

TERAPIA COGNITIVA Y TERAPIA FAMILIAR EN ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Analía Verónica Losada

Clara Donovan

Pontificia Universidad Católica Argentina.

Resumen

El propósito del siguiente trabajo consistió en explorar las características de la Terapia Cognitiva (TC) y la Terapia Familiar (TF) en pacientes Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN). La indicación de cada terapia también depende de la fase de la enfermedad y de la edad del sujeto. En los primeros momentos lo primordial es eliminar el síntoma, motivo por el cual las técnicas conductuales y los elementos psicoeducativos de la Terapia cognitivo conductual suelen ser sumamente importantes. Más avanzada la terapia se debe apuntar a comprender y modificar aspectos más profundos tanto individuales como vinculares que puedan contribuir a la patología. Hay evidencia de que la TF resulta más eficaz en adolescentes con inicio corto de la enfermedad más que en adultos jóvenes que ya se han apartado de su núcleo familiar.

Palabras clave: Anorexia, Bulimia, Terapia Familiar, Terapia Cognitiva.

Abstract

The purpose of this study was to explore the characteristics of Cognitive Therapy and Family Therapy in patients Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. The indication of a therapy also depends on the stage of the disease and age of the subject. In the first moments paramount is to eliminate the symptom, why behavioral techniques and psycho-educational elements of CBT are often extremely important. More advanced therapy should aim to understand and modify both individual and relational deeper aspects that may contribute to the pathology. There is evidence that the TF is more effective in adolescents with short onset of the disease rather than young adults who have turned away from their families.

Keywords: Anorexia, Bulimia, Family Therapy, Cognitive Therapy.

Delimitación del objeto de estudio.

El propósito del siguiente trabajo consistió en explorar las características de la Terapia Cognitiva (TC) y la Terapia Familiar (TF) en pacientes Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) American Psychiatric Association (APA, 1994) define a la AN como una patología mental cuyos síntomas son el rechazo a mantener el peso corporal mínimo de acuerdo a edad y talla, el miedo intenso a ganar peso, la alteración en la percepción de la silueta corporal y la presencia de amenorrea que implica ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. La AN puede ser restrictiva, sin atracones o purgas o purgativa en la que sí se recurre a estos métodos inadecuados. En la BN, hay presencia de atracones recurrentes y sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento. Luego de estos episodios aparecen conductas compensatorias inapropiadas. Este trastorno puede ser de tipo purgativo o no purgativo. En el (DSM-5) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales APA, (2014) se realizaron modificaciones en relación a éstos criterios, presentando una visión de continuidad entre

los TCA posibilitando la evolución, en un mismo paciente, de un cuadro de TCA a otro diferente. Distingue grados de gravedad en la AN de acuerdo al índice de masa corporal y la presencia de amenorrea deja de ser una condición necesaria para el diagnóstico. En la BN, la presencia de atracones y purgas una vez por semana constituye uno de los criterios diagnósticos y la gravedad del cuadro depende de la frecuencia de los comportamientos compensatorios inadecuados por semana. En ambos TCA se hace referencia a la posibilidad de remisión parcial o total de la enfermedad. Los TCA son patologías multideterminadas por factores psicológicos, biológicos, familiares y culturales que se combinan en cada paciente de manera particular (Losada & Whittingslow, 2013). El abordaje terapéutico de los TCA corresponde a un equipo multidisciplinario con participación de distintos especialistas y niveles asistenciales (Turón, 1997). Panzzita (2009) destaca que el primer obstáculo al que se enfrentan los terapeutas es a la falta de conciencia de enfermedad. La modalidad de tratamiento ya sea ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio, depende de una evaluación inicial para contemplar el diagnóstico y la fase de la enfermedad.

En relación a los tratamientos a explorar, cabe destacar los principales aportes de la TC en estas patologías. Beck (1967) define a la TC como un modelo de psicoterapia basado en el supuesto de que la manera en que la persona percibe y atribuye significado a sus experiencias determina sus sentimientos y su conducta. Desde la TC, las cogniciones poseen un papel fundamental en el desencadenamiento y mantenimiento de los TCA (Fairburn 2000; Vitousek & Hollon, 1990). Fairburn (2008) plantea desde el modelo transdiagnóstico, que los TCA tienen un núcleo psicopatológico definido por la sobrevaloración de la figura, del peso corporal y de su control. Este sistema disfuncional de autoevaluación genera conductas inadecuadas. Según este autor existe una migración de diagnósticos en una misma persona considerando como única diferencia entre AN y BN el grado de control alcanzado sobre el peso y la ingesta. Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer (2000) plantean que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) se vale de distintos recursos terapéuticos. Además de aplicar los pilares de la TC, incluye en el tratamiento el elemento conductual para generar cambios. La orientación educativa ayuda a que el paciente tome conciencia de la gravedad del cuadro y conozca sus síntomas. También se utilizan técnicas conductuales para reducirlos y la reestructuración cognitiva como estrategia, para modificar los esquemas disfuncionales. Se ha analizado la eficacia de la TC en múltiples investigaciones. Schmidt et al. (2007) plantean que la TCC motiva el cambio en la persona desde el inicio del tratamiento. Se utilizan técnicas de auto monitoreo de los propios sentimientos, emociones y comportamientos que mantienen la patología. Se ha mostrado que ésta terapia obtiene resultados de manera más rápida que la TF, disminuyendo los síntomas en un corto período de tiempo. Esto es de suma importancia ya que la remisión del síntoma tiene que ser el primer objetivo del tratamiento debido a la gravedad del trastorno.

Con el surgimiento de las terapias sistémicas, el abordaje terapéutico comienza a ser familiar ya que comienza a relacionarse el síntoma con el entorno del sujeto y se da el lugar para que la familia participe en el proceso de solución de conflicto (Losada & Whittingslow, 2013). Los modelos sistémicos recibieron aportes de varias disciplinas para formar su campus teórico. Los aportes principales provienen de la teoría general de los sistemas, la cibernética, los desarrollos de los pragmáticos de la comunicación y la psicoterapia familiar (Camacho, 2006). Feixas & Miró (1993) describen que para el modelo sistémico los síntomas son entendidos como expresiones disfuncionales del sistema familiar, de modo que el foco de análisis abarcará no solo a la persona sino a su familia también. Desde la teoría de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin & Jackson (1997) se afirma que el síntoma tiene un valor comunicacional en un contexto relacional. Losada & Whittingslow (2013) afirman que las técnicas y herramientas terapéuticas sistémicas utilizadas en pacientes y familias con TCA son variadas y pueden ser utilizadas tanto en la fase de diagnóstico como de tratamiento. La aplicación de las mismas varía de acuerdo al caso particular ya que todas se encuentran afectadas por la subjetividad y personalidad tanto del terapeuta como del paciente. El terapeuta debe ser activo y directivo ya que son patologías de alto riesgo y lo primordial es eliminar el síntoma. Las principales técnicas implementadas dentro de la terapia sistémica son: genograma, preguntas circulares exploratorias o provocativas, uso de directrices directas o indirectas,

prescripciones paradójales o de comportamiento y principalmente el uso de la reformulación que consiste en poder atribuir un nuevo significado, logrando un cambio para alcanzar la solución. Los abordajes sistémicos de los TCA fueron evolucionando a lo largo de los años. Al principio se sostenía que la patología era consecuencia de características familiares disfuncionales (Losada & Whittingslow 2013). Minuchin (1974) con su modelo estructural, acuñó el término familias psicósomáticas y Selvini Palazzoli (1974), con su modelo estratégico las definió como familias anoxerígenas. Ambos incorporaron a los familiares en el abordaje de los pacientes con TCA (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Estos modelos de abordaje sistémicos presentan la limitación de reducir la etiología a variables familiares y desestiman los posibles recursos familiares para el tratamiento ya que se focalizan únicamente en los patrones disfuncionales (Cook Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005). A partir de estas limitaciones, surge la necesidad de reemplazar estos modelos por otros más integradores, teniendo en cuenta otras variables (Losada & Whittingslow, 2013). La perspectiva de la nueva generación, a diferencia de los modelos sistémicos más rígidos, contempla la posibilidad de encontrar una familia no disfuncional en los pacientes con TCA. Se plantea un modo de abordaje más integrador, flexible y multidisciplinario, buscando trabajar con los recursos y fortalezas de la familia (Losada & Whittingslow 2013). Selvini (2002) propone un modelo dimensional y dinámico en el cual plantea que hay que tener en cuenta las variables familiares tanto como la subjetividad individual y las situaciones contextuales.

Objetivo

Analizar las características del tratamiento cognitivo en comparación con el tratamiento familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Anorexia Nerviosa

La AN constituye una alteración psicológica y conductual relacionada con el acto de comer que afecta en su mayoría a las mujeres e inicia en la parte media de la adolescencia cursando con una morbilidad psiquiátrica y médica considerable (González-Macías, Romero, Rascón & Caballero 2013).

La palabra anorexia proviene del vocablo griego anorektous, definido como falta de apetito y el adjetivo nerviosa expresa su origen psicológico (Fragale 2010, citado en Marmo & Losada, 2013). Actualmente se sabe que no es falta de apetito lo que lleva a restringir la ingesta, sino una búsqueda incansable de una delgadez extrema, asociada a una distorsión de la imagen corporal (Marmo & Losada, 2013). Losada & Whittingslow (2013) consideran que esta patología alimentaria posee manifestaciones conductuales, psicológicas y fisiológicas. Desde la conducta se observa un rechazo a mantener un peso corporal saludable, desde lo psicológico hay una alteración perceptual de la imagen corporal y desde lo fisiológico hay ausencia de ciclos menstruales además de otras consecuencias físicas.

El DSM-5 (APA, 2014) establece que, para determinar la presencia de anorexia restrictiva o purgativa, los síntomas propios de cada una tienen que haberse mantenido por el tiempo mínimo de tres meses. Cuando sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar un estado de ánimo deprimido con retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo, cumpliendo los criterios de un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, muchos de los síntomas depresivos pueden ser secundarios a la semiinanición, por eso es necesario reevaluar los síntomas depresivos una vez que la persona haya recuperado peso. El DSM-5 (APA, 2014) distingue grados de gravedad en la AN de acuerdo al índice de masa corporal y la presencia de amenorrea deja de ser una condición necesaria para el diagnóstico. A su vez considera la posibilidad de remisión parcial, cuando alguno de los criterios deja de cumplirse por un tiempo determinado o remisión o total cuando dejan de cumplirse todos los criterios.

Bulimia Nerviosa

La palabra bulimia, proveniente del griego y se traduce al español como hambre de buey lo que implica una sensación de hambre incontrolable (Marmo & Losada, 2013).

La BN se define como un TCA en el que la autoevaluación se ve indebidamente influida por el peso corporal. Los síntomas son atracones compulsivos de alimento y conductas compensatorias inapropiadas de tipo purgativo utilizando drogas o laxantes o no purgativo como por ejemplo ayunos (Losada & Whittingslow, 2013). El DSM-5 (APA, 2014) determina que esta secuencia aparece al menos una vez a la semana durante un período de 3 meses. Siguiendo a estas autoras estas pacientes presentan una alteración en la capacidad de controlar sus impulsos y en el estado de ánimo y suelen tener poca tolerancia a la frustración con tendencia a cometer actos suicidas o autolesivos. Es frecuente que tengan el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, cuadros depresivos o abuso de sustancias.

El DSM- IV (APA, 1994) distingue entre BN de tipo purgativo y no purgativo, aunque esta clasificación no aparece en el DSM-5 APA (2014) que si distingue grados de gravedad de acuerdo a la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. Los grados de gravedad se clasifican en:

- Leve: Promedio de 1 a 3 episodios de comportamiento compensatorios in apropiada por semana.
- Moderado: Promedio de 4 a 7 episodios de comportamientos compensatorios por semana.
- Grave: Promedio de 8 a 13 episodios de comportamientos compensatorios por semana.
- Extremo: Promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados por semana.

Al igual que en la AN, se establece la posibilidad de remisión parcial o total del cuadro, con los mismos criterios explicados anteriormente.

Shapiro, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr, & Bulik (2007) sostienen que la BN es un trastorno grave y complejo, en cuya etiología multi-factorial se ven implicados factores biológicos, psicológicos y sociales y familiares. Se destaca la presencia de un contexto familiar y social riesgoso y características personales que hacen más vulnerable a la persona a uno de los antecedentes más importantes de la BN como lo es la dieta restrictiva. Esta conducta más una serie de factores desencadenantes favorecerán el comienzo de la BN. Los pacientes con BN manifiestan una tendencia al acting-out, tomando decisiones rápidas y una falla en el control de los propios impulsos. Tienden a ser impredecibles y sensibles en sus relaciones interpersonales, presentando una necesidad excesiva de aprobación constante. Tienen escasa tolerancia a la frustración y su estado del ánimo fluctúa entre la ansiedad y la depresión (Aguinaga, Fernández & Varo, 2009). Para estos autores, las pacientes con BN tienen relaciones familiares más alteradas que las pacientes con AN, presentan mayor conflictividad, desorganización y menor cohesión entre los miembros. Hay dificultad en el proceso de individualización y la relación afectiva con los padres se encuentra entorpecida ya que los patrones relacionales tienden a ser ambivalentes y erróneos. La estructura de personalidad subyacente al cuadro clínico de BN es amplia. Puede desarrollarse en individuos con estructuras psicóticas, neuróticas u organizaciones borderline (Wilson, 1996). Otro rasgo distintivo de la BN es que las personas que padecen este trastorno suelen mantener un peso saludable e incluso pueden tener sobrepeso, una diferencia notable con la AN (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011). Panzita (2009) plantea que existe alto riesgo cuando hay asociación entre depresión, personalidad limítrofe y abuso de sustancias. Las características principales de este cuadro como son la impulsividad, las oscilaciones del estado de ánimo y la baja tolerancia a la frustración incrementan el riesgo suicida que es mayor en la BN que en la AN. El descontrol se manifiesta en abuso de sustancias, cleptomanía, promiscuidad sexual y fugas. Todas estas conductas se llevan a cabo para generar un alivio de la tensión interna. Una gran parte de estas pacientes suelen tener antecedentes de maltrato y abuso sexual infantil y generalmente los ambientes familiares desamparantes actúan como factores desencadenantes de estos trastornos. El rol de las familias es muy importante para el ajuste emocional del adolescente y se ve comprometido cuando las familias son excesivamente permisivas o autoritarias y no se permite el desarrollo de la autonomía. En los casos más graves de

BN en los que existe riesgo suicida la indicación terapéutica debe ser internación domiciliaria con acompañantes terapéuticos o internación institucional.

Tratamientos psicoterapéuticos

La gravedad de los TCA queda representada en los elevados índices de morbilidad, la tendencia a la cronificación y el aumento de casos especialmente entre la población adolescente. La gravedad del trastorno obliga a preguntarnos por el papel del sistema sanitario y de otros actores sociales en la prevención y tratamiento de la enfermedad (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza & Pallicer, 2006).

Aguinaga, Fernández & Varo (2009) mencionan que, con independencia del método terapéutico, toda intervención debe guiarse por dos premisas básicas: el re nutrición del paciente y el tratamiento psicológico. Los objetivos del tratamiento deben ser: lograr la rehabilitación nutricional, evitar y tratar complicaciones orgánicas que surjan, diagnosticar y tratar los problemas psicológicos y socio-familiares asociados al trastorno y prevenir recaídas.

Norris, et al. (2013) plantean que debido a la gravedad del trastorno y a su origen multicausal, se hace necesario un abordaje multidisciplinario con participación activa de diferentes profesionales. La rehabilitación inicialmente debe ser nutricional ya que lo que está en riesgo es la vida misma. Luego las intervenciones psicológicas y el contexto asistencial del tratamiento deben ajustarse a la gravedad y a las características individuales de cada paciente.

Según lo planteado por Saldaña (2001) históricamente la AN ha sido tratada en dos etapas: La primera se lleva a cabo en ingreso hospitalario para recuperar la pérdida de peso y normalizar la alimentación. La segunda etapa se realiza en régimen ambulatorio para facilitar el mantenimiento de la ganancia de peso, prevenir las recaídas y mejorar los síntomas psicológicos asociados a la enfermedad.

Palacios Espinosa (2007) plantea que uno de los grandes desafíos para la psicología ha sido el trabajo terapéutico con pacientes que presentan TCA ya que la complejidad del cuadro supone varios fracasos terapéuticos manifestados en períodos cortos de estabilización o remisión de los síntomas y recaídas frecuentes que generan un deterioro físico y emocional significativo en los pacientes y familiares.

Panzzita (2009) destaca que el primer obstáculo con el que se enfrentan los terapeutas al momento de tratar estas patologías es a la falta de conciencia de enfermedad. Debido a esta característica fundamental Aguinaga, Fernández y Varo (2009) plantean que el paciente se encuentra en la etapa de pre contemplación del modelo de Prochaska y Di Clemente siendo la negación del problema la característica principal de ésta etapa por lo que la familia es quien recurre a consulta en primera instancia.

Tratamiento cognitivo

El cognitivismo surgió en la segunda mitad del siglo XX, con la revolución cognitiva entendiendo a la mente humana como un proceso activo que atribuye significados a sus experiencias. La psicología cognitiva estudia procesos cognitivos básicos relacionados al procesamiento de la información. En cambio, la psicoterapia cognitiva constituye un modelo terapéutico basado en aportes del conductismo, del psicoanálisis y de la psicología cognitiva. Desde este modelo el síntoma y el malestar emocional son productos de los esquemas cognitivos que conducen a evaluaciones sesgadas de la realidad y de sí mismos (Lamas 2014). El modelo cognitivo postula que el modo en que la persona interpreta sus experiencias determina sus emociones y conductas por lo tanto corrigiendo estas percepciones distorsionadas se puede lograr el alivio sintomático (Beck 1964, citado en Beck, 2010). El tratamiento cognitivo se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de leer la realidad (Beck, 1976 citado en Camacho, 2003). En la psicoterapia cognitiva terapeuta y paciente adoptan un

rol activo en la sesión. Además, el terapeuta es directivo con sus intervenciones y es un tratamiento estructurado porque hay objetivos definidos desde el comienzo que deben alcanzarse en un periodo de tiempo limitado (Camacho, 2003). En la TC los tres conceptos principales son los esquemas, las creencias y los pensamientos automáticos. Los esquemas son estructuras cognitivas relativamente estables que permiten interpretar la realidad de una manera particular, encargándose de seleccionar y organizar la información. Las creencias constituyen el contenido de estos esquemas, mientras que las centrales se relacionan con la identidad de la persona y se consolidan a partir de los vínculos primarios, las creencias periféricas son más fáciles de modificar. Los pensamientos automáticos surgen en el curso del pensamiento de manera persistente, certera y condicionando la conducta y el afecto. Estos son fugaces, conscientes y son la expresión clínica de las creencias. Para este modelo entre los pensamientos, las emociones y las conductas existe una influencia reciproca por lo tanto el trabajo terapéutico es sobre las tres áreas (Camacho, 2003). El tratamiento se basa en la idea de que los estados disfuncionales suelen ser mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. Por lo tanto, el terapeuta ayuda al paciente a conocer sus estilos idiosincráticos de interpretar la realidad para modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica (Leahy 2003, citado en Riso, 2009). Zigmunt (2006) postula que, dentro de la evolución de las teorías cognitivas, hay que reconocer un continuo evolutivo que va desde el primer conductismo, derivando gradualmente en los enfoques cognitivos, constructivistas y más recientemente posracionalistas. Históricamente el conductismo considera a la mente como una entidad pasiva intermediaria entre la información recibida y la conducta como respuesta. Esto es esencialmente el enfoque asociacionista. El conexionismo surge para ampliar estos conceptos y aparece la idea de que en los sistemas complejos la mente cumple algún papel activo en la conducta observable por lo cual los procesos mediacionales se transforman en objeto de estudio. El paso de la fase asociacionista a una fase conexionista implica un paso desde la primacía de la conducta a una mayor importancia a los aspectos subjetivos en la elaboración de la información que asumen un rol fundamental para comprender la patología (Moltedo, 2011). Esta evolución implica aceptar el cambio de visión desde concebir a la mente como una entidad pasiva hasta verla como una entidad activa y procesal cargada de intencionalidad. Para este modelo de psicoterapia, el paciente presenta una modalidad rígida de organizar la experiencia que lo lleva a perder la regulación emocional y a la aparición de síntomas. Por este motivo la terapia constituye un contexto de exploración en la búsqueda de flexibilizar su manera de estructurar la realidad para recuperar su regulación emocional (Moltedo 2011). Los modelos cognitivos sostienen que las cogniciones juegan un rol fundamental en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Fairburn, 2000; Vitousek & Hollon, 1990; Góngora & Casullo 2008). Las disfunciones cognitivas de las pacientes se organizan en dos clases de acuerdo al contenido. El contenido primero y específico de los TCA son las cogniciones referidas al cuerpo, peso y alimentación que aparecen como base para obtener la aprobación de los otros (Cooper, Wells, & Todd, 2004; Fairburn, 2000; Mizes et al., 2000; Vitousek & Hollon, 1990 citado en Góngora & Casullo, 2008). El segundo tipo de cogniciones se refiere a las creencias personales referidas a la propia persona (Vitousek & Hollon, citado en Góngora & Casullo, 2008).

En los modelos cognitivos se destaca la importancia de las creencias personales como mantenedoras del problema. La visión negativa del sí mismo subyacente es responsable de la insatisfacción permanente con la propia identidad y cuerpo (Cooper et al., 2004; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003 citado en Góngora & Casullo, 2008). La teoría de Young sostiene que los esquemas disfuncionales más profundos y duraderos se originan en experiencias tempranas negativas con las personas significativas e incluyen contenidos referidos al sí mismo y a las relaciones interpersonales. Estas creencias poseen mecanismos de auto perpetuación y resultan difíciles de modificar (Young 1990, citado en Góngora & Casullo, 2008).

Guidano & Liotti (1993) expresan que el cuadro clínico de la AN y la BN está esencialmente caracterizado por un déficit en las estructuras cognoscitivas. Navas (1998) sostiene que las distorsiones cognitivas constituyen alteraciones en el procesamiento de la información y conducen a conclusiones arbitrarias favoreciendo el mantenimiento de la patología. Entre éstas distorsiones se destacan la abstracción selectiva ya que tienden a focalizar sobre un detalle negativo del contexto

ignorándose el contexto total, la sobregeneralización que conduce a realizar predicciones basadas en un solo incidente. Hay una magnificación constante de los estímulos negativos y el razonamiento dicotómico o absolutista las lleva a englobar toda información en una o dos categorías dicotómicas. La personalización implica realizar una interpretación egocéntrica de hechos interpersonales y el pensamiento supersticioso mantiene y alimenta creencias basadas en una relación de causalidad entre hechos no contingentes. En estas pacientes, además de estas distorsiones se reconocen factores predisponentes no resueltos tales como conflictos familiares y dificultades en el logro de la propia autonomía que explican el mantenimiento de estados crónicos del trastorno.

Aguinaga, Fernández & Varo (2009) describen a las personas con TCA como meticulosas perfeccionistas, dependientes e inhibidas socialmente. Presentan una gran dificultad para expresar emociones y una tendencia al pensamiento operatorio. Slade (1982) resalta la necesidad de control como rasgo fundamental para desarrollar y mantener la AN y el mecanismo de mantenimiento se da por reforzamiento positivo ya que cada vez que la persona restringe la ingesta de alimento experimenta sentimientos de logro al confirmar su capacidad para rechazar el alimento.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) agrega y pone especial énfasis en el componente comportamental para generar cambios en las estructuras cognoscitivas. La TC se vale de técnicas cognitivas afectivas y conductuales para producir el cambio terapéutico (Camacho, 2003). Ekstrand & Roca Villanueva (2011) postulan que actualmente la TCC es la terapia que presenta mayor valor empírico para los TCA. El primero de los tratamientos cognitivo-conductuales protocolizado y específico que empezó a ofrecer resultados positivos fue el propuesto por Fairburn para la BN a mediados de 1980, basado en la teoría explicativa de mantenimiento. Esta terapia tiene como objetivos reducir los atracones y conductas compensatorias, modificar la tendencia a hacer dietas extremas y cambiar las actitudes de la persona hacia el peso y su figura. También intenta disminuir otros síntomas asociados como la baja autoestima, la depresión y el deterioro social. La teoría cognitivo-conductual para la BN sostiene que el elemento central y mantenedor del trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación. Mientras que la mayoría de las personas se evalúan a sí mismas basándose en la percepción que tienen de su ejercicio en las distintas áreas de su vida, las personas con TCA se juzgan a sí mismas en forma exclusiva de acuerdo a su peso corporal y a su capacidad para controlarlo. Esta sobrevaloración de la figura, del peso y su control constituyen la pieza clave en el mantenimiento del problema y es lo que Fairburn, Cooper y Shafran en el 2003 denominan núcleo psicopatológico. A partir de este núcleo específico de los TCA se derivan el resto de las características clínicas como la dieta estricta y los comportamientos orientados a mantener el peso. El único síntoma que no está directamente relacionado con el núcleo psicopatológico es el atracón ya este aparece como respuesta a la restricción dietética y suelen constituir una respuesta a cambios en el estado de ánimo, neutralizando los estados negativos. La terapia se enfoca sobre los síntomas del trastorno, pero sobre todo trabaja sobre el núcleo psicopatológico. La eficacia de esta terapia en la BN llevo a sus autores a expandir su modelo para aplicarlo a todos los TCA, proponiendo una teoría más amplia y la TCC derivada de ella. Fairburn, Cooper & Shafran (2003) Han denominado a esta extensión del modelo Teoría Transdiagnóstica. Según ésta extensión, cuando no hay evolución en los pacientes con TCA es porque están actuando procesos mantenedores que obstaculizan el cambio. En el 2003 Fairburn expone que los mecanismos mantenedores de los TCA. Estos son:

- Perfeccionismo Clínico: Esquema disfuncional de autoevaluación en el cual la valía personal es juzgada por los esfuerzos destinados a alcanzar objetivos elevados y por el éxito de conseguirlos independientemente de las consecuencias perjudiciales que puedan tener esos esfuerzos. Presentan una elevada autocrítica derivada de sesgos cognitivos negativos.
- Baja autoestima: autoimagen negativa permanente. Este mantenedor aumenta la desesperanza sobre la poca capacidad de cambio.

- Intolerancia a los cambios en el estado de ánimo: Dificultades para afrontar de manera adecuada estados emocionales intensos tanto negativos como positivos e intentan modularlos con conductas des adaptativas.
- Dificultades interpersonales: Las dificultades y conflictos en las relaciones interpersonales pueden perpetuar el TCA.

McIntosh, et al. (2005) postula que la TCC de la AN se basa en la premisa básica de que la característica central del trastorno es un patrón arraigado de restricción alimentaria. La primera fase de la terapia tiene una orientación conductual, proporcionando técnicas de autocontrol y tareas domiciliarias. Se prescribe una conducta alimentaria normal, negociándose objetivos en relación al peso corporal. El inicio del tratamiento tiene una orientación conductual ya que lo más urgente es contrarrestar el síntoma. En la segunda fase el objetivo es lograr la reestructuración cognitiva, cuestionando los pensamientos irracionales. En este momento se trabaja sobre los esquemas centrales para poder modificarlos y el material psicoeducativo es muy importante en esta etapa porque brinda al paciente información sobre sus problemas y padecimientos logrando una mayor adherencia al tratamiento, factor esencial para el éxito terapéutico. El paciente al entender lo que le pasa y notar que el terapeuta también lo hace, desarrolla motivación y una colaboración más activa en el tratamiento animándose a revisar creencias disfuncionales, cumplir ciertas tareas y estar abierto a las indicaciones terapéuticas. En la tercera fase se prepara al paciente para finalizar la terapia brindando información sobre recaídas y estrategias didácticas para reducir el riesgo de las mismas. Este mismo autor destaca que en muchos casos el carácter ego sintónico de la AN dificulta el trabajo activo hacia el cambio en este tipo de terapia tan estructurada. Por estas razones la TCC puede resultar menos eficaz en personalidades con fuertes rasgos obsesivos de personalidad y más eficaz después de un aumento de peso inicial.

Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer (2000) describen las etapas de la TCC para la BN. El primer paso es educar al paciente acerca de la patología y los procesos mantenedores, los intentos de modificar las conductas patológicas se dan desde la primera etapa. En un segundo momento se trabaja para lograr la reestructuración cognitiva buscando para ello evidencia en la experiencia. Se intenta dejar de lado los temas relacionados al peso, el cuerpo y la alimentación. En la última etapa se intenta consolidar los cambios y se enseñan estrategias preventivas frente a posibles recaídas.

En la primera fase de todo tratamiento cognitivo, el objetivo es lograr una modificación de las conductas problemáticas. Para lograrlo se adoptan estrategias conductuales y otras intervenciones. Una de ellas es la psi coeducación que consiste en brindar información específica sobre el trastorno y de las herramientas para lidiar con él. El objetivo fundamental es que los pacientes puedan adoptar una posición activa en el proceso de recuperación y adquirir conocimientos para tomar decisiones adecuadas respecto al propio cuidado, modificando las conductas relacionadas al problema. Otra intervención es la creación de una dieta alimentaria equilibrada nutricionalmente, favoreciendo el proceso de automonitoreo en el paciente para que pueda identificar emociones, pensamientos o conductas que puedan contribuir a la patología. La segunda fase comienza con el trabajo cognitivo. Se lleva a cabo a partir de la identificación y reestructuración de los pensamientos automáticos, creencias subyacentes, y distorsiones cognitivas relacionadas en un primer momento a la alimentación, al peso y a la figura y en un segundo momento a aquellas relacionadas a la propia persona. También es importante enseñar estrategias para identificar, regular emociones y adquirir nuevas habilidades para la resolución de problemas. En la tercera y última etapa el objetivo terapéutico es consolidar y mantener los cambios alcanzados y trabajar sobre el afrontamiento y la prevención de recaídas. Las pacientes con BN presentan mayor permeabilidad al cambio terapéutico y mejor pronóstico que aquellas pacientes con AN la cual tiende a desarrollarse como un desorden crónico más allá de los esfuerzos terapéuticos. Si bien las pacientes con BN suelen presentar mayor motivación para el cambio, es representativa la migración entre ambos diagnósticos en una misma persona. La TCC ha evidenciado efectos positivos sobre los aspectos específicos de los TCA como el grado de preocupación por la figura, el peso y su control y sobre aquellos aspectos no específicos del trastorno como el nivel de autoestima, los síntomas de ansiedad y depresión (Torrente & Crispo 2003)

Lechuga Navarro & Gámez Jiménez (2005) destacan la importancia de la orientación educativa en la primera etapa del tratamiento, generando en el paciente mayor conciencia de enfermedad y mayor conocimiento de los riesgos físicos y mentales de los TCA. También sirve para corregir las creencias erróneas nutricionales, estableciendo una dieta adecuada. En la segunda etapa se trabaja sobre la modificación conductual, estableciendo estrategias incompatibles con las conductas problema y con los factores de mantenimiento del trastorno. Las metas que se acuerden con los pacientes deben ser concretas realistas y de dificultad progresiva, lo que les proporcionará logros que aumenten su autoestima y seguridad. A medida que logren metas irán recibiendo refuerzos positivos que ayudaran a extinguir conductas relacionadas con la enfermedad. Esto se logra a partir de un sistema de refuerzos adecuado y trabajando sobre la intolerancia al cambio para modificar su rigidez mental.

Según Miller & Rollnick (1999), la etapa de modificación cognitiva permite modificar el pensamiento pasivo para que asuman su responsabilidad en el tratamiento, modificando los pensamientos distorsionados relacionados con la alimentación y el peso. Se intentan introducir pensamientos más adaptativos, disminuyendo el nivel de ansiedad. Cervera (1996) menciona estrategias adecuadas para la prevención de recaídas en los TCA. Una de las más importantes es destacar las posibles situaciones de riesgo identificando factores cognitivos, ambientales y emocionales. Se puede establecer un programa de exposiciones controladas dotándolos de habilidades específicas para afrontar de manera adecuada cada una de las situaciones de riesgo y en caso de haber una recaída es positivo analizarla para prevenir las siguientes.

Tratamiento Familiar

Antes de la década de 1970, los TCA eran considerados enfermedades psicósomáticas y el tratamiento era individual. Con la aparición de las terapias sistémicas el abordaje terapéutico se modificó y se empezó a vincular el síntoma con el entorno dando lugar a que la familia participe en el proceso de solución de conflicto. A partir de la Teoría General de los Sistemas, los síntomas son entendidos como parte de las interacciones del sistema familiar y comienza a considerarse la etiología múltiple ya que varios factores interactúan en el desarrollo de los TCA. La familia, al ser uno de ellos, debe ser incorporada dentro del tratamiento (Losada & Whittingslow, 2013). Para Aguinaga, Fernández & Varo (2009) la escuela sistémica fue una de las principales y más destacadas en el abordaje de los TCA desde una perspectiva diferente a la individual. Minuchin con su Modelo Estructural y Selvini Palazzoli con el Modelo de Milán incluyeron a los familiares en el tratamiento de estos pacientes (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Ambos autores proponen que estas familias presentan patrones disfuncionales específicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno (Cook Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, citados en Losada & Whittingslow, 2013). Minuchin acuña el Término familias psicósomáticas y Selvini Palazzoli acuña el de familias anoxerígenas para describir el funcionamiento de éstas familias (Minuchin 1974, Cook Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, citado en Losada & Whittingslow, 2013).

Minuchin considera al síntoma como una expresión de una organización disfuncional de la familia, por lo que los TCA dejan de ser vistos como enfermedades individuales. La terapia se orienta primero a la eliminación del síntoma, objetivo principal debido a la gravedad del trastorno y luego se promueve una reestructuración familiar para cambiar patrones y pautas que regulan la organización familiar y que actúan como mantenedores del trastorno. En esta etapa el terapeuta es un agente activo y promotor de cambio. El paso final es favorecer el proceso de individuación y autonomía de los miembros (Losada, 2011). Minuchin plantea que los TCA deben dejar de ser comprendidos como enfermedades individuales reconociendo la responsabilidad compartida de la familia y de la sociedad a la que pertenece el individuo. Desde esta perspectiva cualquier intervención terapéutica trabajará necesariamente con la familia presente o ausente en la sesión, intentando modificar las pautas de comportamiento disfuncionales que mantienen el síntoma. Este autor identificó cinco características predominantes en la interacción de las familias psicósomáticas: Aglutinamiento, sobreprotección, rigidez que impide la evolución y evitación del conflicto e implicación del hijo sintomático en conflictos maritales (Cook Dren, Doyen, Falissard & Mouren, 2005; Vandereycken, 1987; Losada 2011 citado en Losada & Whittingslow, 2013). Selvini Palazzoli describe a estas familias como muy exigentes, con

poco liderazgo por parte de los padres y con excesiva cohesión familiar que niega las necesidades individuales. También se observa competencia fraternal por el amor de los padres, la comunicación es poco clara y las alianzas secretas entre padres e hijos son reflejo de insatisfacciones maritales encubiertas (McGrane & Carr, 2002; Hernández García, 2006). Ambos autores observan que, como características primordiales, éstas familias tienden a evitar el conflicto y a la fusión de los miembros entre sí violando los límites intergeneracionales (Vidovic, Juresa, Begovac, Mhnik & Tocilj, 2005; RodríguezSantos & Vaz Leal, 2005).

Por otro lado, Rodríguez Vega citado en Losada (2011) expone que en las familias que presentan un miembro con patología alimentaria suele haber una disfunción conyugal y que el paciente expresa en su patología este descontento.

Lobera (2005) expone tres modelos principales que explican la interacción en éste tipo de familias: los modelos unidireccionales, los bidireccionales y los multidireccionales. Los Modelos unidireccionales describen familias con un solo estilo de interacción y existen tres teorías: la teoría estructural desarrollada por Minuchin postula que el desarrollo de una enfermedad psicósomática se debe a tres elementos: pautas transaccionales que favorecen la somatización, involucración del niño en el conflicto conyugal y cierta vulnerabilidad fisiológica en el paciente. La teoría comunicacional de Selvini resalta que en estas familias hay conflictos en la comunicación y cada miembro busca imponer su estilo de relación. Los padres no asumen el liderazgo ni su desilusión reciproca y existen alianzas y coaliciones que constituyen el problema fundamental.

La teoría transgeneracional de White sostiene que estas familias tienen un sistema de creencias rígido que se transmite a través de las generaciones. También presentan dificultades para lograr la individuación y para resolver problemas. El Modelo Bidimensional de Strober y Yager sostiene que en estas familias existen dos tipos de interacción. En las familias centrípetas hay excesiva cohesión, falta de permisividad y poca expresión emocional mientras que en las familias centrífugas hay poca cohesión, mucho conflicto y mantienen un alto nivel de dependencia.

El Modelo Multidireccional de Garfinkel y Garner critica los modelos anteriores y sostiene que no existe una tipología familiar, refieren a de factores de riesgo y dificultades familiares que pueden actuar como factores predisponentes y esta es la teoría más aceptada actualmente. Las familias con algún miembro con bulimia suelen ser las más desorganizadas y con fallas parentales más acentuadas. En las familias anoréxicas purgativas los rasgos mencionados se encuentran más atenuados y suele haber mayor conflicto conyugal. En cambio, en las familias con anorexia restrictiva los padres suelen ser más positivos, sobreprotectores, pero también suele existir un conflicto conyugal más intenso, aunque negado (Grigg, Friedsen & Sheppy, 1985 citado en Lobera 2005). La perspectiva de la nueva generación de escuelas sistémicas y terapias familiares propone trabajar con la familia utilizándola como recurso sin culpabilizarla. Se contempla la posibilidad de no encontrar necesariamente una familia disfuncional sino una familia que puede estar atravesando una crisis evolutiva o circunstancial. El modo de abordaje desde esta perspectiva debe ser multidisciplinario, integrador y flexible. Debe existir tratamiento individual, biológico-nutricional y familiar atendiendo a la particularidad de cada caso (Losada & Whittingslow, 2013). Espina, Pumar, García & Ayerbe (1995) postulan que los modelos sistémicos clásicos corren el riesgo de etiquetar a las familias como patológicas y culpabilizar a los padres más que utilizarlos como recurso. Estos autores afirman que es difícil hablar de patrones familiares específicos en los TCA. En las TF actuales, se ha superado el reduccionismo familiar, considerando al individuo con una identidad propia inmerso en un sistema relacional que lo condiciona.

Selvini citado en Losada (2013) propone abandonar los modelos rígidos por considerarlos reduccionistas ya que consideran a la familia como causa de la patología alimentaria. En cambio, este autor propone trabajar sobre tres polos: el síntoma, la familia y la persona. Para él es posible encontrar diferentes tipos de familia y diferentes tipos de personalidad de los pacientes que varía dentro de un continuum dependiente, borderline, obsesivo compulsivo y narcisista. Espina, Ortega &

Ochoa de Aldo (2001) plantean que actualmente, las TF sistémicas forman un conjunto de escuelas que recibieron diferentes aportes de diferentes teorías.

Desde la Teoría de la comunicación humana se afirma que toda conducta es comunicación por lo tanto el síntoma también lo es. Desde la teoría general de los sistemas la familia es vista como un todo y es una estructura formada por distintos subsistemas que tienen límites entre ellos y están regulados por una jerarquía. En las terapias sistémicas se analiza a la familia en sus diferentes niveles, en su estructura, su jerarquía, su estilo de comunicación, sus procesos relacionales y su sistema de creencias. El planteamiento general de la TF desde una óptica sistémica consiste en sostener que el terapeuta forma parte del sistema familiar y que va a ser agente de cambio para potenciar al máximo el desarrollo de los miembros del sistema. La causalidad siempre es entendida de forma circular ya que los circuitos interaccionales son los que mantienen el síntoma de forma recursiva. La atención va a estar dirigida hacia el futuro más que hacia el pasado y la paciente identificada va a tener una responsabilidad parcial y no total. Constantemente hay que contextualizar la problemática, comprendiendo a la persona dentro de sus relaciones y circunstancias. Desde esta perspectiva el síntoma posee un sentido en el seno de las relaciones familiares. Locke Grunge, Agras, Molle, Bryson & Jo (2010) postulan que el Modelo clásico del Maudsley fue creado por Dare, Lock, Le Grange y Agras para el trabajo con pacientes adolescentes que sufren de AN y es un ejemplo de un abordaje familiar flexible que busca tomar a la familia como recurso sin culpabilizarla.

Este modelo revolucionó la forma tradicional en que esta enfermedad era tratada durante la adolescencia. Es un modelo tratamiento ambulatorio e intensivo basado en la familia, pero a diferencia de la mayoría de los tipos de TF, es un modelo agnóstico en relación a las causas del TCA y los padres, son vistos como el principal recurso para lograr la recuperación del paciente. La familia es vista como el principal promovedor del cambio en terapia y los padres no son culpados del origen de la enfermedad, sino que son puestos a cargo de la realimentación de su hijo/a. Este tratamiento tiene atravesada tres etapas:

- Lograr la restauración nutricional: Es la etapa de inicio y la más difícil. El terapeuta busca fortalecer el rol de los padres dentro del sistema familiar, creando una alianza parental para realimentar a la hija/o estableciendo límites claros entre los subsistemas. Se exploran los recursos y estrategias de los padres como pareja y como personas. El foco de la intervención consiste en que los padres asuman la tarea de realimentar al adolescente. Una intervención valiosa para el logro de este objetivo es la técnica de la comida familiar en la cual el terapeuta participa y busca interrumpir interacciones negativas entre los miembros.
- El Incremento Ponderal: En esta etapa el paciente logra subir de peso y alimentarse sin demasiada dificultad. La intervención es sobre aspectos familiares que permitan que el adolescente pueda mantener su peso adecuado y que los padres puedan seguir desempeñando su tarea.
- La tercera fase comienza cuando el adolescente puede mantener el peso adecuado y estable. Las intervenciones intentan fortalecer las tareas de la adolescencia. Se busca estimular el desarrollo sano, desplegando tareas de individuación y separación, logrando consolidar la propia identidad. Se busca que la enfermedad deje de ser el foco de la interacción entre padres e hijos (Lock, Le Grange, Agras, Moye, Bryson & Jo 2010).

La TF se indica especialmente para pacientes menores y con cuadros de evolución poco prolongados. El foco de actuación terapéutica es la familia como unidad y no en exclusiva la paciente con sintomatología. Principalmente se trabaja en la recuperación de pautas de comunicación más saludables y en comprender los síntomas como producto del malestar del sistema familiar (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005).

Lobera (2005) postula que los factores familiares resultan la clave para la recuperación estable de los pacientes con trastornos mentales graves. Las actitudes negativas como pueden ser la crítica emocional y la intrusión entre los miembros familiares pueden ser factores predictivos de recidiva. En

cambio, las actitudes positivas y el apoyo emocional aportan resultados positivos y actúan como factores protectores frente a posibles recaídas. Las herramientas de la TF sistémica son variadas y no deben aplicarse de manera rígida sin tener en cuenta las características particulares del terapeuta y del paciente (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998; Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009 citados en Losada y Whittingslow, 2013). La empatía resulta fundamental debido a la gravedad del cuadro clínico y el terapeuta debe adoptar un rol activo y directivo en el que el principal objetivo sea eliminar el síntoma y mejorar la capacidad relacional del individuo (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998 citado en Losada & Whittingslow, 2013).

El grupo de Milán elaboró principios técnicos que sirven a toda la TF. El concepto de circularidad permite relacionar el síntoma con ciertas tendencias disfuncionales de la familia, sin culpabilizar a ningún miembro en particular y las hipótesis y preguntas circulares van modificándose a lo largo del tratamiento ofreciendo explicaciones alternativas del conflicto. La postura neutral del terapeuta permite al psicólogo brindar contención a todos los miembros sin generar alianza con ninguno y las preguntas circulares, a veces provocativas permiten comprender la dinámica del sistema familiar muchas veces implícita para realizar intervenciones que modifiquen las pautas relacionales. (Losada & Whittingslow, 2013).

Otra herramienta utilizada es la reestructuración o reformulación y con ella se intenta modificar las formas rígidas de pensar y de sentir favoreciendo el cambio y la eliminación del síntoma. En la etapa diagnóstica la reformulación se hace sobre el significado que la familia da al síntoma y en la etapa del tratamiento se resignifica al paciente y a su familia en una vida sana sin el trastorno. Constantemente el terapeuta debe favorecer la no culpabilización de la familia y el entendimiento de la patología (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 1998; Midori, 1998 citado en Losada & Whittingslow, 2013). Siguiendo a estos autores el uso de directrices es muy común ya que sirven para manipular y dirigir la comunicación entre los miembros y generar cambios comportamentales. Por otro lado, el genograma es una herramienta que permite generar hipótesis vinculares y conocer la dinámica relacional entre los miembros y suele utilizarse al inicio del tratamiento. El recurso del humor, las analogías y las fabulas permiten expresar emociones no accesibles a la verbalización. Todas estas herramientas pueden aplicarse en la fase de diagnóstico o de tratamiento y deben adecuarse al estilo del terapeuta, a la personalidad del paciente y al tipo de familia. El terapeuta debe ser creativo u flexible en el uso de las técnicas y el tratamiento debe ser multidisciplinario, dinámico y flexible eligiendo las herramientas de acuerdo al caso particular (Losada & Whittingslow, 2013).

Ventajas y desventajas de la aplicación de la terapia familiar y la terapia cognitiva en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

El síntoma anoréxico o bulímico se instala dentro de un organismo fisiológicamente vulnerable al estrés que se ha desarrollado dentro de un sistema vincular deficiente. Por lo tanto, la familia posee un rol esencial en los cambios que se necesitan para modificar el conflicto psíquico de base. Las intervenciones deben dirigirse por un lado a las vulnerabilidades individuales propias de ese individuo y por otro al sistema familiar deficiente (Cordella, et al. 2006). Rodríguez Vega citado en Losada (2011) afirma que dejar de lado la relación entre el síntoma y el contexto del sujeto puede beneficiar la cronificación de la patología somática ya que es el cuerpo la única vía por la cual el paciente está pudiendo expresar la conflictiva familiar.

Las intervenciones familiares modifican patrones emocionales y conductuales que mantienen el TCA. Un indicador positivo para el tratamiento familiar es que los miembros tengan una actitud activa hacia él y que demuestren capacidad para asumir y enfrentar los conflictos, sin negarlos buscando su comprensión y resolución. La consulta precoz y la adolescencia temprana son factores de buen pronóstico para el tratamiento. Ambos se asocian a una parentalidad alerta y a un cerebro aun plástico que no se encuentra expuesto a las consecuencias de una desnutrición crónica. La familia constituye a su vez un factor de riesgo y protector por lo cual es muy importante que participe en el tratamiento para modificar pautas relacionales que contribuyen al mantenimiento del síntoma (Cordella, et al. 2006).

El modelo clásico de Maudsley ha demostrado su eficacia en adolescentes con AN. Luego este tratamiento se adaptó y comenzó a ser utilizado para adolescentes con BN ya que la TCC es el tratamiento elegido para adultos que padecen BN. La TF provee herramientas para que los familiares puedan intervenir y disminuir los riesgos de vida y de recaídas. Promueve un rol activo de la familia por ser considerados el principal recurso de ayuda. La TCC produce una disminución de los síntomas más rápidamente que la TF, sin embargo, la implementación de TF en adolescentes con patología alimentaria reduce el riesgo de recaídas y hospitalizaciones. Sin embargo, es necesario que los adolescentes tengan un espacio de terapia individual para compartir cuestiones propias de la etapa evolutiva en la que se encuentran y para favorecer también el desarrollo de la autonomía (Schmidt, et al., 2007).

Se ha evidenciado que la TF obtiene mejores resultados en adolescentes menores de 18 años y con una duración de la enfermedad menor a tres años, que en adultos con cuadros más prolongados. Una de las explicaciones es que el adolescente convive con sus familiares y las relaciones que mantiene con ellos pueden ser más significativas e influyentes en la patología que en un adulto que ya se ha apartado de su núcleo familiar. Se observan avances al finalizar el tratamiento tanto en la TCC como en la TF y si bien ambas modalidades alcanzan la remisión de los síntomas al finalizar el ciclo, la TF obtiene mejores resultados en términos de remisión de recaídas. El riesgo de una terapia individual es que una vez finalizado el tratamiento, la persona se encuentra propensa a caer nuevamente en conductas alimentarias patológicas tras la ausencia de la figura de apoyo del terapeuta. Si bien la TCC en la última etapa se encarga de enseñar técnicas para prevenir posibles recaídas la ventaja de la TF es que los familiares aprenden herramientas y técnicas que pueden aplicar una vez finalizado el tratamiento cuando la figura del terapeuta ya no está presente. Si bien la TCC puede producir una disminución de los síntomas en un periodo más corto de tiempo, se ha demostrado que una vez pasados los seis meses de tratamiento no hay grandes diferencias entre los resultados obtenidos de ambas terapias (Couturier, Kimber & Szatmari, 2013).

El pronóstico siempre es más alentador cuando la patología alimentaria aparece durante la adolescencia y cuando la duración es corta. Por este motivo se hace necesario una detección precoz, una consulta rápida y un compromiso por parte de la familia. En familias en las que la emoción negativa expresada en la terapia es muy intensa, es recomendable trabajar con el adolescente de manera individual por un lado y con la familia por otro para no exponerlo a un medio hostil. Sin embargo, trabajar con el paciente y la familia a la vez permite intervenir directamente sobre los circuitos interaccionales negativos para poder modificarlos.

Trabajar conjuntamente con la familia produce cambios positivos y genera mayor flexibilidad entre los miembros. La TF es efectiva para tratar la patología alimentaria sobre todo en adolescentes y con ella se producen cambios familiares y psicológicos importantes (Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge & Le Grange, 2000).

Para el terapeuta familiar con una perspectiva estructural lo principal es eliminar el síntoma, pero esto debe ser seguido por una etapa de reestructuración del sistema familiar en la cual se intentan modificar patrones familiares disfuncionales haciendo que los padres adopten liderazgo, estableciendo límites claros en los subsistemas familiares. En cambio, en la TCC las intervenciones están dirigidas a modificar creencias propias de la persona o patrones disfuncionales de otorgar significados a la realidad. En la TF al principio del tratamiento los padres deben responsabilizarse del proceso de comida para luego dar lugar al desarrollo de la autonomía. Este trabajo da resultado en pacientes jóvenes con curso de la enfermedad corto y con familias relativamente dispuestas al cambio no estancadas en un patrón disfuncional crónico.

Con pacientes preadolescentes suelen implementarse sesiones familiares al principio y luego se convoca a los padres individualmente. No siempre el abordaje familiar incluye la participación de la familia en sesión, en el trabajo con adolescentes suelen implementarse sesiones con diferentes subsistemas y con los adultos si bien hay sesiones familiares, después se trabaja con la persona individualmente para promover su autonomía y diferenciación. Tanto en la TCC como en la TF es

fundamental un contexto terapéutico basado en la confianza y en la cooperación. Es importante que los familiares no experimenten la indicación de TF como una acusación de culpabilidad por lo cual las preguntas deben ser circulares intentando transmitir la corresponsabilidad de todos, sin dirigirse a un miembro en particular. El principal objetivo en la TF, sea individual o con participación de la familia, es mejorar la capacidad relacional de la persona para que logre abandonar la conducta sintomática. En la TCC el objetivo es modificar la manera en la persona atribuye significados. Cada vez es más frecuente la combinación de tratamientos individuales y familiares para intervenir sobre los diferentes niveles de funcionamiento de la persona.

Debido a la complejidad del cuadro clínico muchas veces el tratamiento familiar es uno más del tratamiento global que incluye tratamientos psicoterapéuticos individuales y biológicos (Rodríguez Vega, 1996). McIntosh, et al. (2005) afirman que la TCC es el tratamiento de elección para pacientes adultos con BN. Para las pacientes adolescentes la TF ha demostrado ser eficaz para el conjunto de TCA. La TCC genera cambios de manera rápida ya que se centra principalmente en eliminar los síntomas. Mientras que la TCC centra su atención en modificar la autoevaluación negativa sesgada centrada en el peso y la figura, la TF presenta mayor atención a los desencadenantes interpersonales que aumentan los síntomas, para disminuir el impacto de éstos. Si bien la TCC obtiene resultados positivos en pacientes graves con TCA porque produce cambios rápidamente, puede no resultar eficaz en pacientes con AN con marcados rasgos obsesivos. Esta modalidad directiva orientada al cambio puede no dar resultado debido al carácter ego sintónico de los TCA, sobre todo de la AN y de la rigidez cognitiva que no les permite modificar sus cogniciones.

Incluir a la familia en el tratamiento de adolescentes con TCA permite reducir los sentimientos negativos y de incompetencia por parte de la familia, el aprendizaje de pautas específicas en relación al manejo del trastorno y poder cambiar actitudes familiares que actúan como mantenedores del trastorno. Se produce un cambio en la percepción de control por parte de los padres y mejoran en sus estrategias de afrontamiento (Castro, Larroy & Gómez, 2010).

Lenoir & Silber (2006) recomiendan TF en niños y adolescentes y terapia individual cognitiva conductual para adultos jóvenes. En ambas terapias y más allá de cuál sea la edad del paciente lo primero siempre es lograr la rehabilitación nutricional. Se recomienda internación siempre que haya desnutrición grave o purgas descontroladas ya que, si bien no hay evidencia que indique mayor éxito para la ganancia de peso en tratamiento hospitalizado que en ambulatorio, si hay un mayor control del paciente. La TCC se indica para pacientes agudos descompensados que necesitan un tratamiento estructurado y con indicaciones claras y directivas.

Discusión

Es de destacar, en primer término, la complejidad y la gravedad como características principales de estos trastornos, motivo por cual el abordaje debe ser multidisciplinario con participación de diferentes profesionales más allá del modelo terapéutico elegido para cada caso particular. Es una patología de origen multicausal que exige a los profesionales tener una mirada integral para recibir aportes de las diferentes corrientes terapéuticas y así lograr un tratamiento adecuado. El objetivo inicial del tratamiento debe ser la rehabilitación nutricional, para recién en una segunda etapa optar por la modalidad terapéutica que se considere más adecuada para trabajar sobre los mantenedores psicológicos y ambientales del trastorno.

La concepción tradicional de los TCA establece límites claros entre los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La diferencia no solamente se establece entre las características clínicas de los cuadros sino además entre las personalidades subyacentes a cada uno de estos trastornos alimentarios. Actualmente hay una mirada integradora que busca comprender los fenómenos psíquicos de los pacientes que sufren trastornos alimenticios sin otorgarle demasiada importancia a los diagnósticos diferenciales entre los TCA.

Se piensa que hay características y problemáticas comunes en las personas que sufren cualquiera de estos trastornos y sobre ellas hay que trabajar. Se establece un continuum entre los cuadros sin considerarlos entidades nosológicas totalmente separadas unas de otras y se considera la posibilidad de que una persona migre de un diagnóstico de TCA a otro diferente.

Los tratamientos deben orientarse y trabajar sobre la vulnerabilidad individual y sobre las características del entorno del sujeto que contribuyen a la patología. La TF y la TC se centran en aspectos diferentes del trastorno para su comprensión y posterior tratamiento. La TF intenta eliminar los síntomas desde el comienzo y el objetivo para lograr la mejoría del cuadro, es lograr un cambio en el sistema relacional del individuo. Para la TC el sistema disfuncional de autoevaluación constituye el elemento central que mantiene los TCA. Es decir, la TF pone el acento en el aspecto vincular y en su contribución al síntoma y la TC parte desde un enfoque individual centrado en la evaluación negativa que la persona hace de sí misma y como este modo de juzgar su auto valía personal contribuye al desencadenamiento del trastorno. Se centran en diferentes factores causales del trastorno, si bien reconocen la multiplicidad de causas en el origen del cuadro. La TC apunta a la modificación de la autoevaluación negativa que tiene la persona de si misma, es decir se centra en la vulnerabilidad individual para intentar modificarla y la TF apunta a flexibilizar el sistema relacional disfuncional del individuo que también funciona como causa y mantenedor del trastorno.

Actualmente con la nueva tendencia integradora se reconoce un continuum entre los diagnósticos y características comunes a todos los TCA mas allá del diagnostico específico. Por este motivo es importante reconocer los aportes de cada modelo terapéutico para poder integrarlos y responder a las necesidades de cada persona en su particularidad.

Parte de la labor terapéutica es tener en cuenta y dirigir la atención hacia todos los factores involucrados en el origen del trastorno. Entre ellos se destacan el discurso cultural actual que promueve ideales de delgadez extrema, la vulnerabilidad individual y la dinámica familiar.

Con respecto a las ventajas y desventajas de estas terapias en los TCA, ambas terapias presentan fortalezas y limitaciones. La TC focaliza sobre los aspectos individuales de la persona apuntando a modificar las cogniciones disfuncionales pero un exceso de atención sobre los esquemas individuales puede hacer perder de vista otros factores involucrados en el origen del trastorno como la modalidad vincular y el entorno del sujeto.

Por otro lado, la TF pone especial atención en lo vincular perdiendo de vista, en muchos, casos los aspectos individuales. Se hace necesario reconocer aportes de las dos disciplinas para poder brindar un abordaje más completo. La indicación de cada terapia también depende de la fase de la enfermedad y de la edad del sujeto. En los primeros momentos lo primordial es eliminar el síntoma, motivo por el cual las técnicas conductuales y los elementos psicoeducativos de la TCC suelen ser sumamente importantes. Más avanzada la terapia se debe apuntar a comprender y modificar aspectos más profundos tanto individuales como vinculares que puedan contribuir a la patología. Hay evidencia de que la TF resulta más eficaz en adolescentes con inicio corto de la enfermedad más que en adultos jóvenes que ya se han apartado de su núcleo familiar.

En el caso de los adolescentes es importante que los padres se responsabilicen en un primer momento de la alimentación para luego dar lugar a la propia autonomía. Si bien ambos tratamientos aportan herramientas a los pacientes para evitar recaídas una vez finalizado el proceso de tratamiento, la TF posee una ventaja sobre la terapia individual para la prevención de recaídas ya que los familiares aprenden herramientas para evitar crisis, posibles recaídas u hospitalizaciones. La TCC es muy efectiva para reducir los síntomas y trabajar sobre mantenedores individuales del trastorno como puede ser la baja autoestima y es efectiva en la enseñanza de técnicas para prevenir las recaídas. Suele ser muy eficaz en adultos jóvenes y en fases iniciales de la enfermedad por el beneficio a corto plazo de las técnicas conductuales.

Se considera que se deben combinar aportes de ambas terapias teniendo en cuenta la gravedad del caso, la edad del paciente y la fase de la enfermedad para lograr un abordaje óptimo e integral. Ambas modalidades presentan similitudes como el estilo directivo del terapeuta, la búsqueda de una actitud activa del paciente, los elementos psicoeducativos considerados esenciales y la alianza terapéutica consolidada ya que resulta curativa por sí misma. Es decir, presentan diferencias pero semejanzas también y cada vez son más las similitudes por la tendencia a la integración para lograr un abordaje óptimo e integral.

Futuras líneas de investigación

Respecto a futuros estudios en el ámbito de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa y a los tratamientos más recomendados es necesario continuar investigando sobre las ventajas y desventajas de los tratamientos más recomendados para profundizar en estudios ya realizados y así poder obtener nueva información. Es cierto que no todos los modelos terapéuticos resultan eficaces en todos los casos y muchas veces presentan limitaciones al intentar adaptar a la persona al modelo terapéutico cuando debería ser al revés. Se debe continuar investigando acerca de los beneficios de ambos tratamientos y los casos en los que se hace más recomendable uno sobre el otro de acuerdo a la edad, la fase de la enfermedad y la gravedad del cuadro. Teniendo en cuenta la complejidad de las patologías alimentarias, las futuras líneas de estudio deberían integrar y en todos los casos el trabajo interdisciplinario y en equipo con participación de diferentes profesionales atendiendo a los múltiples factores que intervienen en la etiología de estos trastornos para poder actuar sobre ellos cuando la prevención no ha resultado suficiente.

Referencias bibliográfica

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.
- Aguinaga, M., Fernández, L. J., & Varo, J. R. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *In Anales del sistema sanitario de Navarra*, 23, 279-292.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV). Madrid: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Madrid: Panamericana.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. S. 2010. *Cognitive Therapy*. Corsini Encyclopedia of Psychology. 1–3.
- Camacho, J. M. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Recuperado de <http://www.dipredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>.
- Camacho, J. M. (2006). El humor en la práctica de la psicoterapia de orientación sistémica. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Castro, U., Larroy, C., & Gómez, M. A (2010). Intervención cognitivo conductual para pacientes adolescentes y sus padres en el tratamiento de la bulimia nerviosa *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 49-60.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y de la bulimia*. Barcelona: Martinez Roca.
- Cook Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 french families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236.

- Cordella, P., Lizana, P., Urreiola, P., Figueroa, D., Del Río, P., Hodgson, I. et al. (2006). Programa de trastornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: variaciones a seis meses de tratamiento. *Rev Méd Chile*, 134, 973-80.
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. (Spanish). *Psykhé*, 17(1), 81-90.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.
- Ekstrad, A., & Villanueva, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. (Spanish). Acción Romero, M., Rascón, M., & Caballero, A. (2013). Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. (Spanish). *Salud Mental*, 36(1), 33-39.
- Espina, A. Ortego, A. y Ochoa de Alda, I. (2001). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en los trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. *Anales de Psiquiatría*, 17(2), 34-42.
- Espina, A., Pumar, B., García, E. Ayerbe, A. (1995). Una revisión de los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G. (2000). Cognitive-behavioral therapy for bulimina nervosa. En F.Flach (Ed.), *The Hatherleigh guide to psychiatric disorders, Part II. The hatherleigh guides series* (pp. 69-88). Long Island City, NY: Hatherleigh Company,Ltd.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Editorial Paidós.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 265-272.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emocional disorders*. New York: Guilford Press.
- Hernández García, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y en la bulimia, el caso de Saltillo, México. *Episteme* N° 8-9. Universidad del Valle de México.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2011). Trastornos de la alimentación. Estados Unidos. Recuperado 19/08/2014: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentaci-n/eating-disorders.pdf>.
- Lamas, M. C. (2014). Divergencias y convergencias entre psicología cognitiva y psicoterapia cognitiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 825.
- Lechuga Navarro, L & Gámiz Jiménez, M.N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. *Aproximación cognitivo-conductual*, 2,142-154.
- Lenoir, M., & Silber, T. J. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes: Parte 2. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(4), 338-344.
- Lobera, I. J. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (2), 158-198.

- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032.
- Losada, A. V. (2011). Abuso sexual y patologías alimentarias. Tesis doctoral. Universidad Católica argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Losada, A. V. & Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borrromeo*, (4), 393-424.
- March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pallicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1).
- Marmo, J. & Losada, A.V. (2013). *Herramientas de Evaluación en Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Mc Grane, D., & Carr, A. (2002). Young Women at Risk for Eating Disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 385-395.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F., Luty, S., Mckenzie, J., Bulik, C., & Joyce, P. (2005). Tres psicoterapias para la anorexia nerviosa: un ensayo controlado aleatorizado. *American Journal of Psychiatry*, 429-435.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1974) *Family and family therapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press (trad.cast.: Familias y Terapia Familiar, Barcelona: Ed. Gedisa, 1979).
- Moltedo, A. (2011). La evolución de la obra y el modelo de Vittorio Guidano: Notas histórico biográficas. *Revista de Psicología*, 17(1), Pág-65.
- Navas, J. J. (1998). *Proceso e Innovaciones de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC)*. Santurce: PSYPRO.
- Norris, M., Strike, M., Pinhas, L., Gomez, R., Elliott, A., Ferguson, P., & Gusella, J. (2013). The Canadian Eating Disorder Program Survey - Exploring Intensive Treatment Programs for Youth with Eating Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), 310-316.
- Palacios Espinosa, X. (2007). Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa. *Terapia psicológica*, 25(1), 73-85.
- Panzzita, M.T. (2009). Experiencia alimentaria y abordaje terapéutico. En M.T, Panzzita (comp), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 138-159). Buenos Aires: RV-Kristal Ediciones.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez Vega, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 47-56.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M., & Eisler, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 591-598.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation: From Individual to family Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.
- Selvini, M. (2002). El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 9-21.

- Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.K., Lohr, K.N., & Bulik, CM. (2007). Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*;40, 321-336.
- Slade, PD. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Torrente, F. M., & Crispo, R. (2003). Tratamiento grupal de la bulimia nerviosa y trastornos asociados. *ERTE V X*, 14(52), 103.
- Turón, V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Vidovic, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28.
- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191-214.
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wilson, G. T. (1996). Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 197-212.
- Zagmutt, A. (2006, May). La evolución de la terapia cognitiva posracionalista. In Conferencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Terapias Cognitivas. Buenos Aires: Argentina.