos clave. Por ejemplo, se les aconseja que siempre “estén atentos al objetivo”, es decir, que recuerden que este tratamiento tiene como objetivo detener los atracones (y purgas).

En este contexto, **los terapeutas deben ser firmes en su creencia de que los atracones son un problema grave, un comportamiento inadecuado y destructivo** que debe detenerse por completo. Adicionalmente, también deben estar constantemente atentos a cualquier comportamiento que se asemeje a los atracones, y trabajar para ayudar a los consultantes a sustituir los comportamientos nuevos enseñados en el tratamiento.

Mantener el enfoque en el objetivo requiere que los terapeutas vinculen las metas del consultante de controlar su conducta alimentaria, especialmente los atracones, con el aprendizaje de habilidades. En otras palabras, **deben convencer al consultante de que aprender y practicar estas habilidades es clave para dejar los atracones y controlar su comportamiento.** Además, deben asociar el aprendizaje de habilidades adaptativas con una mejor calidad de vida, ya que los atracones generan culpa, vergüenza y afectan la autoestima y competencia del consultante.

Asimismo, los terapeutas aceptan sin juicio a aquellos que no logran evitar los atracones y reconocen que la abstinencia compulsiva es un desafío, al mismo tiempo que mantienen la convicción de que el paciente puede superarlo. Debido a ello, **es crucial que transmitan la certeza de que es posible dejar de comer compulsivamente, promoviendo la idea de que no hay término medio:** para recuperar el control de sus vidas, los consultantes deben cesar los atracones ahora. Por supuesto, es responsabilidad de los terapeutas ayudar a los pacientes a detener los atracones y reemplazar este comportamiento con conductas más adaptativas. En dicho proceso, desempeñan un papel activo al prescribir habilidades específicas que los pacientes deben adoptar.



Mantener la vista en el objetivo requiere prestar atención a la finalidad del tratamiento número uno que figura en la jerarquía de objetivos: detener cualquier comportamiento que interfiera con el tratamiento. Por lo tanto, debido a que los objetivos de los consultantes son dejar de comer compulsivamente y obtener control sobre su alimentación y sus vidas, deben recibir tratamiento para lograr estos objetivos. Si los consultantes no están en tratamiento, es menos probable que mejoren. Cualquier comportamiento que interfiera con recibir tratamiento (p. ej., ausencias, llegadas tardías) es de máxima prioridad, y los terapeutas, al comienzo del tratamiento, obtienen un compromiso de los consultantes para abordar cualquier comportamiento que cause alguna interferencia.

Por otro lado, **es importante señalar que los consultantes, en particular aquellos con TCA, probablemente expresarán su preocupación acerca de si el tratamiento tiene como objetivo perder peso o no.** En esa línea, es tarea de quien está a cargo del proceso terapéutico, validar que es una preocupación comprensible, compartida por los terapeutas, quienes también están preocupados por el peso del consultante en la medida en que el exceso o disminución de peso refleja conductas alimentarias desadaptativas.

Sin embargo, **deben dejar en claro que este no es específicamente un programa de pérdida de peso en el sentido de que la dieta, la nutrición y las recetas de comidas no son un enfoque del tratamiento.** Se supone que los consultantes que aprenden y usan las habilidades adaptativas para regular las emociones enseñadas en el tratamiento dejarán de comer compulsivamente y obtendrán un mayor control sobre su alimentación en general, y como resultado su peso puede disminuir. Por ello, se les pide a los pacientes que controlen su peso semanalmente para permitir la evaluación de cualquier cambio de peso que coincida con el tratamiento.

TRATAMIENTO Y PROTOCOLO DBT- TCA

La DBT para TCA utiliza las mismas estrategias de tratamiento que DBT estándar (Linehan, 1993a, 1993b). Estos incluyen el uso de estrategias dialécticas (p. ej., equilibrar la validación y el cambio, modelar el pensamiento dialéctico), estrategias de resolución de problemas y análisis de soluciones (p. ej., análisis en cadena), estrategias estilísticas (p. ej., irreverencia), estrategias de compromiso (p. ej., Evaluar Pros y contras, Jugar al abogado del diablo, Pie en la puerta, Puerta en la cara, Conectar los compromisos actuales con compromisos anteriores, Destacar la libertad de elegir en ausencia de alternativas y Animar), estrategias estructurales y estrategias de consulta del equipo de tratamiento (p. ej., reuniones semanales de terapeutas).

EN GENERAL, LA ENSEÑANZA DE CADA HABILIDAD IMPLICA

- 1. Proporcionar una explicación o justificación:** Es decir, explicar a los consultantes por qué se enseña esta habilidad, por qué es importante y cómo es relevante para los objetivos de los consultantes de dejar de comer compulsivamente y ganar peso.

- 2. Adquisición de habilidades:** Describir la habilidad y los pasos específicos para aprenderla
- 3. Fortalecimiento de habilidades:** Demostración de cómo practicar la habilidad y brindar oportunidades para practicarla durante las sesiones de grupo.
- 4. Generalización de habilidades:** Brinda sugerencias para usar habilidades durante la vida diaria. Los terapeutas deben involucrar a los consultantes en la generación de ideas sobre cómo se pueden usar las habilidades para reemplazar los atracones y otras conductas problemáticas cuando las emociones están desreguladas.

Asimismo, la enseñanza de habilidades se ve facilitada por el uso de folletos y materiales de tarea. **La idea es hacer que el aprendizaje de las habilidades sea relevante para la vida de los consultantes.** Otro aspecto, no menor, es que debemos asegurarnos de que los miembros del grupo están activos e involucrados en la discusión. Una forma podría ser el hacer preguntas, con el fin de poder verificar la comprensión de las habilidades. Si queremos facilitar aún más la comprensión, es una buena idea enfocarse en señalar algunos puntos clave, usando el resto del tiempo para ilustrar con metáforas e historias, para reforzar o simplemente reformular esos puntos clave.

Al final de la sesión, los terapeutas deben aclarar y revisar la tarea para la próxima semana. Esto implica describir las hojas de tarea y asegurarse de que los consultantes entiendan cómo practicar y registrar las habilidades. Luego, durante los minutos finales de la sesión, se ofrece un descanso. Lo anterior, implica unos minutos de práctica de una habilidad específica [p. ej., respiración diafragmática].

El entrenamiento en habilidades DBT es un programa estructurado y respaldado por evidencia científica que busca dotar a los pacientes de herramientas efectivas para gestionar emociones, conductas y relaciones interpersonales.

Este entrenamiento tiene como objetivos principales:

1. Reduzca la intensidad y frecuencia de emociones difíciles.
2. Mejorar la capacidad de regulación emocional y la tolerancia al malestar.
3. Fomentar la práctica de la conciencia plena.
4. Desarrollar habilidades efectivas para la comunicación y el establecimiento de relaciones.
5. Disminuir comportamientos problemáticos que interfieren en la calidad

El programa se organiza en cuatro módulos principales, diseñados específicamente para proporcionar a los pacientes con TCA un repertorio de nuevas conductas que promuevan su bienestar y recuperación.



HABILIDADES DE ATENCIÓN PLENA

Estas habilidades **facilitan la observación, la descripción y la experiencia del momento actual sin juzgar al consultante sin tener que hacer algo para escapar de él.** “Los conceptos básicos de este módulo son la conciencia y el estar en el momento presente. Las habilidades de atención plena pueden ayudarlo a ser más consciente de sus impulsos de atracones [y purgas], pueden ayudarlo a reducir su autocrítica y pueden usarse para reemplazar los atracones, las comidas sin sentido y otros comportamientos problemáticos” [Safer, 2001].

HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Las mismas ayudarán al consultante a manejar sus emociones de manera más adaptativa y a romper el vínculo entre las emociones y los comportamientos problemáticos relacionados con el TCA.

“La emoción de la tristeza, por ejemplo, puede estar relacionada con ciertos comportamientos, como el retraimiento y los atracones. Las habilidades de regulación emocional le enseñarán a experimentar tales emociones en lugar de evitarlas” [Linehan, 1998].

Otras habilidades implican actuar de manera “opuesta” a su emoción actual, como volverse activo en lugar de retraerse. Además, aunque recurrir a la comida finalmente te hace sentir peor, también puede parecer tu única fuente de placer. Las habilidades de regulación emocional enseñan formas de aumentar sus emociones positivas de manera saludable y duradera, que no serán contraproducentes como lo hacen los atracones.

HABILIDADES DE TOLERANCIA AL MALESTAR

Estas habilidades **le enseñan al consultante diferentes formas de tolerar la incomodidad y la angustia cuando no se puede hacer nada para cambiar la situación en ese momento.** Las habilidades de tolerancia incluyen habilidades de aceptación y habilidades para sobrevivir a las crisis.

“No empeorar las cosas recurriendo a la comida en tiempos difíciles o antes factores de estrés, es una habilidad esencial. Esto puede significar sentarse y notar las diversas emociones dolorosas e impulsos de escapar del dolor observando la respiración en lugar de recurrir a la comida. O, en situaciones en las que se sienta abrumado emocionalmente, puede implicar estrategias como tomar un descanso o tranquilizarse” [Boggiano, 2021].

SIGUIENDO EL CAMINO HACIA LA ALIMENTACIÓN CONSCIENTE

Al resumir el folleto, el terapeuta le presenta al paciente una investigación que muestra que no comer en exceso [tener atracones] conduce a la pérdida o estabilización del peso. Específicamente, cuando se abstienen de comer compulsivamente, los pacientes con atracones, tienen más probabilidades de perder peso, y los consultantes con BN normalmente estabilizan su peso [es decir, dejar de purgarse y otros comportamientos compensatorios no conduce al aumento de peso que a menudo se teme]. Además, **es fundamental señalar que los beneficios de detener los atracones mejoran el estado de ánimo, la autoestima y la calidad de vida.** Esa es, en última instancia, la razón por la que el consultante ha venido a recibir tratamiento.

Las habilidades que se enseñan a los consultantes reflejan una dialéctica clave descrita anteriormente: **la necesidad de que se acepten a sí mismos tal como son y la necesidad de que cambien.** Por lo tanto, hay conjuntos de habilidades de aceptación, así como de cambio. Para cualquier problema encontrado, los enfoques efectivos pueden incluir ambos.

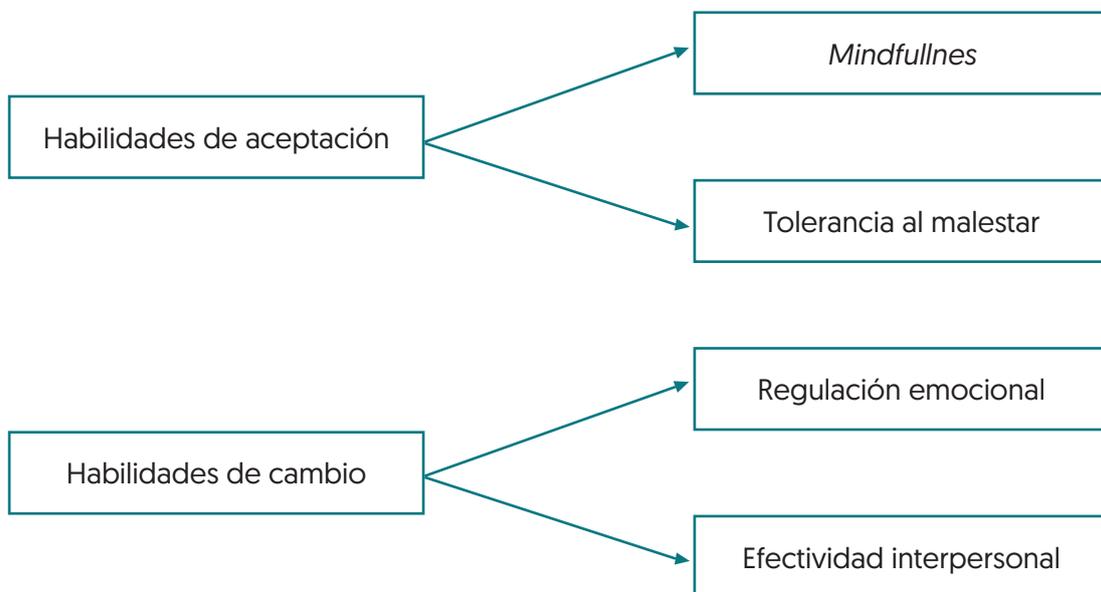


Figura 1.4. Modularidad de habilidades de aceptación y cambio. Adaptado de Lungu, A., & Linehan, M. M. [2015]. *Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi- and trans-diagnostic intervention*. En A. Nezu & C. Nezu [Eds.], *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 por The Guilford Press. Adaptado con permiso de The Guilford Press y Oxford University Press.

a. ATENCIÓN PLENA (mindfulness):

Tiene su origen en el budismo ZEN, son las primeras que se enseñan. **Se busca que focalicen la atención en sus propios pensamientos y emociones**, intentando observar, describir o participar lo que ocurre sin emitir juicios, haciendo una cosa a la vez, enfocándose en lo efectivo.

- Observar, describir, participar
- Sin juzgar
- Una cosa por vez
- Ser efectivos [hacer lo que funciona, cuál es el objetivo]

b. TOLERANCIA AL MALESTAR:

El objetivo principal es aceptar la vida tal cual es. **Sobrevivir la crisis, aceptando la vida tal como es en un momento determinado, es decir, aceptando aquello que no se puede cambiar**. Deben aprender a regular sus crisis y aceptar la vida en ese momento. De lo contrario, podrían llegar a una resolución de problemas incorrecta y usar recursos que a largo plazo generan más problemas.

- Habilidades para tolerar y sobrevivir a las crisis [para usar en medio de las crisis sin empeorar la situación cuando el cambio no puede ser logrado]
- Habilidades para aceptar la vida como es en el momento [estilo de vida basado en principios ZEN y aceptación]

c. REGULACIÓN EMOCIONAL:

La finalidad consiste en modular la experiencia emocional y la manera de experimentarlas y expresarlas. El objetivo es disminuir comportamientos impulsivos que ocurren en contextos de alta activación emocional.

- Identificar y describir emociones
- No evitar emociones displacenteras
- Aumentar emociones positivas

d. EFECTIVIDAD INTERPERSONAL:

Se busca desarrollar la asertividad, resolver conflictos de manera efectiva, hacer pedidos, aprender cómo decir que no, comunicar emociones, deseos e intenciones sin inhibirse ni ser agresivo, estrategias para manejar conflictos interpersonales. En definitiva, expresarse claramente.

- Conseguir una meta: DEAR MAN
- Conseguir o mantener una buena relación: GIVE
- Mantener o mejorar el autorespeto: VIDA

MÓDULO VIII

Mindfuleating:

importancia del comer consciente

La investigación aporta cada vez más evidencias científicas de técnicas de intervención basadas en *mindfulness* que demuestran su efectividad no solo para tratar trastornos de ansiedad o depresión (Hofman, Sawyer, Witt y Oh, 2010), sino también para los trastornos alimentarios. (Wanden - Berghe, Sanz - Valero, Wanden - Berghe, 2011; Kristeller y Hallett 1999). En este sentido, existen numerosos informes de casos y estudios de tratamiento que han relacionado evidencia preliminar de la eficacia de estas nuevas terapias en el tratamiento del trastorno por atracón, como así también en el tratamiento de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa (Baer, Fischer y Huss, 2005). Asimismo, son abundantes los estudios que demuestran los beneficios que brinda el *mindfulness* para frenar la ganancia de peso en el trastorno de la obesidad (Jacobs, Cardaciotto, Block-Lerner y McMahon, 2013).

COMER CONSCIENTE - *MINDFUL EATING*

El mismo **consiste en aplicar la técnica de *mindfulness* en todo lo que tiene que ver con el proceso de la alimentación**, como puede ser la elección de alimentos de modo consciente, desarrollar la diferenciación entre hambre física y psicológica, identificar las señales de saciedad, y comer saludablemente en función de estas (Grimm y Steinle, 2011).

La palabra “consciente”, es, según la Real Academia Española, un adjetivo acerca de una persona “que tiene conocimiento de algo o se da cuenta de ello, especialmente de los propios actos y sus consecuencias”. **Cuando se decide comer en un estado de conciencia, es allí donde se emplea la sabiduría para elegir qué es lo que más conviene**. Por ello, es tan importante tener en cuenta la forma en que las personas se relacionan con la comida y las modificaciones que se pueden incluir para llevar adelante los cambios que se deseen.

Muchas veces la comida y los sentimientos nos perjudican, nos juegan una mala pasada, a veces comemos por estrés, por miedo, por nervios, por tristeza o por aburrimiento. **Aquí es importante hacerse la pregunta de ¿Por qué voy a comer?** Se entiende que se come por necesidad, para mantenernos vivos y nutridos. Sin embargo, la comida ha comenzado a ligarse a cuestiones no nutritivas, como, por ejemplo, comer para calmar la ansiedad, comer por aburrimiento, o sencillamente por placer. He aquí, que no hay un hambre física, sino un hambre emocional o psicológica (Romano, 2018).

¿Cuándo comemos por hambre? **El *mindful eating* nos permite plantearnos si tenemos hambre física o emocional**. Diferenciar entre esos dos conceptos es fundamental para cambiar nuestra forma de relacionarnos con la comida y, por tanto, de aprender a comer conscientemente.



Cuando las respuestas a esa pregunta son que no tenemos hambre física, debemos plantearnos: ¿para qué quiero comer? **De este modo, se rompe la inercia de comer de forma impulsiva, motivados por argumentos más emocionales que físicos** (Kristeller y Hallett, 1999). De esta manera, el *mindful eating* permite que enfoquemos nuestra atención plenamente a la nutrición para aprender a escuchar emociones, sensaciones y así alimentarnos de forma saludable.

Es un proceso que hace énfasis en aprender una nueva dinámica con la comida, sin dietas restrictivas. **Es decir, consiste en un estilo de vida, una manera de relacionarse con la alimentación, en llevar la atención plena a nuestra nutrición.** Todo ello engloba qué escoger, cómo cocinar y cómo comer los alimentos. Al tener conciencia plena de nuestros patrones conductuales, creencias, valores, hábitos, rutinas y pensamientos asociados a la alimentación, nos permite diferenciar cuáles nos ayudan a cuidarnos y cuáles no.

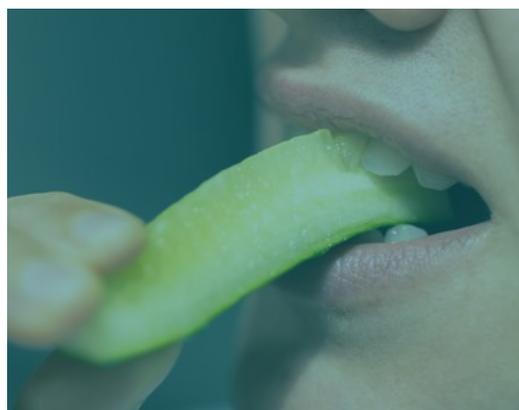
Con **mindful eating**, aprendemos a escuchar las sensaciones corporales (para diferenciar el hambre fisiológica de la emocional), conocer desencadenantes psicoemocionales que nos llevan a recurrir a la comida a pesar de estar saciados; esto ayudará a tomarnos nuestro tiempo al momento de comer, disfrutar de los alimentos y establecer una conexión equilibrada con la comida. **Esto permite descubrir el placer de comer sin temor a engordar.**

En definitiva, comer conscientemente es una manera de enfocar la atención en lo que estamos comiendo y le permite a la persona escuchar su cuerpo cuando siente hambre. **Para ello es necesario aplicar tres habilidades de atención plena a la actividad de comer:** la observación, la adopción de una postura sin prejuicios, y centrarse en una cosa en ese momento (Kristeller y Hallett, 1999).

Cuando aparecen los atracones, una parte fundamental de uno mismo está en piloto automático. La mente sabia es parte de uno mismo que esta en contacto con tus valores y la calidad de vida que esperas tener, no es accesible. Cuando estamos en mente emocional, nos dejamos llevar por las emociones del momento sin pensar en las consecuencias (Grimm y Steinle, 2011).

Una sugerencia es que la práctica de comer consciente, se haga con alimentos no tentadores o disparadores o “gatillos” [aquellos que en algunas personas con TCA disparan las conductas problemáticas]. **Esto les ayudará a desarrollar una conciencia corporal sobre la experiencia de comer, ejercitando una “memoria muscular”.** Por ende, es una práctica sugerida explicar a nuestros consultantes la importancia de ello, describiendo cómo los ensayos y la práctica permiten aprender gradualmente esta dinámica, lo cual es un buen punto de partida. (Grimm y Steinle, 2011).

Además, **se recomienda practicar el comer consciente cuando no se está estresado y en contextos cuidados**, ya que si estoy en una cena familiar donde discuten, seguramente se experimenten emociones incómodas que pudieran conducir a comer en exceso y luego a tener atracones. Sin embargo, si se practica el comer consciente estando tranquilo, se tendrá una memoria muscular que puede ayudarnos a mantenernos presentes y conscientes.



La alimentación consciente permite tomarnos el tiempo suficiente para que el cerebro le señale al estómago que nuestra hambre física ha disminuido. Cuando te concentras con plena conciencia en cada bocado de comida, es mucho más fácil hacer contacto con la mente y evitar un atracón. De esta manera, **según Romano (2018), “solo debemos descubrir, es decir, volver a despejar estas sensaciones que siempre estuvieron allí y que por descuido hemos desatendido”**. La sensación de hambre es el mecanismo que avisa a todo el organismo cuando se requieren nutrientes o energía. Se manifiesta como una necesidad de alimentos. Muchas veces, en lugar de prestarles atención a estos avisos, seguimos con nuestras cosas, trabajando, manejando o, peor, tratamos de engañar esta falta con alimentos no tan nutritivos.

Su contrapartida, la saciedad, es la sensación de sentirse satisfecho. Hay un momento en que la comida se disfruta al máximo: los sabores, aromas y texturas. Pero un bocado de más puede arruinar esta sensación y convertir esa comida en pesadez. **El hambre y la saciedad son parte de un proceso gradual, no se siente hambre o saciedad de repente.**

¿CÓMO SE APLICA?

Antes de comer, es una práctica recomendable beber un vaso de agua. Algo tan sencillo como beber un vaso de agua antes de las comidas ayudará a reducir tu ansiedad. Asimismo, es una técnica eficaz para regular nuestra hambre emocional y para facilitar las digestiones.

Aunque sabemos que no siempre es posible **comer en un espacio que cuente con todas las características que queramos, comer en un lugar tranquilo, en silencio, también es recomendable**. A veces, comer en familia supone tener que atender, hablar, reír, discutir y escuchar la televisión. ¡Todo a la vez! Todos estos estímulos harán que no seamos conscientes de nuestra alimentación, que no saboreemos esos platos, esas frutas, esas verduras o esa carne como de verdad necesitamos. Casi sin darnos cuenta, comemos en exceso y mal.

No comer si no tienes hambre. A veces, vamos a un restaurante o a comer con unos amigos y nos forzamos a tener que terminar nuestros platos sin tener hambre. No es lo adecuado. Asimismo, también es común sentarnos a la mesa y comer porque es la hora, o porque estamos aburridos o enfadados, o incluso cansados. En ocasiones, llegamos a creer incluso que comer es la solución a todas las preocupaciones. **La técnica del mindful eating nos dice que, antes de comer en exceso o de alimentarte porque estás nervioso, lo ideal es darte una ducha, salir a pasear o hablar con alguien**. La alimentación debe llevarse a cabo cuando estemos relajados, centrados en el aquí y ahora.

Alimentarte de forma consciente significa comer un poco de todo, sin prohibirte nada pero sin cometer excesos. **La buena alimentación es variada, pero también relajada y responsable**. Esta técnica exige de ti que comas de forma variada mientras masticas con calma los alimentos, disfrutando de ellos y teniendo plena conciencia del aquí y ahora.

Las prisas son nuestro peor enemigo en la alimentación. Si comes rápido, ingerirás, lo quieras o no, más de lo debido y, a su vez, tus digestiones serán mucho más pesadas. Come despacio. Recuerda siempre que, al cabo de 20 minutos desde que has empezado a comer, será tu estómago quien te dirá que está saciado (no tu mente) de ahí, que valga la pena comer bien y sin prisas.

Realizar ejercicio de forma también es una muy buena idea. Por ejemplo, salir a correr, a caminar, a bailar, a pasear en bici. **Cualquier práctica aeróbica que se mantenga en el tiempo es fundamental para tu mente y tu cuerpo.**

El mindful eating se nutre, al fin y al cabo, del *mindfulness*. **Por tanto, no tendría sentido en sí mismo si no lleváramos a cabo algún ejercicio de meditación a lo largo del día.** Elige el instante que mejor se ajuste a tus rutinas. La mañana, por ejemplo, antes de que nadie se levante y cuando el amanecer ilumina en calma nuestro salón, invita, sin duda, a un pequeño instante de meditación.

En conclusión, **esta técnica consiste en aprender a utilizar un enfoque flexible como la meditación para conectar con nuestras sensaciones, emociones y pensamientos.** El objetivo no es dejar de pensar o evitar pensamientos desagradables, sino aprender a distinguirnos de nuestros pensamientos, sensaciones y emociones a través del entrenamiento, evitando ser llevados por ellos de manera automática.

SURFEAR LA OLA/ URGE SURFING

Permite superar los impulsos de comer en exceso, dándonos tiempo para acceder a la mente sabia y ayudar a prevenir un episodio de atracón. **Esta habilidad implica el uso de imágenes mentales, en este caso, visualizar su impulso de atracones como si fuera una ola en el océano.** Consiste en aprender a “surfear” la ola, o “surfear” los impulsos de comer en exceso.

Cuando se practica esta habilidad, se usan las habilidades de atención plena de observar, enfocarse en una cosa en el momento, y adoptando una postura sin prejuicios para permanecer con la experiencia del impulso sin juzgar a la persona. **Al observar el reflujó y el flujo del impulso, se aprende a separar el impulso provocado por el objeto de aquel vinculado al atracón.** Al notar los impulsos momento a momento, se puede mantener la conciencia de cómo esa “ola” evoluciona y cambia con el tiempo. Los impulsos intensos son por tiempo limitado y terminan si no se cede ante ellos. Instar el surf consiste en visualizar con los pies en una tabla de surf, en la cresta de la ola.

En este sentido, **la investigación muestra que los impulsos intensos no solo no duran para siempre, sino que generalmente duran unos 20 minutos** (Lazarus ,1966). A medida que se realiza esta práctica , la duración de los impulsos disminuirá a través del tiempo. Esto funciona porque la persona vuelve a entrenar su cerebro. En el pasado, cuando se cede al impulso de los atracones, reforzamos el vínculo entre tener un impulso y actuar en consecuencia.

De esta manera, **cuando nos liberamos de los impulsos a través de la práctica, el cerebro aprende que es posible experimentar un impulso sin actuar en consecuencia.**

Gradualmente, el nuevo conocimiento del cerebro debilita el antiguo vínculo entre tener un impulso y actuar en consecuencia. Así, cada vez que se usan las habilidades de atención plena para observar, adoptar una postura sin prejuicios y centrarse en una cosa en el momento para “navegar” esos impulsos provocados por los atracones, es una oportunidad clave para entrenar el cerebro y desaprender viejos patrones.

Con esta habilidad, los consultantes están aprendiendo a aceptar los impulsos, anhelos y preocupaciones sin reaccionar ante ellos, juzgarlos o, particularmente, actuar sobre ellos. Pueden simplemente observar y describir el flujo y reflujo de los impulsos. **Están separando el impulso del objeto del impulso: la comida.** En lugar de dedicarse a comer la comida y/o purgar, deben practicar la observación y la descripción de sus impulsos.

En la actualidad se puede observar un gran interés en la aplicación de mindfulness al tratamiento de los trastornos alimentarios (Corstorphine, 2006). Respecto a esta relación entre mindfulness y TCA, varios estudios han encontrado que sujetos que presentaban altos niveles de mindfulness eran menos propensos a padecer trastornos alimentarios (Lavander, Jardín, y Anderson, 2009), tales como anorexia nerviosa (Heffner et al., 2002), bulimia nerviosa (Safer, Telch y Agras, 2001), y trastorno por atracón (Safer, Lock y Couturier, 2007). Es por ello que se ha sugerido que los métodos basados en esta técnica pueden ser un componente fundamental para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Wilson, 2005).

Hasta el momento actual, hay evidencia de cómo el entrenamiento en mindful eating es eficaz en la disminución de episodios de atracones (Courbasson, Nishikawa y Shapira, 2011; Smith, Shelley, Leahigh y Vanleit, 2006), mejorando la regulación emocional (Leahey, Crowther y Irwin, 2008) y el propio autocontrol con respecto a la comida, así como también se ha demostrado eficacia en la disminución de síntomas depresivos (Kristeller y Wolever, 2011). Esto se debe a que los participantes de intervenciones basadas en mindful eating muestran, por una parte, aumentos estadísticamente significativos en las medidas de atención y contención del pensamiento acerca de comer, y por otra, disminuciones estadísticamente significativas en estrés, afecto negativo e impulsividad.

| Día Horario | Descripción del alimento | Contexto-Situación Distractores con otras personas-solo Lugar En cuanto tiempo comí dicho alimento | Pensamientos en ese momento - Preocupaciones - Reglas - Dudas - Intrusiones - Recuerdos | Conducta problema detallada Por ejemplo del episodio de atracón | ¿Qué emociones puedo registrar Antes Durante Después? | Consecuencias ¿Algo de lo que hice empeoró la situación o la mejoró? | Otros comentarios |
|----------------|-----------------------------|--|--|--|---|--|----------------------|
|----------------|-----------------------------|--|--|--|---|--|----------------------|

Referencias bibliográficas

- Academy for Eating Disorders [AED] [2016]. Eating Disorders. A Guide to Medical Care. Extraído el 10 de marzo de 2019 desde <http://www.nyeatingdisorders.org/pdf/AED%20Medical%20Management%20Guide%203rd%20Edition.pdf>
- Acerete,D., Trabazo,R, & Lambruschini Ferri, N. [2013].Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Barcelona. [ajp.2009.09040582](http://dx.doi.org/10.1009.09040582).
- Agras WS, Crow S, Mitchell JE, Halmi KA, Bryson S. Un estudio prospectivo de 4 años sobre el trastorno alimentario NOS en comparación con los síndromes de trastorno alimentario completo. *Int J Eat Disord.* 2009;42(6):565–70. <https://doi.org/10.1002/eat.20708>.
- Allport, G.W. [1937]. *Personality, a psychological interpretation*. New York: Holt and Company.
- American Journal of Psychiatry, 158(4), 632–634. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- American Psychiatric Association [APA] [2000]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC, EEUU: American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. [1994]. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [4a ed.]*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. [1994]. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [4a ed.]*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. [2000]. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [4a ed., Revisión de texto]*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, [DSM-5]*. Arlington: Publicaciones psiquiátricas estadounidenses; 2013.
- Baer, R. A., Fischer, S., y Huss, D. B. [2005]. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive–Behavior Therapy*, 23, 281–300.
- Barraca, J. [2009]. *Clinical Skills in the Third-Wave of Behavioral Therapy*. *Clínica Y Salud*, 20(2), 109–117.
- Bech, P. y Mak, M. [1995]. Medidas de impulsividad y agresión. En E. Hollander & DJ Stein (Eds.), *Impulsividad y agresión* (págs. 25–41).
- Boggiano, Juan Pablo *Terapia dialéctico conductual : introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional / Juan Pablo Boggiano ; Pablo Gagliesi. - 1a ed . - La Plata : EDULP, 2020.*

- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. [2013]. Dialectical behaviour therapy for post- traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. [2002]. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26.
- Linehan, M. M., Lynch, T. R., Harned, M. S., Korslund, K. E., & Rosenthal, Z. M. [2009]. Preliminary outcomes of a randomized controlled trial of DBT vs. drug counseling for opiate-dependent BPD men and women. Paper presented at the 43rd Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York.
- Safer, D. L., & Jo, B. [2010]. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106– 120. 39.
- Bradley, R., Jenei, J. y Westen, D. [2005]. Etiología de la personalidad límite: desenmarañando las contribuciones de antecedentes intercorrelacionados. *Revista de enfermedades nerviosas y mentales*, 193, 24–31.
- Citrome L. Trastorno por atracón y condiciones comórbidas: diagnóstico diferencial e implicaciones para el tratamiento. *J Clin Psiquiatría*. 2017;78(Suplemento 1):9–13. <https://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.02>.
- Cooper, Z., & Stewart A. [2008]. CBT-E and the Younger Patient. En C. G. Fairburn [Ed.], *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 221-230). New York: Guilford Press.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. y Shapira, L. [2011]. Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19, pp. 17–33.
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A., & Villalobos, A. [2017]. *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dittmar, H., & Howard, S. [2004]. Thin-Ideal Internalization and Social Comparison Tendency as Moderators of Media Models' Impact on Women's Body-Focused Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(6), 768-791.
- Dohm, F.-A., Striegel-Moore, RH, Wilfley, DE, Pike, KM, Hook, J. y Fairburn, CG [2002]. Autolesión y uso de sustancias en una muestra comunitaria de mujeres blancas y negras con trastorno por atracón o bulimia nerviosa. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 32, 389– 400.doi.org/10.1056/NEJM-cp1803175.

- Dolan-Sewell, RT, Krueger, RF y Shea, MT (2001). Co-ocurrencia con trastornos del síndrome. En WJ Livesley (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad: Teoría, investigación y tratamiento* [págs. 84–104]. Nueva York: Guilford.
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525.
- Ellison, JM y Shader, RI (2003). Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad: un enfoque dimensional. En RI Shader (Ed.), *Manual de terapéutica psiquiátrica* [págs. 169–183]. Filadelfia: Lippincott, Williams y Wilkins.
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsividad y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista británica de psiquiatría*, 162, 193–197.
- Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Terapia conductual cognitiva para los trastornos alimentarios: una teoría y un tratamiento "transdiagnósticos". *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509–28. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8).
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Bardone-Cone, A. M., Bulik, C. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2014). Examining an elaborated sociocultural model of disordered eating among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body image*, 11(4), 488-500.
- Frecuencia del trastorno límite de la personalidad en una muestra de estudiantes de secundaria franceses. *Revista Canadiense de Psiquiatría*, 46, 847–849.
- Fullerton, DT, Wonderlich, SA y Gosnell, BA (1995). Características clínicas de los pacientes con trastornos alimentarios que denuncian abuso sexual o físico. *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 17, 243–249.
- Fundación "LA CASITA" (2019) *Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria*. Curso. Argentina.
- Garner & PE Garfinkel (Eds.), *Manual de tratamiento para trastornos alimentarios* (2a ed., págs. 145–177). Nueva York: Guilford.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1), 9 – 22.
- Genise, G. (2019) Una aproximación a la psicoterapia analítica funcional (FAP) y su posible articulación en la clínica infantojuvenil. *Psyciencia*: <https://www.psyciencia.com/psicoterapia-analitico-funcional-adolescentes/>
- Genise, G., Ungaretti, J., & Etchezahar, E. (2018). El Inventario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad en el contexto argentino. Puesta a prueba de los Factores de Orden Superior. Manuscrito enviado para publicación.

- Goodman, M., New, A. y Siever, L. [2004]. Trauma, genes y neurobiología de los trastornos de la personalidad. En R. Yehuda y B. McEwen [Eds.], *Respuesta al estrés biocomportamental: efectos protectores y dañinos* (págs. 104–116). Nueva York: Academia de Ciencias de Nueva York.
- Goodsitt, A. [1997]. Trastornos de la alimentación: una perspectiva psicológica del yo. en d M. Garner & PE Garfinkel [Eds.], *Manual de tratamiento para trastornos alimentarios* (2.a ed., págs. 205–228). Nueva York: Guilford.
- Grave, R. D. [1997]. Guided self-help of bulimia nervosa in a specialist setting: A pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 2, 169-172.
- Grimm, E. y Steinle, N. [2011]. Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutr Rev.*; 69(1): 52–60.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [2009]. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona, España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo & Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Extraído el 10 de abril de 2011 desde http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_%284_jun%29.pdf
- Hayes, S. C., Strosahk, K., & Wilson, K. G. [1999]. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. [2002]. Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female With Anorexia Nervosa: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236. [http://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](http://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0)
- Hofman, S., Sawyer, A., Witt, A. y Oh, D. [2010]. The effect of mindfulness - based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult ClinPsychol*, 78 [2], pp. 169– 183.
- Hudson et al [2007]. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatr.* 2007;61(3):348–58.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. La prevalencia y los correlatos de los trastornos alimentarios en la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Psiquiatría Biol.* 2007;61(3):348–58. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>.
- Hudziak, JJ, Boffeli, TJ, Kreisman, JJ y Battaglia, MM [1996]. Estudio clínico de la relación del trastorno límite de la personalidad con el Síndrome de Briquet (histeria), el trastorno de somatización, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos por abuso de sustancias. *Diario Americano de Psiquiatría*, 153,
- Hyler, SE [1994]. *Cuestionario de Diagnóstico de Personalidad–4*. Nueva York: Nueva Instituto Psiquiátrico del Estado de York, Autor.
- Inmens. [2019]. Obtenido de <https://www.inmens.es/articulo/terapia-dialectica-conductual- trastornos-alimentarios>.

- Jacobs, J., Cardaciotto, L., Block-Lerner, J. y McMahon, C. (2013). A pilot study of a single-session training to promote mindful eating. *Adv Mind Body Med*, 27(2):18-23.
- Jiménez-Cruz, B. E., & Silva-Gutiérrez, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de psicología*, 26(1), 11-17.
- Johnson, DM, Shea, MT, Yen, S., Battle, CL, Zlotnick, C., Sanislow, CA, et al. (2003). Diferencias de género en el trastorno límite de la personalidad: Hallazgos del Estudio Colaborativo Longitudinal de los Trastornos de la Personalidad. *Psiquiatría Integral*, 44, 284–292.
- Kabat Zinn (2003). Sugerencias para practicar la atención plena en todo lo relacionado a la alimentación.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201.
- Kolb, JE y Gunderson, JG (1980). Diagnóstico de pacientes límite con una entrevista semiestructurada. *Archivos de Psiquiatría General*, 37, 37–41.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49– 61.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., y Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (pp. 75-91). New York: Guilford Press..
- Kristeller, J. y Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*; 19: 49–61.
- Lavander, J. M., Jardin, B. F. y Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in under graduate men and women: Contributions of Mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10, 228–231.
- Leahey, T., Crowther, J. y Irwin, S. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15 (4), pp. 364–375.
- Lencioni, G. (2018). Terapia Dialéctico Comportamental. En E. L. Keegan, *Innovaciones en los modelos cognitivo - conductuales* (págs. 71 - 112). Buenos Aires, Argentina: Akadia.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ, EEUU: Lawrence Erlbaum Associates.

- Levitt, J.L. y Sansone, R.A. (2002). Buscando las respuestas: Trastornos alimentarios y autolesiones. *Trastornos alimentarios: Revista de tratamiento y prevención*, 10, 189–191.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Goldberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical interventions in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287–297.
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolten, G. G., et al. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of frontostriatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 106, 22445–22450. 32, 68–82.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, 11(4), 375–424.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1–9. 412–416.
- Maccoby, E. E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 491–507). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974.

- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray- Gregory, A. M. [2014]. Dialectical Behavior Therapy for high suicide risk in borderline personality disorder: A component analysis. Manuscript submitted for publication.
- Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. [2012]. Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012[8], CD005652. 135–140.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. [2004]. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487–499.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. [2004]. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43[3], 276–282.
- McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. [2010]. A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15[4], 193–196.
- Lazarus, RS[1966]. *El Estrés Psicológico y el Proceso de Afrontamiento*.
- Lock, J., & le Grange, D. [2013]. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- López-Guimerà, G., & Sánchez-Carracedo, D. [2010]. *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid, España: Pirámide.
- Loranger, AW [1988]. *Manual de examen de trastornos de personalidad*. Yonkers, Nueva York: Comunicaciones DV.
- Luciano, M. C., & Wilson, K. G. [2002]. *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores [Pirámide]*. Madrid.
- M. Oldham, E. Hollander y AE Skodol (Eds.), *Impulsividad y compulsividad* [págs. 59–95]. Washington, DC: Prensa psiquiátrica estadounidense.
- McGlashan, TH, Grilo, CM, Sanislow, CA, Ralevski, E., Morey, LS, Gunderson, JG, et al. [2005]. Prevalencia de dos años y estabilidad de los criterios individuales del DSM-IV para los trastornos de personalidad esquizotípico, límite, evitativo y obsesivo-compulsivo: hacia un modelo híbrido del Eje II
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (11a Revisión)*; 2018. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/lm/en>.
- París, J. [1996]. Factores culturales en la aparición de la patología borderline. *Psiquiatría*, 59, 185–192.

- Peláez, M., Julián, R., Raich, R., y Durán, E. (2002). Seguimientos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la prevención de recaídas. España.
- Pérez, M. (2004). Contingencia y drama: La psicología según el conductismo. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología Y Psicopedagogía*, 5(2), 159–172.
- Psychiatry, 182(2), 135–140. Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press.
- Quigley, BD (2005). Recaída diagnóstica en personalidad límite: Factores de riesgo y protectores. *Disertation Abstracts International*, 65, 3721B.
- Quintero, Gagliesi (2021). Sumar al amor. Editorial Tres olas. Argentina
- Raich, M. (2015). Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios. Ediciones Pirámide.
- *Revista Internacional de Psiquiatría en la Práctica Clínica*, 5, 273–277.
- Reyes Ortega, M., & Kanter, J. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional. Una guía para usar la inter- acción terapéutica como mecanismo de cambio*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Romano, JM (2018). Comer despierto. La alimentación basada en Mindfulness. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Rosa M. Molina-Ruiza Íñigo Alberdi-Páramob * María de Castro Ollera Noelia Gutiérrez Fernándezb José Luis Carrasco Pererab Marina Díaz-Marsáb (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios versión On-line ISSN 2007-1523*
- Russell G. Bulimia nervosa: una variante siniestra de la anorexia nerviosa. *Psicología Med.* 1979;9(3):429–48.
- Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 339–345.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedt-feld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post- traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psycho-somatics*, 82(4), 221–233.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
- Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictores del desarrollo de bulimia nerviosa en mujeres con anorexia nerviosa. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(11):704–7. [https://doi.](https://doi.org/)
- Safer, D. L., Lock, J. y Couturier, J. L. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 157–167.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 101–106. <http://doi.org/10.1002/eat.1059>
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001b). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa.
- Safer, Telch, Chen (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. LA PRENSA DE GUILFORD Nueva York Londres
- Sala, M., Pérez, J., Soloff, P., di Nemi, SU, Caverzasi, E., Soares, JC, et al. (2004). Estrés y anomalías del hipocampo en trastornos psiquiátricos. *Neuropsicofarmacología europea*, 14, 393–405.
- Saldaña C. (2014). Tratamientos Psicológicos Eficaces Para Trastornos Del Comportamiento Alimentario. *Psicothema*, 13(1999), 381–392.
- Sansone, RA y Levitt, JL (2002). Comportamientos de autolesión entre personas con trastornos alimentarios: una descripción general. *Trastornos alimentarios: Revista de tratamiento y prevención*, 10, 205–213.
- Sansone, RA y Sansone, LA (2000). Trastorno límite de la personalidad: el enigma. *Informes de atención primaria*, 6, 219–226.
- Sansone, RA y Sansone, LA (2003). Personalidad límite: ¿diferentes síntomas en diferentes entornos? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 7, 187–191.
- Sansone, RA, Levitt, JL y Sansone, LA (2005). La prevalencia de los trastornos de personalidad entre las personas con trastornos alimentarios. *Trastornos de la alimentación: Revista de tratamiento y prevención*, 13, 7–21.
- Sansone, RA, Levitt, JL y Sansone, LA (2006). La prevalencia de los trastornos de personalidad entre las personas con trastornos alimentarios. En RA Sansone y JL Levitt (Eds.), *Trastornos de la personalidad y trastornos alimentarios: Explorando la frontera* (págs. 23-39). Nueva York: Routledge.
- Sansone, RA, Rytwinski, DR y Gaither, GA (2003). Personalidad límite y prescripción de psicotrópicos en una consulta externa de psiquiatría. *Psiquiatría Integral*, 44, 454–458.

- Sansone, RA, Songer, DA y Gaither, GA [2001]. Enfoques diagnósticos de la personalidad límite y su relación con el comportamiento de autolesión.
- Sansone, RA, Whitecar, P., Meier, BP y Murry, A. [2001]. La prevalencia de la personalidad límite entre los pacientes de atención primaria con dolor crónico. *Psiquiatría del Hospital General*, 23, 193–197.
- Segal, Z. V, Williams, M., & Teasdale, J. [2002]. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Smith, B., Shelley, B., Leahigh, L. y Vanleit, B. [2006]. A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on binge eating. *Complementary Health Practice Review*, 11 [3], pp. 133–143.
- Stein (Eds.), *Impulsividad y agresión* (págs. 185–200). Sussex, Inglaterra: John Wiley and Sons.
- Stice, E. [2002]. Factores de riesgo y mantenimiento de la patología alimentaria: una revisión metaanalítica. *Boletín Psicológico*, 128, 825–848.
- Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA, Joyce PR. La importancia de una historia previa de anorexia en la bulimia nerviosa. *Int J Eat Disord*. 1996;20(3):253–61. [https://doi.org/10.1002/\[sici\]1098-108x\(199611\)20:3<253::aid-eat4>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/[sici]1098-108x(199611)20:3<253::aid-eat4>3.0.co;2-n).
- Suyemoto, KL [1998]. Las funciones de la automutilación. *Revisión de psicología clínica*, 18, 531–554.
- Swanson SA, et al [2011]. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*.
- Tsai, M., Kohlenberg, R., Kanter, J., Holman, G., & Loudon, M. [2012]. *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Udo T, Grilo CM. Prevalencia y correlaciones de los trastornos alimentarios definidos por el DSM-5 en una muestra representativa nacional de adultos estadounidenses. *Psiquiatría Biol*. 2018;84(5):345–54. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>.
- Valero - Aguayo, L., Kohlenberg, R., Ferro - García, R., & Tsai, M. [2011]. Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud*, 22, 209 - 221.
- Wanden - Berghe, R., Sanz-Valero, J. y Wanden-Berghe, C. [2011] The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eat Disord*, 19 [1] pp. 34– 48.
- Wilson, G. T. [2005]. Psychological treatment of eating disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 439-465
- Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. [2012]. Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: A mixed-methods evaluation. *Eating Disorders*, 20(4), 321–339. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.691791>.

- Zannarini, MC y Weinberg, E. (1996). Trastorno límite de la personalidad: rasgos impulsivos y compulsivos. En JM Oldham, E. Hollander y A.

