



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el enfoque Transdiagnóstico**

Trabajo final de grado

Modalidad: Monografía

Maria Sophia Mazali Rojas

C.I 5.285.826-5

Tutora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernandez Theoduloz

Revisor: Asist. Mag. Vicente Chirullo

Septiembre 2023, Montevideo, Uruguay

## **Resumen**

El presente trabajo aborda los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), profundizando sobre la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). La sintomatología de dichos trastornos puede ocasionar graves consecuencias para la salud y la calidad de vida de quienes lo padecen. Además, la temprana edad en la que aparecen representa un signo de alarma que nos invita a reflexionar sobre la importancia de su prevención y diagnóstico temprano. Si bien su etiología es multicausal, la insatisfacción corporal y la sobrevaloración de la imagen constituyen en muchos casos el origen y eje central de la patología, por lo que se desarrollará también el Trastorno de la Imagen Corporal. En cuanto al tratamiento para los TCA, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que ha demostrado mayor evidencia y apoyo empírico para trabajar sobre las creencias y conductas disfuncionales presentes en dichos trastornos. Debido principalmente a las elevadas tasas de comorbilidad entre los TCA, se propone al enfoque Transdiagnóstico como un modelo que promete una visión más integradora en la comprensión de los trastornos mentales, que permite abordar de manera eficaz tanto el núcleo psicopatológico como los mecanismos mantenedores de los mismos. Por este motivo, se escogió el tratamiento Transdiagnóstico para TCA propuesto por Murphy et al. (2010) para desarrollar en profundidad cada una de sus etapas. Hacia el final del trabajo se abordarán además los desafíos de este enfoque y las reflexiones finales.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, trastorno por atracón, trastorno de la imagen corporal, trastorno de la conducta alimentaria no especificado, transdiagnóstico.

## **Agradecimientos**

Me gustaría dedicar este espacio para expresar mi mayor agradecimiento a todas aquellas personas que me han acompañado a lo largo de mi camino en la Facultad de Psicología, y especialmente a quienes me han demostrado su apoyo en esta última etapa tan significativa para mi.

A mi mamá Virginia por ser mi principal contención durante toda la carrera, sobre todo en aquellos momentos difíciles donde me brindó todo su amor. Gracias por creer en mí incluso cuando yo en algún momento no pude.

A mi papá Gonzalo por estar siempre al firme y transmitirme seguridad y tranquilidad para poder concentrarme en mis estudios. Gracias por tu incondicionalidad y apoyo.

A Diego, por ser mi cable a tierra y estar dispuesto siempre a escucharme. Gracias por brindarme confianza con tus palabras y calma en tus abrazos.

A mis hermanas de la vida, Kiana, Natalia y Daiana por acompañarme en las buenas y en las no tan buenas. Gracias por brindarme fuerzas y recargarme de energía en todo momento. Ojalá nunca me falten.

A Veronica y Victoria, dos amigas maravillosas que conocí en facultad y que hoy en día son muy especiales para mí. Gracias por ser tan buenas compañeras y por compartir el mismo nivel de estrés y locura que yo.

Gracias a Fernando, mi psicólogo, quien me ayudó a transitar este proceso de la manera más amena posible y me ayuda día a día a conectar mejor conmigo misma. Logramos nuestro objetivo Fer!

Gracias a Maria y Andres, dos personas especiales a quienes admiro y quiero mucho. Gracias por creer siempre en mí y no soltarme la mano.

Y por último y no menos importante, agradecerle a Gabriela mi tutora por acompañarme en este camino durante un largo año. Gracias por tu dedicación y paciencia infinita.

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....</b>	<b>6</b>
2.1 Trastorno de la Imagen Corporal.....	8
2.2 Anorexia nerviosa.....	10
2.3 Bulimia Nerviosa.....	12
2.4 Trastorno por Atracón.....	13
2.5 Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.....	14
<b>3. Terapia Cognitivo Conductual para TCA.....</b>	<b>15</b>
<b>4. Enfoque Transdiagnóstico.....</b>	<b>17</b>
4.1 Insatisfacción con el diagnóstico psiquiátrico categorial.....	18
4.2 Riesgo de medicalizar los problemas de la vida.....	19
4.3 Elevada comorbilidad.....	19
4.4 Antecedentes.....	20
<b>5. Tratamiento Transdiagnóstico para los TCA.....</b>	<b>23</b>
5.1 Perfeccionismo Clínico.....	24
5.2 Baja autoestima.....	25
5.3 Intolerancia a los cambios en el estado de ánimo.....	27
5.4 Dificultades Interpersonales.....	28
<b>6. Tratamiento Transdiagnóstico propuesto por Murphy et al. (2010) para los TCA.....</b>	<b>29</b>
Etapas del Tratamiento.....	30
6.1 Etapa uno.....	30
6.2 Etapa dos.....	32
6.3 Etapa tres.....	33
6.3.1 Intervención sobre el Perfeccionismo Clínico.....	35
6.3.2 Intervención sobre la Baja Autoestima.....	36
6.3.3 Intervención sobre la Intolerancia Emocional.....	36
6.3.4 Intervención sobre los Problemas Interpersonales.....	37
6.4 Etapa cuatro.....	37
<b>7. Desafíos.....</b>	<b>39</b>
<b>8. Conclusión y reflexión final.....</b>	<b>41</b>
<b>9. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>43</b>

## Índice de figuras

<b>Figura 1.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 2.....</b>	<b>33</b>

## **1. Introducción**

El presente trabajo se realiza en el marco de mi Tesis Final de Grado en la Facultad de Psicología, Udelar. El objetivo principal será abordar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (específicamente la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado) así como el trastorno de la imagen corporal, para explicarlos y plantear su tratamiento desde el enfoque Transdiagnóstico.

La gravedad de este tipo de trastornos y su incremento en los últimos años ha despertado gran interés en los profesionales de la salud. Son enfermedades de etiología multicausal cuya sintomatología afecta la calidad de vida de quienes las padecen, así como de su familia y entorno, generando en muchas ocasiones consecuencias irreversibles para la salud (López y Treasure, 2011; Patel et al., 2016). Sumado a ello, la temprana edad en la que aparecen representa un signo de alarma que nos invita a reflexionar sobre la importancia de su prevención y diagnóstico temprano (Grupo ALBOR-COHS, 2012). Por estos y otros motivos que se describirán a continuación, los TCA han adquirido relevancia global como un problema socio-sanitario al que, personalmente, considero que se le debería dar mayor prioridad a nivel nacional en materia de investigación, prevención e intervención.

De acuerdo con Marco et al. (2014) la insatisfacción corporal y la sobrevaloración de la imagen constituyen en muchos casos el origen y eje central de estas patologías, por lo que en este trabajo se desarrollará también el Trastorno de la Imagen Corporal. En cuanto al tratamiento para los TCA, la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que ha demostrado mayor evidencia y apoyo empírico para trabajar sobre las creencias y conductas disfuncionales presentes en dichos trastornos (Kirschman, 2020). Dada la complejidad y las elevadas tasas de comorbilidad entre los TCA, surge el enfoque Transdiagnóstico como un modelo que promete una visión más integradora en el campo de la salud mental (Gonzalez et al., 2018). Lo más novedoso de este modelo es que permitirá abordar de manera eficaz tanto el núcleo psicopatológico como los mecanismos mantenedores de los trastornos (Sandín et al., 2012). Además, se trata de un tratamiento que habilita la intervención tanto individual como grupal para un amplio espectro de psicopatologías, lo que a su vez explica su gran eficiencia en los dispositivos de salud (Belloch, 2012; Gonzalez et al., 2018). En esta oportunidad, se escogió el Tratamiento Transdiagnóstico para TCA propuesto por Murphy et al. (2010) para desarrollar en profundidad cada una de sus etapas. Hacia el final

del trabajo se abordarán además los desafíos sobre el abordaje de los TCA desde una visión transdiagnóstica, así como mi reflexión personal sobre el tema estudiado.

## **2. Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de trastornos psicopatológicos que se caracterizan fundamentalmente por presentar perturbaciones en el comportamiento alimentario, relacionadas a una preocupación excesiva por la ingesta de comida, el peso y la imagen corporal (Ochoa de Alda, 2009). Como se mencionó anteriormente, son trastornos de etiología multicausal, que implican conductas restrictivas de ingesta o episodios de sobreingesta de alimentos, acompañados de una serie de prácticas no saludables para controlar o reducir el peso (López y Treasure, 2011). Entre estas prácticas se pueden encontrar: ayunos prolongados, dietas restrictivas, purgas, consumo de laxantes, consumo de diuréticos, ejercicio físico excesivo, entre otras (APA, 2013). De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013) se pueden encontrar las siguientes categorías diagnósticas: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), trastorno por atracón (TA), pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Actualmente los TCA representan cuadros significativos y de gran relevancia social, que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes (Peláez et al., 2005). Si bien la prevalencia de estos trastornos es mayor en la cultura occidental, a partir de los efectos de la industrialización y globalización su incidencia ha alcanzado otras regiones del planeta y se encuentra en aumento (Qian et al., 2022). En el 2019 se publicó una amplia revisión sobre 121 estudios de todo el mundo que evalúan la prevalencia de los TCA en hombres y mujeres de todas las edades según los criterios diagnósticos del DSM-5. Dicha revisión arrojó una prevalencia de los TCA del 5,7% en las mujeres y del 2,2% en los hombres (Galmiche et al., 2019). En Latinoamérica la prevalencia de los TCA se distribuye de la siguiente manera: para la Anorexia Nerviosa es de 0,1%, para la Bulimia Nerviosa 1,16% y para el Trastorno por Atracón 3,56% (Arija-Val et al., 2022). Si bien no se han registrado estudios sobre la prevalencia de los TCA en nuestro país, se puede tomar como referencia el estudio realizado por Rutzstein et al. (2009) en Buenos Aires donde se demostró que, en una muestra de 454 adolescentes de entre 13 y 18 años, el 14,1% de las mujeres y el 2,9% de los varones presentaban TCA.

Resulta interesante mencionar además el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en el incremento de casos por TCA (Lastra, 2022). En España se halló que el 41,9% de niños y adolescentes presentaron durante el confinamiento un aumento de la sintomatología de los TCA tales como la restricción de alimentos, el ejercicio excesivo, el miedo a subir de peso, y algunos síntomas depresivos y ansiosos vinculados al trastorno (Graell et al., 2020). En otro estudio realizado en Reino Unido por Branley-Bell y Talbot (2020) también se demostró que la interrupción de la rutina durante la pandemia tuvo un impacto negativo en las personas que ya estaban cursando o se estaban recuperando de un TCA. De esta manera, los resultados sugieren un impacto perjudicial de la pandemia en el bienestar psicológico de estas personas y una exacerbación de la sintomatología y rumiación asociadas a los TCA.

Los TCA constituyen la tercera enfermedad crónica más frecuente entre la población juvenil, posicionándose como una de las enfermedades mentales de mayor prioridad para niños y adolescentes dado el riesgo que pueden implicar para la salud (López y Treasure, 2011). Adicionalmente, se han identificado como grupos de riesgo a los modelos, los deportistas, quienes hayan tenido antecedentes de abuso sexual, maltrato, obesidad, depresión, alexitimia, y también aquellos que hayan tenido familiares con TCA (Baldares, 2013). Por otro lado, diversos estudios añaden que por cada 9 casos de trastornos alimentarios desarrollados en mujeres, se presenta 1 en hombres (Rutzstein, 2009). Esta llamativa disparidad de género invita a profundizar y preguntarnos por qué las mujeres constituyen la población más vulnerable y propensa a desarrollar este tipo de trastornos. Iturbe y Maiz (2022) explican este fenómeno como una consecuencia de los efectos socioculturales y de la influencia del ideal de delgadez fomentado hacia las mujeres durante la adolescencia. De hecho, se ha demostrado que la edad de aparición de los TCA oscila entre los 11 y los 25 años, con una moda de 13 a 14 años (Grupo ALBOR-COHS, 2012).

Además, los TCA pueden presentarse acompañados de otros trastornos psicopatológicos y físicos que pueden dificultar el tratamiento y la situación de quienes los padecen. Entre estos se encuentran: los trastornos de ánimo, de ansiedad, negativista desafiante, el déficit de atención/hiperactividad y el consumo problemático de sustancias (Arija-Val et al., 2022). En cuanto a las enfermedades físicas, los TCA se pueden asociar además al sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus y la celiaquía (Arija-Val et al., 2022). Pero los TCA no solo impactan negativamente sobre la salud física y psicológica, sino que pueden afectar significativamente la calidad de vida de la persona y su funcionamiento psicosocial, alterando sus relaciones sociales, laborales, de pareja, entre otras (Patel et al., 2016). La complejidad y gravedad de estos trastornos puede ocasionar incluso la muerte. Según Giovanni et al. (2018), la AN es la que tiene la tasa de mortalidad más alta en el mundo (del

4 al 11 % en sujetos jóvenes). De acuerdo con un estudio realizado por Smith et al. (2018) el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre las personas con anorexia nerviosa, y el comportamiento suicida es elevado tanto para la bulimia nerviosa como para el trastorno por atracón en comparación a la población en general. Entre un cuarto y un tercio de las personas con AN, BN o TA han pensado alguna vez en suicidarse, y entre un cuarto y un tercio de las personas con AN y BN han intentado suicidarse (Smith et al., 2018). Por esta razón, un diagnóstico precoz dentro de los tres primeros años de la enfermedad, así como su derivación oportuna a un equipo especializado, puede prevenir considerablemente la evolución y la gravedad del trastorno (López y Treasure, 2011).

A pesar de su gravedad, las personas con TCA a menudo tardan años en buscar ayuda profesional y solo unas pocas acceden a tratamientos especializados, por lo que la prevención resulta clave ante la proliferación de estos trastornos (Rutzstein et al., 2019). En una revisión realizada por Iturbe y Maiz (2022) sobre intervenciones preventivas de TCA se halló que la educación mediática es la más efectiva en la prevención universal (dirigida a toda la población), mientras que la disonancia cognitiva y la terapia cognitivo conductual son las más efectivas para la prevención selectiva (dirigida a un subgrupo con riesgo de desarrollar TCA). De todas maneras, América Latina aún se encuentra en una etapa inicial en materia de prevención, y se requiere de una mayor variedad de estudios que permitan evaluar su efectividad a largo plazo. El Programa de Prevención en Imagen Corporal y Alimentación (PIA) es un ejemplo de una intervención en Argentina que combina la alfabetización mediática con la disonancia cognitiva y la psicoeducación interactiva para la prevención de los TCA en adolescentes, que podría adaptarse y extenderse a otros países de la región (Rutzstein et al., 2019).

Por otro lado, los TCA comparten la alteración e insatisfacción de la imagen corporal como eje central (Fernandez-Aranda et al., 1999). Tanto los pacientes con anorexia como los pacientes con bulimia nerviosa tienden a valorarse casi exclusivamente en función de su imagen corporal y el peso, lo que provoca una gran insatisfacción y los hace suponer que se sentirían mejor si fueran más delgados (Rutzstein, 2009). Por este motivo, se profundizará a continuación sobre el trastorno de la imagen corporal dado el rol significativo que representa en este tipo de trastornos.

## **2.1 Trastorno de la Imagen Corporal**

Los estereotipos de belleza en relación a la apariencia física tienen un papel clave en la aparición de los TCA, y la preocupación por la imagen corporal comienza a edades cada

vez más tempranas situándose entre los 8 y los 13 años aproximadamente (Ochoa de Alda, 2009). Por este motivo, se considera necesario definir a la imagen corporal previo a profundizar sobre su relación con los TCA:

La imagen corporal es la concepción mental que tenemos sobre nuestro aspecto físico, cómo nos vemos o, más específicamente, cómo creemos que somos. Es un concepto dinámico, ya que puede variar a lo largo de nuestra vida, estando condicionado, en muchas ocasiones, con nuestro estado de ánimo.

(León et al., 2020, p.19)

Como bien especifican Salaberria et al. (2007), una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal; personas cuya apariencia física se aleja de los cánones de belleza establecidos por la sociedad pueden sentirse bien con su imagen corporal y, de manera contraria, personas valoradas socialmente como bellas pueden no sentirse a gusto con su imagen. De hecho, cómo nos sentimos respecto a nuestro propio cuerpo influye sobre nuestra autoestima y estado de ánimo (León et al., 2020). Pero cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y generan un gran malestar que dificulta la vida cotidiana del sujeto, probablemente nos encontremos ante un trastorno de la imagen corporal (Salaberria et al., 2007). Marco et al. (2014) y Kirszman (2020) coinciden en que las alteraciones de la imagen corporal son una de las particularidades clínicas más significativas en los TCA y constituyen creencias muy arraigadas que contribuyen a la cronicidad del trastorno.

Según Raich et al. (1997), el trastorno de la imagen corporal se desarrolla a partir de tres tipos de alteraciones: la subjetiva, la perceptiva y la conductual. La alteración subjetiva se compone de la dimensión cognitiva y la dimensión afectiva, las cuales se relacionan con la insatisfacción y los sentimientos negativos hacia el cuerpo. A su vez, las alteraciones perceptivas conducen a la distorsión propia de la imagen corporal debido a la inexactitud con la que se percibe el tamaño y la forma del cuerpo. Se puede tratar de una sobrestimación del tamaño corporal cuando se percibe un tamaño mayor al real, o de una subestimación cuando se percibe de manera inferior a la que corresponde. Por último, las alteraciones conductuales se asocian a los comportamientos provocados a partir de la percepción y los sentimientos sobre el cuerpo, como por ejemplo evitar la exposición del cuerpo hacia los demás en determinadas situaciones o evitar eventos sociales para no salirse de la dieta.

Por otro lado, se puede afirmar que los trastornos de la imagen corporal van en aumento debido fundamentalmente a que vivimos en una sociedad donde el estereotipo físico se prioriza por sobre los hábitos saludables (León et al., 2020). Continuando sobre esa línea, Behar (2010) sostiene que las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI se han caracterizado primordialmente por un culto total al cuerpo y al aspecto físico. Actualmente, el ideal estético y hegemónico dominante establece que ser bella es sinónimo de ser delgada, lo cual es, por lo general, biológica y genéticamente difícil de conseguir (Behar, 2010). En consecuencia, se ha demostrado en un estudio realizado en Estados Unidos que, de una muestra de 803 mujeres adultas, un 48% evalúan negativamente su apariencia, un 63% se encuentran insatisfechas con su peso y un 49% se preocupan por el sobrepeso (Cash y Henry, 1995).

A partir de este ideal de belleza propuesto por la sociedad y fomentado por los medios masivos de comunicación, surge en muchas mujeres la necesidad de modificar sus hábitos y conductas alimenticias para alcanzar el cuerpo “perfecto” y, por lo tanto, delgado (Ochoa de Alda, 2009). Resulta preocupante que el discurso socialmente establecido defina que ser bella es sinónimo de ser delgada por el daño que puede generar en aquellas personas que están dispuestas a poner en riesgo su salud para alcanzar este estereotipo. De hecho, la dieta restrictiva es la práctica más frecuente para reducir el peso corporal y el método escogido por la mayoría de las mujeres (Vázquez et al., 2002; Bojórquez et al., 2008). En un estudio realizado en una población española de 12 a 18 años, las dietas restrictivas han sido identificadas entre las principales causas para desarrollar un TCA lo que resulta ser un indicador predictivo y alarmante (Rojo et al., 2003). Por este motivo, intervenir directamente sobre la imagen corporal y sus alteraciones puede resultar altamente beneficioso para el tratamiento de TCA (Marco et al., 2014). A continuación, se abordarán en profundidad algunos de los trastornos más frecuentes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno no especificado.

## **2.2 Anorexia nerviosa**

La Anorexia fue identificada por primera vez como un problema médico por Richard Morton hacia finales del siglo XVII (López y Treasure, 2011). Luego, en el siglo XIX, se publicaron las primeras descripciones clínicas de casos de anorexia nerviosa por parte de Sir William Gull en Londres y Charles Lasègue en París, cuyo tratamiento consistía principalmente en tratar la restricción alimentaria y hacer comer a la persona enferma en contra de su voluntad (Rutzstein, 2009). Se trata de un trastorno psiquiátrico complejo que, de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013), consiste en una restricción en la ingesta de alimentos, lo que conduce a un

peso corporal significativamente bajo de acuerdo a la edad, sexo y talla de la persona. Se caracteriza fundamentalmente por un gran temor a ganar peso y escasa conciencia de la enfermedad. También se pueden identificar otros síntomas como: irritabilidad, temor a perder el control, dificultad para identificar emociones, así como sensaciones propioceptivas de hambre, sed, fatiga o sueño, entre otras que pueden estar presentes o no y variarán dependiendo de la persona.

En la anorexia suele ser muy común la presencia de síntomas obsesivos constituidos por pensamientos intrusivos relacionados con la imagen, el peso y la comida, además de las conductas alimentarias restrictivas acompañadas de un exceso de actividad física para evitar ganar peso (Ochoa de Alda, 2009). Tiene una prevalencia menor al 1%, con una alta mortalidad debido a las complicaciones psiquiátricas, metabólicas, cardiovasculares, endocrinas e inmunológicas que se puedan presentar (Errandonea, 2012). Según Raich (2017, citado por García Vicente, 2020) aparece más frecuentemente en adolescentes jóvenes, alrededor de los 15 años.

Como se mencionó anteriormente, los TCA pueden ocasionar graves consecuencias para la salud. En el caso de la anorexia nerviosa, la malnutrición es una de las complicaciones más frecuentes y su severidad se correlaciona con la duración y gravedad de las conductas compensatorias, así como el momento del desarrollo en que se presenta el trastorno (López y Treasure, 2011). Baile y González (2014) añaden las siguientes consecuencias: hipotermia, amenorrea (pérdida periodo menstrual), hipotensión, bradicardia, anemia, insuficiencia renal, debilidad muscular, trastornos en los niveles hormonales, colon irritable, erosión del esmalte dental, sequedad piel, pérdida cabello y lanugo, entre otras. La gravedad de la sintomatología y sus efectos convierten a la AN en una de las principales causas de incapacidad entre las mujeres jóvenes (Flament et al., 2001). Generalmente, algunos de estos efectos suelen desaparecer con la remisión del trastorno y el organismo tiende a recuperar su estado normal, aunque también en algunos casos las consecuencias pueden ser irreversibles.

Actualmente el DSM-5 (APA, 2013) identifica dos subtipos de AN de acuerdo con su presentación clínica. Por un lado, se encuentra el subtipo restrictivo el cual se caracteriza por la restricción alimentaria (dietas, ayuno) y/o ejercicio excesivo como formas de controlar o disminuir de peso, no recurriendo a atracones ni purgas en los últimos tres meses. Por el otro, existe el subtipo compulsivo/purgativo en el cual la persona ha tenido episodios recurrentes en los últimos tres meses de atracones o purgas (es decir, vómito

autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas) para controlar o bajar de peso.

La anorexia nerviosa está estrechamente ligada a la bulimia nerviosa ya que muchas veces se da una transición de la anorexia restrictiva a la anorexia purgativa, y de esta última a la bulimia nerviosa en un intento por controlar el peso sin someterse necesariamente a dietas estrictas (Ochoa de Alda, 2009). En estos casos la provocación del vómito sería la conducta compensatoria que le permitiría a la persona comer sin engordar. Si bien el desorden alimentario se inicia generalmente con una dieta restrictiva, en el 50% de los casos se suelen presentar atracones y conductas purgativas (Errandonea, 2012). Según Fairburn et al. (2008) aproximadamente el 50% de los pacientes con anorexia nerviosa desarrollan síntomas bulímicos y un pequeño porcentaje de pacientes con bulimia nerviosa desarrollan posteriormente síntomas anoréxicos. “En cuanto a su pronóstico, aproximadamente la mitad de los pacientes se recuperan, un 25% de los casos pasan a la cronicidad y otro 25% tiene síntomas residuales que no corresponden a una mejoría total” (Errandonea, 2012, p.166).

### **2.3 Bulimia Nerviosa**

Si bien existen antecedentes históricos de la bulimia como síntoma desde la Antigüedad, recién fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria a fines del siglo XX luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russell en el Reino Unido, seguido por su inclusión como entidad clínica en el DSM (Rutzstein, 2009). Según el DSM-5 (APA, 2013) la bulimia se caracteriza fundamentalmente por episodios de atracones recurrentes seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso, como por ejemplo el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos episodios deberían producirse al menos una vez a la semana durante tres meses aproximadamente para que se diagnostique específicamente este trastorno (APA, 2013).

La prevalencia de la bulimia se ubica entre el 1% y 2% en mujeres jóvenes (López y Treasure, 2011). Según Raich (2017, citado por García Vicente, 2020) su edad de aparición oscila los 17 años aproximadamente. La presentación tardía de la BN en comparación a la AN se debe principalmente a que la bulimia pasa más desapercibida ya que el cambio de peso no es tan significativo como en la anorexia, y los comportamientos se realizan de forma disimulada (García Vicente, 2020). Se podría decir que en la anorexia el control se realiza por medio de la restricción calórica y el ejercicio excesivo, mientras que en la bulimia se controla y/o se compensa a través de la provocación del vómito (Grupo ALBOR-COHS,

2012). En la BN el peso suele quedar compensado entre los episodios de sobreingesta y los periodos restrictivos, mientras que en la AN alcanzan un bajo peso significativo a partir de la restricción de la ingesta (Ekstrand y Villanueva, 2011). Además, quienes sufren de bulimia generalmente se encuentran muy avergonzados por perder el control sobre su ingesta e intentan ocultar el trastorno, lo que dificulta que acepten recibir ayuda de su entorno o de un profesional.

Tal como lo plantea Rutzstein (2009), los pacientes con bulimia nerviosa tienden a mantener una dieta altamente restrictiva difícil de mantener, por lo que ante la menor transgresión consideran que rompieron su régimen y comen compulsivamente, lo que deriva en un atracón. Cuando las personas rompen su dieta con episodios de atracones lo perciben como un fracaso y como una pérdida de control total sobre su cuerpo (Ekstrand y Villanueva, 2011). Esto genera además sentimientos de extrema desvalorización y frustración consigo mismos. Las conductas purgativas y de compensación surgen entonces como intentos para compensar los efectos de los atracones y tapar la culpa que generan. Tanto es así que, al calmar el malestar emocional y generar mayor tranquilidad en la persona, estas conductas se convierten en un refuerzo positivo aumentando la probabilidad de que se repitan en el futuro, e incluso de que se cronifique el trastorno (García Vicente, 2020; Solís, 2002). De esta manera, podría decirse que se construye un círculo vicioso entre el hacer dieta y los atracones, ya que la restricción dietética genera eventualmente episodios de sobreingesta que ocasionan una gran insatisfacción, la cual es compensada nuevamente con conductas restrictivas para controlar el peso (Ekstrand y Villanueva, 2011).

De acuerdo con Baile y González (2014) la bulimia puede provocar además graves consecuencias físicas como pueden ser: dilatación gástrica, dolor de estómago, dilatación de las glándulas salivares, erosión esmalte dental, heridas en los nudillos, retención líquidos, estreñimiento, problemas menstruales, envejecimiento prematuro, trastornos metabólicos y úlceras en la boca, entre otros. En cuanto a la evolución de la enfermedad, se estima que en pacientes con diagnóstico y tratamiento se presenta una mejoría en más del 70% de los casos (Errandonea, 2012).

## **2.4 Trastorno por Atracón**

El término atracón fue empleado por primera vez por Stunkard para describir el comportamiento alimentario de algunos pacientes obesos en 1959 (Nebot, 2017). Se trata de una entidad nueva en el DSM-5 que se caracteriza fundamentalmente por episodios de ingesta compulsiva de una cantidad de alimentos superior a la requerida en períodos relativamente cortos (inferior a dos horas), acompañados de una sensación de pérdida de

control sobre lo que se ingiere (APA, 2013). Generalmente, se come mucho más rápidamente de lo normal, de hecho, se come hasta sentirse desagradablemente lleno y/o se come cuando no se siente hambre físicamente. Además, la persona suele sentirse posteriormente disgustada, deprimida y/o avergonzada por los episodios. A diferencia de quienes padecen bulimia, las personas con trastorno por atracón no presentan conductas compensatorias inapropiadas luego de los episodios de sobreingesta (APA, 2013).

Los atracones pueden presentarse en varios trastornos de alimentación (bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastornos atípicos, etc.) aunque hoy en día constituyen un trastorno en sí mismo cuando los episodios se producen en promedio al menos una vez en la semana durante tres meses consecutivos (APA, 2013). La prevalencia del trastorno es de 2% a 5% en la población general y es más común en las mujeres (Errandonea, 2012). Según Nebot (2017) la edad media de aparición está situada en los 25 años para las mujeres y los 21 años para los hombres.

## **2.5 Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado**

En esta categoría se contemplan todas aquellas presentaciones donde los síntomas son descritos en uno o varios trastornos alimenticios pero que no necesariamente cumplen con todos los criterios diagnósticos de las categorías dispuestas por el DSM-5 (APA, 2013). Es decir, la persona presenta síntomas en relación con la ingesta de alimentos y la sobrevaloración de la imagen y el peso que afectan significativamente su salud, pero el cuadro clínico no se ajusta necesariamente a uno de los diagnósticos establecidos por el manual. Según Nebot (2017) estos cuadros, que se presentan de manera incompleta, pueden tratarse de una etapa inicial o de una mejoría en el paciente que padece TCA, pero en ninguno de los casos se debe desestimar su gravedad.

Según Behar (2010) aproximadamente un tercio de los pacientes que buscan tratamiento especializado no cumplen todos los criterios diagnósticos, ya sea para anorexia nerviosa o para bulimia nerviosa. De acuerdo a la autora estos trastornos ameritan un tratamiento similar a los de los cuadros específicos y no deben ser considerados como afecciones triviales ya que su sintomatología puede resultar tan nociva como los demás TCA. Generalmente estas presentaciones tardan en ser diagnosticadas ya que los síntomas y sus consecuencias pueden no ser tan visibles como en el caso de los demás trastornos. De todos modos, resulta fundamental trabajar sobre su prevención y atención inmediata desde un equipo interdisciplinario para que la persona pueda tener una vida plena y el cuadro no se agrave o cronifique (Behar, 2010).

Algunos autores como Andersen et al. (2001, citado por Behar, 2010) consideran que la gran cantidad de casos atípicos relacionados a la conducta alimentaria dan cuenta de la rigidez y de las limitaciones de los actuales criterios diagnósticos para la anorexia y bulimia. Por este motivo, se podrían definir nuevas jerarquías para estos trastornos que actualmente se catalogan por exclusión en los no especificados, o trabajar directamente sobre la sintomatología que todos ellos comparten sin encasillarlos necesariamente en una única categoría. De hecho, ante la migración cada vez más frecuente entre diagnósticos de TCA surge el enfoque transdiagnóstico como una alternativa novedosa que permitirá trabajar sobre su núcleo psicopatológico de una manera más integral y flexible.

### **3. Terapia Cognitivo Conductual para TCA**

Actualmente existen varios modelos psicológicos que explican el origen de los TCA. Sin embargo, la TCC, además de haber demostrado gran eficacia para una amplia variedad de trastornos, otorga los fundamentos y la base teórica sobre la cual se desarrolla luego el modelo transdiagnóstico. La historia y evolución de las TCC puede resumirse en el desarrollo de tres generaciones (O'Donohue, 1998, citado por Ruiz et al., 2012).

La primera generación comienza en la década de los cincuenta con la Terapia de la Conducta (TC), la cual propone que toda conducta es aprendida y que por lo tanto puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (Ruiz et al., 2012). Esta generación se caracterizó por la aplicación de los principios del aprendizaje a la clínica. Los principales representantes son Joseph Wolpe en Sudáfrica, Hans Eysenck en Inglaterra y Frederic Skinner en Estados Unidos.

Entre 1960 y 1970, surge la segunda generación constituida por las teorías cognitivas y sociales que toman los avances propuestos por la teoría del aprendizaje e intentan superar sus limitaciones para explicar el comportamiento humano (Ruiz et al., 2012). En este periodo encontramos por un lado el aporte del aprendizaje social desarrollado por Bandura, y por el otro, el nacimiento de las terapias cognitivas. Estas últimas se basan en el supuesto de que las cogniciones son el elemento determinante de la conducta (Ruiz et al., 2012). Las cogniciones pueden ser entendidas como las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes y las atribuciones de sentido o significado (Camacho, 2003). Uno de sus representantes es Albert Ellis, creador de la terapia racional-emotiva-conductual y del modelo A-B-C (Keegan y Holas, 2010). Otro de sus principales precursores es Aaron Beck quien explica el origen de las perturbaciones psicológicas a partir de la distorsión del

pensamiento, lo que influye a su vez en el estado de ánimo y en la conducta de las personas (Beck, 2000). De esta manera Beck (1964), desarrolló la terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión, enfocado principalmente en modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales que originan y mantienen dicho trastorno.

Por último, se encuentran las terapias de la tercera generación que son aquellas comprendidas desde los años noventa hasta la actualidad. Las mismas emergen como respuesta a algunos cuestionamientos sobre la terapia cognitiva tradicional y se alimentan además de algunos principios de la tradición budista y el poder de la atención plena conocido como mindfulness (Keegan y Holas, 2010). De hecho, en los últimos años han surgido diversas terapias inspiradas en el programa de reducción de estrés basado en la atención plena de Jon Kabat-Zinn (Keegan y Holas, 2010).

La TCC se puede definir entonces como un tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que originan o mantienen un malestar asociado, en muchas ocasiones, a un trastorno mental (Fullana et al., 2012). “La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular” (Camacho, 2003, p.1). Mediante este modelo el terapeuta buscará producir un cambio en las cogniciones y creencias del paciente para conseguir, en consecuencia, una transformación en sus emociones y comportamientos que se pueda mantener a largo plazo (Beck, 2000). En comparación con otros modelos de tratamiento psicológico, la TCC se caracteriza fundamentalmente por ser más directiva, por orientarse a objetivos, por enfocarse en la modificación de las cogniciones y conductas, y por la repetición de las habilidades aprendidas (Fullana et al., 2012).

En una revisión sistemática realizada por Fullana et al. (2012), la TCC ha demostrado ser igual o más eficaz que otras modalidades de tratamiento (psicológico o psicofarmacológico) para la mayoría de trastornos mentales no psicóticos, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Según Wilson (2005, citado por Ekstrand y Villanueva, 2011), los estudios realizados sobre tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos alimentarios han demostrado que la terapia cognitivo conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico. Según Lock (2005, citado por Amores, 2018), la TCC aplicada a los TCA permite trabajar sobre los pensamientos distorsionados relacionados al peso, la figura y la alimentación, mediante la reestructuración cognitiva, la normalización de la conducta alimentaria, y la exposición de los pacientes a miedos irracionales. De todas maneras, no se recomienda para los casos donde se presenta depresión severa con riesgo de suicidio, trastornos psicóticos y/o abuso de sustancias (Rutzstein, 2009). Además el tratamiento se

encuentra diseñado para desarrollarse de manera ambulatoria, donde la internación se sugiere como último recurso y por un período corto para casos excepcionales (depresión severa, riesgo suicida, estado de salud preocupante, severo desequilibrio electrolítico o en el caso de mujeres que se encuentren cursando el primer trimestre de embarazo).

En 1985 Fairburn adaptó el modelo cognitivo propuesto por Beck (1964) para desarrollar el tratamiento de la bulimia nerviosa, ya que permite abordar el núcleo psicopatológico común a todos los TCA, es decir, las distorsiones cognitivas en relación al peso y a la imagen corporal y las conductas disfuncionales que las mantienen (Rutzstein, 2009). En un metaanálisis realizado posteriormente por Lewandowski et al. (1997) sobre veintisiete estudios (principalmente sobre BN), se demostró la disminución de la preocupación por el peso y la imagen corporal, la reducción sustancial de los comportamientos bulímicos y la mejoría del funcionamiento psicosocial de los pacientes con bulimia nerviosa a partir de la implementación de la TCC. De manera más reciente, Lopez y Jimenez (2022) realizaron un estudio de caso de 5 jóvenes diagnosticados con TCA que recibieron TCC para evaluar el impacto del tratamiento en su calidad de vida (CVRS). El testimonio de los jóvenes da cuenta de los beneficios de la TCC sobre las diversas dificultades ocasionadas por el TCA y de una amplia mejoría en distintos ámbitos de su vida como el académico, social y familiar. Destacan a su vez un gran cambio en su relación con la comida y en la percepción que tienen de sí mismos, lo que también impactó positivamente en su autoestima (Lopez y Jimenez, 2022). Es un estudio de carácter cualitativo que resulta muy interesante ya que, mediante el discurso de estos jóvenes, no solo se evidencia la eficacia de la TCC sobre la disminución de los síntomas relacionados al trastorno, sino que se demuestra también el incremento y desarrollo de otro tipo de habilidades de la vida como las personales y las sociales.

#### **4. Enfoque Transdiagnóstico**

El diseño de tratamientos específicos para cada trastorno se basa en el actual sistema de diagnóstico categorial que define determinadas características sintomatológicas, únicas y distinguibles, para cada diagnóstico en particular (Belloch, 2012). Según Belloch (2012) la distribución del cuerpo humano en órganos y aparatos específicamente delimitados, cada uno con sus funciones definidas, le ha brindado a la Medicina un conjunto de avances espectaculares de los cuales la psiquiatría carecía a mediados de los 80. Este autor plantea que, a partir de la presión por establecer un diagnóstico preciso e inequívoco que fuera aceptado por la comunidad médica, es que la psiquiatría se propuso mejorar el criterio para

el diagnóstico de los trastornos mentales. Para ello, se optó por desarrollar un enfoque que permitiera identificar y clasificar diversas enfermedades a partir de su sintomatología, la cual era vista como algo único y particular de cada trastorno. De esta manera es que surgió, en 1980, la tercera edición del DSM con el objetivo de proveer a la psiquiatría de un estatus científico que la coloque a la altura de otras especialidades médicas (Lema, 2016). Según Millon (1996, citado por del Barrio, 2009) algunos de los principales objetivos de esta edición eran: expandir el uso del DSM a todos los profesionales, lograr diferenciar los niveles de severidad de los trastornos y establecer criterios diagnósticos con bases empíricas.

No obstante, algunos autores como Gonzalez et al. (2018) consideran que el sistema categorial basado en el supuesto de que existen diferencias sustantivas entre los diversos trastornos mentales ha significado un avance, pero también un gran desafío para la psicopatología. Según Sandín et al. (2012), el enfoque categorial resulta apropiado cuando todos los trastornos de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen unos límites claros entre las clases, y cuando las diferentes clases son excluyentes entre sí. Sin embargo, en la clínica, los trastornos mentales han demostrado comportarse de manera diferente. Además, resulta muy contradictorio tener que cambiar de tratamiento por el simple hecho de que, por ejemplo, el paciente durante el proceso cumpla determinada edad (supuestamente no apta para determinado tratamiento) si tenemos en cuenta la importancia de mantener una buena alianza terapéutica (Gómez del Barrio, 2018). Gonzalez et al. (2018) identifican y desarrollan tres grandes problemas interrelacionados que dan lugar al enfoque transdiagnóstico: el agotamiento del diagnóstico categorial, la elevada comorbilidad psicopatológica y el riesgo de medicalización de la vida de las personas. A continuación, desarrollaré brevemente cada uno de ellos basándome en dicho autor.

#### **4.1 Insatisfacción con el diagnóstico psiquiátrico categorial**

Los trastornos psicopatológicos no se pueden identificar mediante indicadores biológicos como otras enfermedades, sino que se requiere de un diagnóstico clínico basado en síntomas (Gonzalez et al., 2018). Ante esta ausencia de pruebas o marcadores, las clasificaciones son el principal recurso para el diagnóstico y para la intervención clínica. Sin embargo, la falta de validez de las taxonomías de los sistemas categoriales es una de las principales fuentes de insatisfacción. En primer lugar, no permiten identificar inequívocamente la presencia o ausencia del trastorno, ni si se trata de un determinado trastorno y no de otro diferente. A su vez, no logran definir y describir con precisión el fenómeno psicopatológico al que se refieren, como tampoco son capaces de predecir cuál

será la evolución clínica del trastorno y la respuesta a su tratamiento. A causa de la falta de validez y escasa fiabilidad de los diagnósticos es que, desde algunas posturas radicales, se sugiere la abolición de los sistemas de diagnóstico psiquiátrico (Timimi, 2014; Insel, 2013).

#### **4.2 Riesgo de medicalizar los problemas de la vida**

Según Gonzalez et al. (2018) a medida que crece el número de diagnósticos aumenta la probabilidad de que cualquier sujeto tomado al azar presente condiciones necesarias para ser categorizado dentro de uno o varios de ellos, lo que provoca una inflación de la población psiquiátrica. De acuerdo con Narrow et al. (2002) diversos estudios epidemiológicos realizados a gran escala han demostrado tasas desmesuradas de trastornos sugiriendo la existencia de muchos “falsos positivos”. Además, la inflación de diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ha corrido paralela a los diagnósticos del DSM, ya que el DSM pasó de 106 a 300 diagnósticos, y el NANDA de 50 diagnósticos en 1982 a 235 en 2015 (Gonzalez et al., 2018). Por lo tanto, cada vez hay más chances de que problemas de la vida cotidiana y de la existencia de las personas sean identificados como un trastorno o problema psiquiátrico. Ante esta sobreinclusión de criterios diagnósticos surge el desafío de aumentar las exigencias de los criterios “clínicos” para el diagnóstico, así como poder distinguir entre trastorno o malestar y, también, entre trastorno y necesidad de tratamiento (Cova y Rincón, 2010). Dichas consideraciones fueron contempladas posteriormente en la elaboración del DSM-5 (APA, 2013).

#### **4.3 Elevada comorbilidad**

Una de las principales limitaciones del actual sistema de diagnóstico categorial son las altas tasas de comorbilidad entre los distintos trastornos (Belloch, 2012). Según Sandín et al. (2012) la elevada comorbilidad se debe fundamentalmente a cuatro razones:

- Se asignan inapropiadamente varios trastornos cuando en realidad los síntomas reflejan la evolución de un único trastorno.
- Algunos trastornos están asignados a una categoría diagnóstica incorrecta.
- Existen síntomas comunes a varios trastornos.
- Un trastorno puede ser la complicación de un trastorno previo.

Clark et al. (1995, citado por Sandín et al., 2012) manifiestan que el 59% de personas con depresión mayor, el 77% de los usuarios con diagnóstico de anorexia nerviosa, el 80% de los pacientes con adicción a las drogas y el 76% de los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo, presentan al menos otro síndrome clínico comórbido como diagnóstico secundario. En cuanto a los TCA, en un estudio de prevalencia realizado por Herzog et al.

(1992) se halló que el 73% de los pacientes con AN restrictiva, el 82% de los pacientes con AN purgativa y un 60% de pacientes con BN poseen también otro diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos afectivos son los más comunes en personas con TCA, principalmente la depresión mayor que se manifiesta en el 40% de los pacientes (Braun et al., 1994). Sumado a ello, Kirszman (2020) plantea que los TCA presentan también una elevada comorbilidad hacia problemas físicos, como la diabetes, la obesidad y enfermedades de la tiroides, que influyen en la complejidad y evolución del trastorno.

De esta manera, los datos demuestran que la comorbilidad entre trastornos es más la norma que la excepción (Treasure et al., 2010, citado por Gómez del Barrio, 2018). Además, Sandín et al. (2012) nos invitan a preguntarnos si la elevada comorbilidad se debe realmente a la presencia de dos o más trastornos, o si bien se trata de un mismo trastorno que evoluciona y es etiquetado de diferentes maneras de acuerdo con las variaciones de su sintomatología. Tanto es así que el solapamiento de síntomas ha llevado a sugerir la existencia de dimensiones o núcleos psicopatológicos comunes entre los diferentes trastornos (Belloch, 2012). Diversas investigaciones respaldan esta teoría, demostrando la existencia de factores comunes presentes en variedad de trastornos: la regulación de las emociones, el perfeccionismo, la sensibilidad a la ansiedad, rumiación, la ira, la intolerancia a la incertidumbre y las intrusiones mentales (Belloch, 2012). La solución a estos problemas derivados de la realidad clínica es la capacidad de combinar técnicas y estrategias terapéuticas dentro de protocolos que permitan abordar múltiples trastornos independientemente de su diagnóstico específico, contemplando su evolución y la posible comorbilidad entre ellos (Gómez del Barrio, 2018). Planteándolo de esta manera, se propone al enfoque transdiagnóstico como un modelo que, de acuerdo a sus principios, se ajusta a esta necesidad en el campo de la salud mental.

#### **4.4 Antecedentes**

El término transdiagnóstico fue utilizado por primera vez por Fairburn et al. (2003) en el ámbito de los trastornos alimenticios, emergiendo como un enfoque científico prometedor en el ámbito de la psicología clínica (Sandín et al., 2012).

Desde el punto de vista psicopatológico, el transdiagnóstico consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales o de grupos consistentes de trastornos mentales.

(Sandín et al., 2012, p.187)

Según autores como Mansell et. al (2009) y Clark (2009) el tratamiento transdiagnóstico ha sido caracterizado fundamentalmente por:

- Focalizarse en los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos compartidos entre diferentes trastornos.
- La ausencia de evaluación diagnóstica.
- La adopción de un enfoque científico que sea convergente e integrativo.

Gómez del Barrio (2018) añade que un tratamiento transdiagnóstico debería cumplir también con ciertos requisitos como:

- Poder realizar una formulación del caso que contemple tanto los factores desencadenantes del trastorno como los mantenedores del mismo, así como los factores específicos e inespecíficos.
- Dar lugar a su revisión en conjunto con el paciente y sus cuidadores.
- Incorporar estrategias para abordar la comorbilidad psiquiátrica así como los síntomas transdiagnósticos y específicos del trastorno.
- Implementar estrategias para que el paciente pueda desarrollar una mayor conciencia de enfermedad y motivación al cambio, favoreciendo la adherencia al tratamiento.
- Permitir la integración y colaboración de los familiares o cuidadores durante el tratamiento (siempre que se considere necesario y previamente consultado con el paciente).
- Que pueda ser protocolizado, medido y de duración estandarizada.
- Que permita combinar intervenciones individuales con grupales y/o familiares, y que pueda llevarse a cabo por un equipo de varios terapeutas y/o profesionales de la salud.

Precusores del transdiagnóstico psicopatológico, tales como Albert Ellis, Aaron Beck o Joseph Wolpe, lo han sido también para la TCC transdiagnóstica. Si bien estos autores se apoyaban en la terapia específica y en el criterio unidiagnóstico de los trastornos, también se basaban en procesos transdiagnósticos como los errores del pensamiento, los sesgos interpretativos o el condicionamiento (Sandín et al., 2012). De hecho, existen conocidas intervenciones o técnicas terapéuticas que han demostrado ser muy eficaces para gran variedad de trastornos, tales como el consumo de psicofármacos, técnicas de relajación, e incluso el ejercicio físico (Sandín et al., 2012).

Lo novedoso de este enfoque es que formaliza una nueva manera de comprender y abordar los trastornos psicológicos. Considerar la existencia de procesos comunes en diferentes

trastornos para comprender el malestar mental y su efecto en la vida de las personas requiere de una nueva visión más integradora y holística de la salud mental (Gonzalez et al., 2018; Mansell et al., 2009). El modelo transdiagnóstico propone de esta manera una perspectiva más convergente y unificada de las intervenciones, avanzando hacia una práctica clínica más satisfactoria y menos estigmatizante (Gonzalez et al., 2018). Cabe aclarar además que este modelo apunta principalmente a una integración entre enfoques más que a un rechazo hacia la clasificación categorial (Sandín et al., 2012).

Gonzalez et al. (2018) plantean que el enfoque transdiagnóstico promueve una forma complementaria de comprender las dificultades de los usuarios y proporciona ayuda desde una visión más integrada de los cuidados, ya que el foco radica en la experiencia subjetiva del paciente y no en el diagnóstico psiquiátrico al que generalmente se reduce su experiencia. En lugar de centrarse únicamente en los síntomas y su evolución, se enfoca en el significado y en las consecuencias que implican en la vida personal del sujeto y su entorno. Al disponer de estrategias y técnicas eficaces que aborden las diferentes dimensiones de los síntomas se pueden diseñar tratamientos individualizados para cada paciente adaptados a su malestar particular. A su vez, dada la existencia de núcleos psicopatológicos comunes a diversos trastornos, es que se pueden diseñar también tratamientos en formato grupal para un amplio espectro de trastornos (Belloch, 2012).

Algunos autores se atreven a afirmar que este enfoque contribuye a reducir tanto el riesgo de recaídas como de abandono en comparación a otros modelos de tratamiento basados en el abordaje unitrastro (Gonzalez et al., 2018; Belloch, 2012). Por un lado, previene recaídas porque el diseño del tratamiento permite abarcar una gran cantidad de problemáticas y sus interrelaciones, por lo que el impacto de la intervención suele ser mayor y mantenido a largo plazo (Belloch, 2012). Y por el otro, fomenta la adherencia al tratamiento ya que, al tratarse generalmente de una modalidad grupal, el paciente se siente menos amenazado o vigilado como en una relación diádica terapeuta-paciente, ya que el grupo terapéutico amortigua de cierta forma esas amenazas. Esto resulta realmente beneficioso para el abordaje de los TCA, ya que los primeros seis meses después de la remisión del trastorno suelen ser un periodo riesgoso para la recaída (Olmsted et al., 2015).

Una estrategia transdiagnóstica que aborde las dificultades y necesidades comunes de diferentes trastornos daría lugar a la unificación y simplificación de los procesos e intervenciones en salud mental. Al abordar simultáneamente necesidades comunes, las intervenciones serían más eficaces debido a la optimización de recursos y al trabajo interdisciplinario, especialmente en contextos donde la demanda y la presión asistencial

suelen ser muy elevadas y escasean los recursos sanitarios de calidad (Gonzalez et al., 2018; Belloch, 2012).

## **5. Tratamiento Transdiagnóstico para los TCA**

Como se mencionó anteriormente, el primer tratamiento cognitivo conductual protocolizado y específico para los TCA que comenzó a presentar resultados positivos fue el propuesto por Fairburn (1985) para la bulimia nerviosa. Dicho modelo plantea que intervenir solamente sobre los atracones o las conductas purgativas resultaría temporalmente eficaz ya que los factores que mantienen estas prácticas aún continuarían actuando. En cambio, si el tratamiento se dirige al núcleo psicopatológico del trastorno abordando tanto las conductas, como los pensamientos y las emociones, los resultados se podrán mantener a largo plazo disminuyendo el riesgo de recaída. Por este motivo, se considera como una forma de terapia cognitiva conductual ya que se centra en los procesos que mantienen la psicopatología y utiliza estrategias que permiten lograr cambios tanto en las cogniciones como en la conducta del sujeto (Fairburn et al., 2003).

El tratamiento propuesto por Fairburn (1985) para la bulimia nerviosa tenía como principales objetivos: reducir los atracones y las conductas compensatorias, modificar la tendencia a hacer dietas extremas, y cambiar las actitudes hacia el peso y la figura. Su foco radica en abordar la idea sobrevalorada sobre la figura y el control sobre el peso. El tratamiento implicaba unas 15-20 sesiones, distribuidas en tres etapas con aproximadamente cinco meses de duración. Sin embargo, el tratamiento no fue lo suficientemente efectivo ya que solo la mitad de las pacientes presentaron una respuesta completa y duradera (Fairburn et al., 2003). La eficacia limitada de la TCC para la BN en su versión original ha llevado a Murphy et al. (2010) a reformular su modelo a partir de un abordaje teórico que les permitiera tratar los mecanismos mantenedores de todos los TCA y no exclusivamente de la BN (Lema, 2016).

Fue así que estos autores plantearon la existencia de determinados procesos psicopatológicos comunes presentes en todos los TCA, formulando la primer Teoría Transdiagnóstica formal en la psicología clínica (Fairburn et al., 2003). Concretamente, propusieron que, en ciertos pacientes con TCA, se desarrollaban los mismos mecanismos psicopatológicos independientemente del diagnóstico específico, estos son: la sobrevaloración de la figura y el peso, y las conductas restrictivas o compensatorias. Estos mecanismos interaccionan a su vez con alguno o algunos de los cuatro procesos

mantenedores del trastorno: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales (Sandín et al., 2012). A continuación se detallaran en profundidad cada uno de estos cuatro procesos.

### **5.1 Perfeccionismo Clínico**

De acuerdo con Belloch (2012) el perfeccionismo es uno de los mecanismos que más interés ha despertado dada su significativa presencia en trastornos tan diferentes como: los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de la personalidad, algunos trastornos del desarrollo, los obsesivo-compulsivos, los de ansiedad y algunas formas depresivas. Hollander (1978, citado por Laporta-Herrero et al., 2020) fue el primer autor en definir al perfeccionismo como el ejercicio de exigirse a uno mismo o a los demás un mayor y mejor rendimiento del que realmente se requiere por la situación y sus circunstancias. Las personas con esta característica valoran excesivamente el cumplimiento de estándares personales muy exigentes, lo que los lleva a realizar esfuerzos desmesurados por lograrlos y a ignorar sus consecuencias (Lema, 2016). De todas maneras, el perfeccionismo no siempre tiene que ser desadaptativo. Según Laporta-Herrero et al. (2020) las personas con un perfeccionismo normal o positivo luchan por metas reales motivadas por el refuerzo adaptativo, lo que les produce un sentimiento de satisfacción. Por otro lado, las personas con un perfeccionismo neurótico o negativo luchan por metas irreales acompañadas por una gran incapacidad de tolerar el fracaso e insatisfacción.

Trasladado a la esfera de los TCA, las personas con esta característica aplican estándares extremadamente exigentes en relación a su alimentación, su peso y su forma, otorgándoles una sobrevaloración significativa en detrimento de otros aspectos y dimensiones de la vida (Fairburn et al., 2003). Como se mencionó anteriormente, existe un intenso temor al fracaso (como romper la dieta o engordar), sesgos atencionales (como contar calorías) y una elevada autocrítica derivada de sesgos cognitivos negativos (Ekstrand y Villanueva, 2011). Según Sassaroli y Ruggiero (2005) esta distorsión cognitiva hace que cualquier error, por más pequeño que sea, se interprete como un fracaso total, generando una gran insatisfacción que también impacta negativamente en la autoestima de la persona. El perfeccionismo se considera como un factor de riesgo y mantenimiento de los TCA porque intensifica y perpetúa las conductas claves del trastorno como la dieta estricta, el ejercicio físico excesivo, el control sobre el peso, entre otras (Murphy et al., 2010). Hewitt y Flett (1991) plantean la existencia de tres dimensiones que hacen al perfeccionismo: el perfeccionismo auto-orientado, caracterizado por la elevada autoexigencia impuesta a sí mismo; el perfeccionismo orientado a otros, basado en la imposición de exigencias y

estándares elevados a los demás; y el perfeccionismo prescrito socialmente, fundado en la creencia de que los demás esperan una ejecución perfecta de uno mismo.

En un estudio realizado por Maia et al. (2009) se comparó el nivel de perfeccionismo presente en pacientes con TCA y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) con grupos control psiquiátricos (con depresión o ansiedad) y no clínicos. Los sujetos fueron evaluados mediante la versión portuguesa de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo y los resultados arrojaron que los pacientes con TCA presentaban puntuaciones más elevadas en las tres dimensiones de perfeccionismo (auto-orientado, orientado a otros y prescrito socialmente), en comparación con los grupos control no clínicos. Además, el perfeccionismo prescrito socialmente era significativamente más elevado en los pacientes con TCA que en los grupos control psiquiátrico. Siguiendo esta línea, una investigación realizada por Joyce et al. (2012) confirmó el papel mediador entre la sobrevaloración del peso y la figura con el perfeccionismo auto-orientado y la psicopatología alimentaria en una muestra de 202 mujeres. Los resultados demostraron que las mujeres que se esfuerzan por conseguir objetivos muy exigentes en otras áreas de su vida aplican este mismo patrón a la esfera estética y su felicidad depende de alcanzar dichos objetivos.

Según Fairburn et al. (2003) el perfeccionismo auto-orientado se asocia además con la baja autoestima, en la medida en que supone un esquema disfuncional de autoevaluación ya que, cuando la persona perfeccionista no alcanza los estándares auto-impuestos en los que basa gran parte de su valía personal, se ve perjudicada su autoestima. En un estudio realizado por Teixeira et al. (2016) se ha encontrado que el perfeccionismo auto-orientado media parcialmente la relación entre la baja autoestima y la sintomatología alimentaria en los TCA.

## **5.2 Baja autoestima**

Según Aramburu y Guerra (2001) la autoestima es la representación de una realidad multidimensional donde determinadas dimensiones pueden adquirir mayor o menor valor para la persona. A su vez, estos autores plantean que la autoestima se basa parcialmente en sentimientos de autoeficacia, por lo que se relaciona significativamente con el logro de objetivos y con la forma de reaccionar a las dificultades o “fracasos” (Aramburu y Guerra, 2001). De acuerdo con Ekstrand y Villanueva (2011) las personas con baja autoestima suelen tener una visión negativa generalizada de sí mismas como parte de su identidad, la cual es independiente de su desempeño real. Algunos autores como Toro y Rosen Ramírez (1996, 1998, citados por Moreno y Ortiz, 2009) afirman que la baja autoestima es uno de los

síntomas característicos de las personas diagnosticadas con TCA, manifestándose como falta de seguridad, de respeto y de aprobación consigo mismas.

Como se describió anteriormente, varios autores coinciden en que la insatisfacción de la imagen corporal juega un papel muy importante en los TCA, pero además una negativa imagen corporal suele asociarse a una baja autoestima (Espina et al., 2001). De hecho, la baja autoestima se asienta principalmente sobre las creencias distorsionadas que tiene la persona con relación a su peso e imagen corporal (Moreno y Ortiz, 2009). Según Murphy et al. (2010) el paciente con TCA se esforzará por controlar minuciosamente su peso y alimentación en un intento por conservar su autoestima. Sin embargo, lo que suele suceder es que estos estándares son tan exigentes que al no cumplirse impactan de manera negativa en la autoestima y en la confianza de la persona, generando mayor insatisfacción. Fairburn et al. (2003) plantean que este mecanismo dificulta el cambio y, por lo tanto, el éxito del tratamiento mediante dos vías; en primer lugar, crea sentimientos de desesperanza sobre la propia capacidad de cambio y, a su vez, intensifica la persecución de metas poco realistas y difíciles de alcanzar. De esta manera “el fracaso” se generaliza a todos los dominios de la persona perpetuando la autoimagen negativa de la persona y reforzando la creencia de “ser fracasado/a” (Ekstrand y Villanueva, 2011).

Silverstone y Salsali (2003) realizaron un estudio para determinar la prevalencia y el nivel de autoestima en personas con TCA y otros trastornos psiquiátricos en una muestra de 1190 personas que acudían a un ambulatorio psiquiátrico de acceso abierto. Los grupos se constituían por 957 pacientes psiquiátricos, 182 casos con condiciones no atribuibles a un trastorno mental y 51 sujetos de grupo control. Los autores confirmaron que la baja autoestima, no sólo estaba más presente en pacientes con TCA, sino que obtuvieron la puntuación más baja de todos los grupos estudiados. Además, demostraron que la baja autoestima podría preceder al inicio y contribuir al desarrollo de la sintomatología del trastorno. A su vez, en un estudio realizado por Schmidt (2002), sobre factores de riesgo para desarrollar TCA, se encontró que ya desde edades tempranas la autoestima baja era predictor para la aparición de comportamientos dirigidos a bajar de peso. Otra investigación, realizada por Altamirano et al. (2011), trató de determinar si existía una correlación entre autoestima, insatisfacción corporal e IMC en un continuo de 1982 chicas adolescentes que iban desde la “normalidad” hasta el riesgo de TCA, entendiendo a las conductas alimentarias de riesgo (CAR) como comportamientos similares a los presentes en los TCA pero con menor frecuencia e intensidad. A partir de los resultados obtenidos se concluyó que tanto la insatisfacción corporal como la autoestima contribuían en la varianza de las

CAR, y la interacción entre ambas incrementaba a su vez la influencia del IMC sobre las conductas de riesgo.

Sumado a ello, históricamente se han realizado diversos estudios para analizar la relación entre el perfeccionismo y la baja autoestima en los TCA. Rutzstein et al. (2014), trabajando con una muestra de 3 grupos de mujeres adolescentes (con TCA, con riesgo de TCA y sin TCA ni riesgo de padecerlo), demostraron que las adolescentes con TCA presentaban niveles significativamente más elevados de perfeccionismo y baja autoestima, en comparación a los otros dos grupos. En la misma línea, Teixeira et al. (2016) hallaron que, en una muestra de 575 chicas, el perfeccionismo, la baja autoestima y la insatisfacción corporal mantenían una relación clínicamente significativa con las actitudes y conductas alimentarias anómalas características de los TCA.

### **5.3 Intolerancia a los cambios en el estado de ánimo**

Según Gross (2008) la regulación emocional es el proceso por el cual los individuos implementan estrategias para modificar sus experiencias emocionales y las situaciones que provocan determinados estados afectivos, con el fin de responder a las demandas ambientales. Por un lado, las estrategias que contribuyen con determinada psicopatología y/o resultan perjudiciales para la persona se consideran desadaptativas, y por otro, las estrategias que permiten aceptar y transitar las emociones de manera adecuada y saludable se consideran adaptativas (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010).

La regulación emocional resulta relevante ya que las emociones se encuentran íntimamente ligadas a los TCA (Ochoa de Alda, 2009). Tal como lo plantean Fairburn et al. (2003), algunos pacientes con TCA presentan dificultades para afrontar de forma adecuada ciertos estados emocionales, tanto negativos (por ejemplo, la ansiedad o depresión) como positivos (por ejemplo, la euforia). Ante cambios en su estado de ánimo, estas personas son incapaces de aceptar y regular las emociones adecuadamente, sino que intentan moderarlas con conductas que suelen ser desadaptativas y perjudiciales para su salud como, por ejemplo, los atracones, la provocación del vómito, las autolesiones, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras (Ekstrand y Villanueva, 2011).

En una investigación realizada Hilbert y Tuschen-Caffier (2007, citado por Lema, 2016) donde se estudiaron dos muestras de mujeres con TCA (20 con trastorno por atracón y 20 con bulimia nerviosa) y sanas, se halló que los atracones eran precedidos por un estado de ánimo negativo en ambos trastornos. Además, señalaron que las pacientes no

experimentaron alivio en su estado de ánimo tras los atracones, sino que el malestar se incrementó a partir de ellos. Lo que llevó a concluir, como se mencionó con anterioridad, que los atracones no son una estrategia eficaz para la regulación emocional, sino que incluso generan mayor daño y dificultad para regular las emociones.

Sumado a ello, Lema (2016) considera pertinente contemplar el papel de la alexitimia en la intolerancia emocional y en los TCA. De acuerdo con Taylor et al. (1991) la alexitimia se caracteriza fundamentalmente por el impedimento para identificar y describir las emociones, la dificultad para distinguir entre emociones y sensaciones corporales, el pensamiento concreto, la poca capacidad de introspección y la fantasía interna empobrecida. En un estudio realizado por De Beradis et al. (2007, citado por Lema, 2016) con una muestra de 254 mujeres universitarias, se comprobó que la alexitimia jugaba un papel significativo en el origen y mantenimiento de conductas alimentarias anómalas y que además podría facilitar la aparición de síntomas depresivos y baja autoestima.

#### **5.4 Dificultades Interpersonales**

Según Ekstrand y Villanueva (2011) algunos pacientes con trastornos alimentarios también presentan importantes dificultades en sus relaciones interpersonales. Fairburn et al. (2003) plantean cuatro ejemplos de relaciones disfuncionales en pacientes con TCA:

- Determinados ambientes sociales que tienden a magnificar el control sobre la alimentación y el peso.
- Conflictos familiares que intensifican la resistencia a comer en pacientes jóvenes especialmente.
- Adversidades en la esfera interpersonal que pueden derivar en atracones.
- Problemas en las relaciones sociales que pueden dañar la autoestima e incrementar el perfeccionismo relacionado fundamentalmente a lo estético.

En una investigación realizada por Carretero et al. (2009), en una muestra de pacientes con bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno de la conducta alimentaria no especificado, se reveló que las dificultades en el funcionamiento psicosocial, como la desconfianza interpersonal y la inseguridad social, estaban presentes en los tres grupos diagnósticos. Así mismo, Arcelus et al. (2013) encontraron que los pacientes con BN presentaban mayores niveles de desconfianza interpersonal y de interacciones negativas con otros, mientras que en la AN evitaban la expresión emocional y anteponían los sentimientos de otros a los propios.

Ante estos escenarios, la Psicoterapia Interpersonal (TIP) ha demostrado gran eficacia como tratamiento para la bulimia nerviosa (Agras et al., 2000). Por este motivo, se sugiere la implementación de algunos de sus elementos en el modelo transdiagnóstico, sobre todo para los casos de TCA donde las dificultades interpersonales se consideran clínicamente significativas (Ekstrand y Villanueva, 2011). De hecho, un estudio realizado por Arcelus et al. (2011) en una muestra de 80 pacientes con bulimia o trastorno de la conducta alimentaria no especificado con características bulímicas, demostró que cerca del 70% de los pacientes tratados con TIP presentaron mejoría. Lo que reafirma la eficacia de la TIP para los casos de TCA con síntomas bulímicos.

## **6. Tratamiento Transdiagnóstico propuesto por Murphy et al. (2010) para los TCA**

A continuación, se resumirá el tratamiento propuesto por Murphy et al. (2010) en el libro "Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders". Este tratamiento está diseñado para aplicarse de manera individual en pacientes adultos con cualquier trastorno alimentario de gravedad clínica que puedan ser tratados de manera ambulatoria. Se han desarrollado dos versiones del mismo tratamiento, una "enfocada" que aborda exclusivamente la psicopatología del trastorno alimentario, y otra "amplia" que trabaja además sobre los obstáculos externos al cambio y que permite un abordaje más profundo sobre el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, las dificultades interpersonales y la regulación emocional. A su vez, se proponen dos modalidades de acuerdo a su intensidad/cronicidad; para aquellos pacientes que no tienen un bajo peso significativo (IMC superior a 17,5) el tratamiento consta de 20 sesiones durante 20 semanas; y para quienes tienen un IMC inferior a 17,5, se sugieren 40 sesiones durante 40 semanas. Cabe aclarar además que se pueden sumar sesiones adicionales si el cuadro así lo requiere, y que también se ha logrado adaptar el tratamiento para casos de pacientes más jóvenes y para aquellos que se encuentren hospitalizados.

Antes de comenzar el tratamiento se llevan a cabo dos o más entrevistas para evaluar la intensidad del cuadro clínico y tranquilizar al paciente con el fin de involucrarlo en el proceso terapéutico. Estos primeros encuentros permiten a su vez identificar contraindicaciones que no permitan dar inicio o dificulten el tratamiento, como pueden ser las condiciones físicas preocupantes, la presencia de depresión severa y el abuso significativo de sustancias. El tratamiento consta de 4 etapas que se describirán a continuación:

## **Etapas del Tratamiento**

### **6.1 Etapa uno**

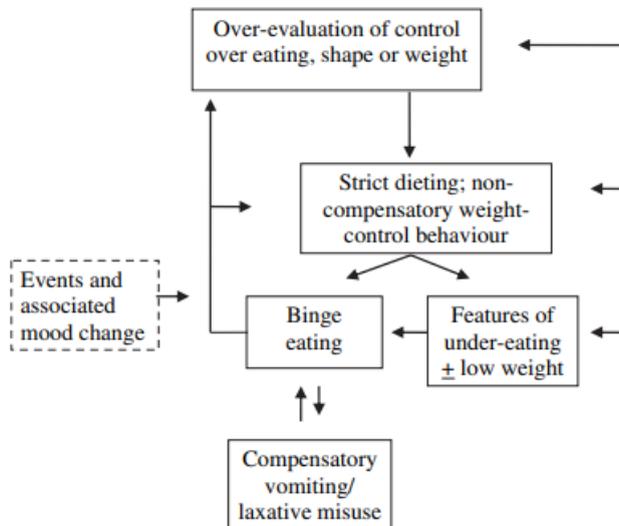
Según Murphy et al. (2010) esta primera etapa consta aproximadamente de 8 sesiones realizadas dos veces por semana durante 4 semanas consecutivas. Los objetivos propuestos son:

- Involucrar al paciente en el proceso terapéutico.
- Realizar una formulación del caso en conjunto con el paciente.
- Ofrecer psicoeducación al paciente sobre su psicopatología y tratamiento.
- Introducir la monitorización del peso mediante el pesaje semanal.
- Implementar un plan de alimentación regular personalizado.

En primer lugar, resulta necesario poder involucrar al paciente en el tratamiento para que logre comprometerse y sentirse parte activa del mismo. Lograr una buena alianza terapeuta-paciente, que transmita seguridad y confianza, es una condición fundamental para que el proceso terapéutico se desarrolle de manera exitosa. El terapeuta deberá demostrar empatía e interés por el paciente como persona, más allá del trastorno alimentario, y ayudarlo a reflexionar sobre el estado de todas las otras dimensiones de su vida a las que probablemente no esté dando prioridad (Murphy et al., 2010).

En esta primera etapa se elabora además la formulación del caso en conjunto con el paciente para que logre implicarse en el tratamiento y tomar distancia del trastorno para comprenderlo mejor. Para ello se elaborará un diagrama como el de la Figura 1, que contiene los procesos que mantienen y explican el trastorno alimentario. En general, resulta más fácil comenzar por aquellas conductas que el paciente identifica como problemáticas y desea cambiar (por ejemplo los atracones o la provocación del vómito). Es importante que la formulación sea lo suficientemente sencilla. De esta manera, la persona siente que su conducta es comprendida y que a su vez interactúa con otros mecanismos que la mantienen pero que pueden cambiarse con ayuda del tratamiento (Murphy et al., 2010). Este diagrama funcionará como una guía que acompañará todo el proceso y a la que se podrá recurrir cuantas veces sea necesario.

**Figura 1.**



*Formulación y composición de los TCA según el modelo Transdiagnóstico.* Tomado de Fairburn et al. (2008).

Desde el comienzo, y durante todo el proceso, se intentará educar y brindar información de lectura a la persona en relación al peso y a la alimentación para erradicar las creencias erróneas que contribuyen a mantener el trastorno (Murphy et al., 2010). Se abordarán en las sesiones algunos aspectos como los rasgos característicos de los trastornos alimentarios, sus efectos físicos y psicosociales, el índice de masa corporal y su interpretación, las fluctuaciones naturales del peso y el impacto del tratamiento sobre el mismo, la ineficacia de las conductas compensatorias para regular el peso y los efectos adversos de las dietas restrictivas.

Se implementa además el pesaje semanal colaborativo para hacer un seguimiento entre el terapeuta y el paciente sobre la evolución de su peso. Durante esta etapa se recomienda que el paciente se pese únicamente en la sesión en presencia del terapeuta para poder contener y trabajar los miedos y ansiedades que generalmente emergen ante el momento del pesaje. Esta práctica permite que el terapeuta le enseñe a la persona sobre el peso corporal y sus posibles fluctuaciones para que la cifra arrojada no sea malinterpretada. A su vez, permite trabajar sobre la evitación o el sobrecontrol sobre el peso, ya que personas que generalmente suelen pesarse múltiples veces en un mismo día pasarían a pesarse semanalmente, al igual que aquellas que le tienen terror a la báscula y la evitan constantemente (Murphy et al., 2010).

Además, se deberá ayudar al paciente a adherirse al plan de alimentación personalizado diseñado para su recuperación. De acuerdo con Murphy et al. (2010) establecer un patrón de alimentación regular es fundamental para la recuperación ya que le permite a la persona recobrar poco a poco la buena relación con la comida y generar hábitos saludables que pueda mantener en el tiempo. Para ello se le pedirá al paciente que lleve un autorregistro de sus ingestas para poder realizar un seguimiento sistematizado de su conducta alimentaria y sobre los detalles que la acompañan. El plan de alimentación generalmente implica tres comidas planificadas diarias más dos o tres colaciones entre medio. De esta manera se busca evitar que la persona pase más de 4 horas sin comer, así como los atracones y las conductas compensatorias que resultan tan riesgosas para su salud. Para evitar los atracones se pueden optar por dos estrategias: una es ayudar a la persona a identificar actividades que sean incompatibles o que lo distraigan de la necesidad de comer compulsivamente (por ejemplo salir a caminar), y la otra es ayudarlo a reconocer que el impulso por comer exageradamente es un fenómeno temporal que se puede superar (aunque estos eventos puede que no desaparezcan definitivamente). Es probable que, en cierto punto, el paciente presente cierta resistencia a continuar el plan o a ingerir ciertos alimentos por el miedo que le provoca ganar peso o experimentar un atracón. Ante este escenario se debe reforzar que una alimentación equilibrada es fundamental para lograr superar su problema y disminuir la frecuencia de los atracones (Murphy et al., 2010).

Si bien el tratamiento es individual, resulta muy valioso contar con el apoyo de personas significativas para el paciente que promuevan la adhesión al tratamiento, así como identificar aquellas que influyen negativamente sobre la ejecución y el éxito del mismo. Sobre este punto Lema (2016) sugiere que en los casos donde los pacientes aún viven con sus padres o familiares allegados se les traslade a ellos la responsabilidad sobre la monitorización del plan de alimentación y de las conductas compensatorias. Por este motivo también se considera necesario incluir a los familiares en la psicoeducación del trastorno y trabajar sobre la percepción que tienen del mismo, así como el sentimiento de culpa que suele aparecer en algunos casos.

## **6.2 Etapa dos**

Esta etapa se considera una etapa de transición breve, que comprende aproximadamente dos sesiones con una semana de diferencia entre ellas. El propósito principal es poder hacer una revisión y balance entre el terapeuta y el paciente sobre el progreso de las tareas asignadas en la etapa uno (educación, pesaje semanal y adhesión al plan de alimentación)

y evaluar si es necesario ajustar o reforzar alguna de ellas, o si es pertinente abordar cualquier otra barrera que esté obstaculizando el proceso (Murphy et al., 2010).

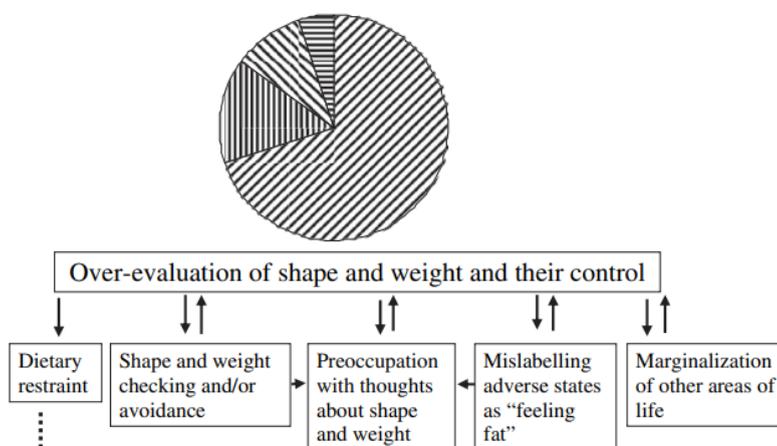
El terapeuta deberá celebrar los logros del paciente, así como identificar aquellas dificultades que no le están permitiendo progresar para poder abordarlas y trabajarlas en conjunto. En caso de que estas se expliquen a partir del perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional o las dificultades interpersonales, se podrá plantear la posibilidad de continuar por la versión “amplia” del tratamiento (Murphy et al., 2010).

### 6.3 Etapa tres

Esta etapa se considera como el cuerpo principal del tratamiento e implica ocho citas de frecuencia semanal. El objetivo será abordar los procesos clave que mantienen el trastorno tales como: la sobrevaloración de la forma y el peso, el control o la evitación corporal, las reglas dietéticas y los cambios relacionados a la alimentación (Murphy et al., 2010).

El primer paso definido por Murphy et al. (2010) será tratar el concepto de autoevaluación y ayudar a que el paciente pueda identificar cómo se evalúa a sí mismo. Para ello se puede apoyar realizando un gráfico circular en el que pueda asignar una porción a cada dimensión de su vida (cuyo tamaño representará la importancia que le otorga a cada una). El resultado generalmente es un gráfico como el que se puede visualizar en la Figura 2, en el que el sector más amplio es el aspecto físico, en detrimento de otras áreas como la familia, los amigos, el trabajo, el estudio, el tiempo de ocio, etc. De esta manera, la persona podrá identificar fácilmente la importancia que le otorga al control de su peso y a la alimentación en su vida, y el terapeuta podrá explicar las consecuencias de su sobrevaloración.

Figura 2.



Formulación de la sobrevaloración del peso y la forma. Tomado de Fairburn et al. (2008).

Según Murphy et al. (2010) este ejercicio da cuenta de tres problemas que se encuentran interrelacionados. En primer lugar, la autoevaluación depende casi exclusivamente de una sola dimensión (relacionada con el cuerpo y la alimentación) marginando otras dimensiones de su vida. Además, el control estricto del peso y la dieta restrictiva suelen ser metas difíciles de alcanzar (debido a la exigencia de las mismas), por lo que se genera una gran frustración e insatisfacción que impacta negativamente sobre la seguridad y autoestima del paciente. Por último, se considera que la sobrevaloración de estos aspectos constituye la principal causa de las conductas que mantienen el trastorno.

Una estrategia indirecta para abordar la sobrevaloración de la forma y el peso será aumentar la cantidad y la relevancia que se le otorga a otras áreas de la vida de la persona para su autoevaluación (Murphy et al., 2010). Conectar con otras dimensiones que fueron relegadas a partir del trastorno o identificar otras nuevas que sean de interés para el paciente le permitirá conectar con su deseo y desenfocar la atención sobre el control del peso y la dieta. Por otro lado, y al mismo tiempo, una estrategia directa será trabajar sobre las expresiones conductuales de la sobrevaloración de la imagen corporal tales como la dieta, las conductas compensatorias, el pesaje diario, entre otras. Generalmente, las personas con TCA no son conscientes del control constante que ejercen sobre su cuerpo y el impacto del mismo sobre su insatisfacción corporal (Murphy et al., 2010). En muchos casos, estas conductas de comprobación se realizan de manera automática por lo que se le pide al paciente que las registre y reflexione sobre lo que está tratando de averiguar, las consecuencias y otras alternativas posibles. Según Lema (2016) tanto los rituales de comprobación corporal como las conductas de evitación son manifestaciones conductuales del perfeccionismo ya que constituyen comportamientos destinados a evitar el fracaso. Para intervenir sobre ellos se sugiere utilizar primero, el role-playing y, posteriormente, la exposición y los experimentos conductuales. El pesarse o mirarse al espejo continuamente son un ejemplo claro de conductas de revisión y control sobre el cuerpo. Estas prácticas pueden arrojar información sesgada que puede ser malinterpretada por la persona y puede generar un gran sentimiento de insatisfacción. Por otro lado, se deberá ayudar a aquellos pacientes que evitan relacionarse con su cuerpo alentándolos a que, progresivamente, intenten mirar y sentir su propio cuerpo para trabajar sobre su autoaceptación (Murphy et al., 2010). En estos casos se emplea la exposición para que el paciente realice, gradualmente, conductas de comprobación corporal normativas.

La dieta extrema constituye otra conducta de control sobre la alimentación y el peso siendo uno de los mecanismos principales del trastorno que perjudica la calidad de vida de la persona. El objetivo será eliminarla mediante el reconocimiento de las reglas dietéticas junto

con las creencias y consecuencias que las subyacen, para cuestionarlas y así romperlas. Se otorgará en su lugar el plan de alimentación mencionado anteriormente, destinado a organizar las comidas del paciente, así como introducir progresivamente ciertos alimentos que eran habitualmente evitados o prohibidos (Murphy et al., 2010).

De acuerdo con Murphy et al. (2010) el “sentirse gordo” o “sentirse gorda” es una experiencia subjetiva relatada con gran intensidad y frecuencia por los pacientes con TCA. La observación clínica sugiere que este sentimiento es el resultado de etiquetar erróneamente ciertas emociones y experiencias corporales que generalmente no tienen nada que ver con la forma y el peso real del paciente. Se ayudará a los pacientes a que logren identificar los factores desencadenantes de esta experiencia y de qué emociones y sensaciones fisiológicas se encuentra acompañada para poder abordarla. Usualmente se relaciona a estados de ánimo negativos como estar aburrido o angustiado, así como sensaciones físicas que aumentan la conciencia corporal como sentirse lleno o hinchado.

Hacia el final de la etapa tres resulta muy valioso explorar los orígenes de la sobrevaluación sobre el peso y la alimentación en conjunto con el paciente para dar sentido al origen y posterior desarrollo del trastorno (Murphy et al., 2010). Si la persona con ayuda del terapeuta logra reconocer un evento específico que puede haber jugado un papel crítico y desencadenante del TCA se deberá reevaluar desde el presente y trabajarlo con las herramientas que el paciente incorporó en el tratamiento. Igualmente, se deberá evaluar, antes de continuar hacia la etapa cuatro, si es necesario implementar la versión “amplia” del tratamiento para abordar el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional y/o los problemas interpersonales. A continuación se describirá brevemente el abordaje definido para cada uno de estos mecanismos.

### *6.3.1 Intervención sobre el Perfeccionismo Clínico.*

Como se describió anteriormente, las personas con esta característica se juzgan principal o exclusivamente por el trabajo duro y el cumplimiento de metas altamente exigentes y, por lo tanto, difíciles de alcanzar. Ante la presencia de un TCA el perfeccionismo es dirigido fundamentalmente al control extremo sobre el peso, la alimentación, el ejercicio, etc. Este mecanismo puede resultar perjudicial para el tratamiento ya que la persona tiende, por ejemplo, a negarse a renunciar a las reglas dietéticas restrictivas que mantiene (Murphy et al., 2010).

Al igual que el abordaje sobre la sobrevaluación de la forma y el peso, se trabajará con el paciente sobre la formulación del perfeccionismo y las consecuencias que tiene para su vida (Murphy et al., 2010). Mediante un gráfico de autoevaluación la persona será capaz de visualizar la importancia que le brinda a su desempeño y al cumplimiento de determinadas metas que usualmente son múltiples, rígidas y extremas. Además, es importante dar cuenta sobre lo contraproducentes y perjudiciales que pueden ser para el desempeño real de la persona. Para poder medir y evaluar la verificación del desempeño se sugiere que el paciente registre los tiempos en los que chequea el mismo así como sus resultados. Luego, el terapeuta podrá trabajar sobre esos datos para poder apreciar junto con el paciente los sesgos que pueden estar tanto los resultados como los mecanismos de evaluación. Por otra parte, se deben abordar los casos de evitación y procrastinación ya que interfieren con la capacidad de los pacientes de evaluar su verdadera capacidad (Murphy et al., 2010). Esto último se debe a que, generalmente, presentan un gran temor al fracaso.

### *6.3.2 Intervención sobre la Baja Autoestima.*

Como se mencionó anteriormente las personas con baja autoestima suelen tener una visión negativa generalizada de sí mismas, la cual es independiente de su desempeño real. Además los pacientes con esta característica suelen sentirse no merecedores del tratamiento y no creen que puedan beneficiarse del mismo.

Por este motivo, es muy importante que el terapeuta pueda educar a la persona sobre el papel de la baja autoestima en el mantenimiento del trastorno, así como su impacto en otras áreas de su vida. En este sentido, Murphy et al. (2010) proponen trabajar sobre la identificación y modificación de las creencias negativas que el paciente tiene sobre sí mismo y la generalización excesiva de sus supuestos “fracasos”. El terapeuta podrá apoyarse tanto en la reestructuración cognitiva como en experimentos conductuales para ayudar a los pacientes a alcanzar una visión más equilibrada de sí mismos y por lo tanto de su autoestima.

### *6.3.3 Intervención sobre la Intolerancia Emocional.*

Asimismo, se trabajará con la persona sobre el cambio de su conducta alimentaria en relación a eventos externos y a los cambios de humor (Murphy et al., 2010). En este caso, se le explicará al paciente la influencia que pueden tener ciertos eventos externos o cambios anímicos en su conducta alimentaria. Sobre este aspecto será necesario trabajar sobre la aparición de determinadas emociones en determinadas circunstancias que suelen generar una respuesta desadaptativa en la persona, como por ejemplo comer en exceso,

tener atracones, o evitar comer totalmente. En su lugar, se sugiere entrenar al paciente mediante la técnica de resolución de problemas y la implementación de medios funcionales que les permitan regular el estado de ánimo para evitar "comer emocionalmente". En palabras de Lema (2016), se trata de ayudar al paciente a mejorar el manejo de sus emociones, enseñándole a reconocer cómo el estado de ánimo influye sobre sus síntomas y enseñándole conductas alternativas más adecuadas. Ante la posible persistencia de atracones residuales, se propone la técnica del "análisis de atracones". Esta técnica intenta explicar el atracón en función del contexto (ruptura de reglas dietéticas, consumo de sustancias, alimentación restrictiva a lo largo del día o respuesta a una emoción o evento externo) e interpretarlo como un acontecimiento aislado que se puede evitar si se detecta y se acciona a tiempo.

#### **6.3.4 *Intervención sobre los Problemas Interpersonales.***

Los problemas interpersonales son comunes entre los pacientes con TCA, aunque generalmente tienden a mejorar con la evolución del tratamiento y su recuperación. Regularmente suelen asociarse a conflictos con los demás o a la dificultad para desarrollar relaciones sociales cercanas. Según Lema (2016) el abordaje de los déficits interpersonales tiene como objetivo reducir el aislamiento del paciente y ayudarlo a mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales así como desarrollar nuevas.

La intervención sobre conflictos relacionados con los roles interpersonales consiste en clarificar la naturaleza de la disputa, comprender los procesos que la mantienen y considerar la posibilidad de que cada una de las partes introduzca cambios (mejorando la comunicación y reconsiderando las expectativas) para poder llevar a cabo acciones encaminadas a la resolución del conflicto (Murphy et al., 2010). Si estas dificultades influyen sobre la alimentación del paciente podrán abordarse mediante la técnica de resolución de problemas y la adaptación funcional sobre el estado de ánimo descrita anteriormente. Sin embargo, pueden existir casos donde las relaciones interpersonales jueguen un papel significativo en el mantenimiento del trastorno por lo que se recomienda implementar la Psicoterapia Interpersonal para que el paciente pueda identificar y trabajar los problemas interpersonales actuales con el terapeuta.

#### **6.4 Etapa cuatro**

La etapa cuatro constituye la etapa final del tratamiento y se enfoca en mantener el progreso alcanzado hasta el momento, así como reducir el riesgo de recaída (Murphy et al., 2010). Generalmente, consta de tres citas con dos semanas de diferencia para preparar la

finalización del tratamiento. Cabe aclarar que en este periodo ya se espera que el paciente pueda hacer el seguimiento de su peso de manera independiente desde su casa.

En esta etapa el terapeuta y el paciente diseñarán un plan personalizado que el paciente pueda mantener durante los siguientes meses hasta la cita de revisión que será pautada 20 semanas después de finalizado el tratamiento (Murphy et al., 2010). Este plan contendrá diversas estrategias para que la persona pueda continuar trabajando sobre el control del cuerpo, la evitación de alimentos y la resolución de problemas, así como la incorporación de nuevos intereses y actividades en su vida.

En cuanto al riesgo de recaída se intentará que el paciente logre comprender, con ayuda del terapeuta, que debe mantener expectativas realistas con respecto al futuro, lo que significa que no necesariamente desaparecerán las conductas restrictivas o los atracones de manera definitiva. En su lugar, se espera que la persona sea capaz de identificar estas dificultades lo antes posible y las aborde mediante las estrategias que adquirió durante el tratamiento (Murphy et al., 2010).

Sumado a ello, Lema (2016) propone potenciar el establecimiento de relaciones familiares sanas (no basadas en el trastorno) y maximizar la autonomía del paciente. Además, se debe considerar que el TCA probablemente haya influido sobre las relaciones familiares, por lo que los padres suelen interpretar ciertos comportamientos normales como un signo de recaída. Para ello, resultará fundamental el establecimiento de expectativas en conjunto con el fin de evitar confusiones entre conductas normales del sujeto que contribuyen a alcanzar su autonomía, y conductas inadecuadas propias del TCA.

Según lo definen Murphy et al. (2010) a los pacientes que presenten bajo peso (IMC inferior a 17,5) se les deberá adaptar el tratamiento abordando, en primer lugar, la escasa motivación que presentan, ya que habitualmente no consideran que comer inadecuadamente o tener un peso inferior al saludable sea un problema. Ante este escenario se debe educar a la persona sobre los efectos psicológicos y físicos del bajo peso (como, por ejemplo, ser obsesivos e indecisos, evitar eventos sociales, carecer de apetito sexual, etc.) para que sea capaz de identificar por sí misma lo perjudicial y dañino que puede ser el trastorno en su vida. El objetivo siempre será que el paciente decida por sí mismo recuperarse e iniciar el tratamiento en lugar de imponerselo. El deseo de comenzar el tratamiento por cuenta propia será un gran paso inicial y un predictor favorable en el éxito del mismo. Una vez que el paciente haya accedido a recobrar peso, se le explicará que la recuperación será planificada de manera gradual y constante para que sea lo más saludable

posible. Se implementará un plan de alimentación personalizado que propone un consumo de 500 calorías adicionales por día con el objetivo de recuperar un promedio de 0,5kg por semana (Murphy et al., 2010). Como se mencionó anteriormente, en estos casos el tratamiento deberá extenderse de 20 semanas a unas 40 semanas. De esta manera se brindará suficiente tiempo al paciente para que decida cambiar e iniciar el tratamiento por motivación propia. Se sugiere además involucrar a ciertas personas allegadas que puedan colaborar con el tratamiento y que influyan de manera positiva en el entorno del paciente para ayudarlo a alcanzar sus metas.

## **7. Desafíos**

Si bien se acaba de describir el tratamiento propuesto Murphy et al. (2010) es necesario destacar, como lo hace Gomez del Barrio (2018), que en los últimos años ha crecido el interés y la elaboración de nuevos tratamientos con protocolos transdiagnósticos no solamente vinculados a la esfera de los TCA, sino también para otros trastornos mentales como por ejemplo el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales de Barlow (2007). A su vez, se continuaron diseñando y perfeccionando protocolos para el abordaje de los TCA. Para la Bulimia Nerviosa se ha desarrollado la Terapia Integrativa Cognitivo-Afectiva (Berg y Wonderlich, 2013) y la CBT-E de Fairburn et al. (2015). Para la Anorexia Nerviosa se ha creado la terapia Neurobiológicamente informada y Basada en el Temperamento de Hill et al. (2016), la Terapia de Seguimiento Clínico y de Apoyo (SSCM) y el tratamiento desarrollado por el Instituto de Psiquiatría de Londres, "Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults" (Schmidt et al., 2013).

Aunque actualmente se considere a la TCC como el tratamiento con mejores pruebas de evidencia y mayor apoyo empírico, aún resulta necesario mejorar sus resultados a corto y largo plazo (Kirschman, 2020). De hecho, la mitad o menos de los pacientes con BN que inician un tratamiento cognitivo-conductual logran totalmente su remisión (Kirschman, 2020). Ante la gravedad de estos trastornos y el desarrollo del enfoque transdiagnóstico como un nuevo paradigma, es que surgen muchos desafíos aún por cumplir. Entre ellos, poder mejorar el resultado del tratamiento de Murphy et al. (2010) anteriormente descrito para aquellos pacientes con un peso sustancialmente inferior al saludable, y comprender mejor la eficacia de cada uno de los componentes del protocolo para diseñar nuevas y mejores versiones del mismo.

Como se planteó anteriormente, el diseño de tratamientos transdiagnósticos que permitan abordar un conjunto de trastornos de manera grupal puede resultar muy eficaz clínicamente, pero también muy eficiente ya que favorece la optimización de recursos de los actuales sistemas de salud. Sin embargo, según Belloch (2012), este último punto puede resultar riesgoso ya que la demanda y las presiones asistenciales suelen ser tan altas que podrían condicionar la calidad de la atención. Por este motivo, resulta fundamental monitorear la eficiencia de este tipo de tratamientos sin perjudicar la calidad de la atención brindada a los usuarios.

Otro gran desafío para el enfoque transdiagnóstico será poder determinar no solamente si una persona por ejemplo tiene muchos o pocos problemas interpersonales, sino poder identificar también las causas, las consecuencias, cuando y como se manifiestan, con qué intensidad, hasta qué punto son adaptativos o no y como impactan sobre las demás dimensiones y el malestar del paciente (Belloch, 2012). Así mismo, debe ser capaz de explicar por qué los trastornos se presentan de forma distinta si comparten de base los mismos procesos cognitivos y/o conductuales (Sandín et al., 2012). Según Barlow et al. (2004) una posible explicación podría ser que existen dos tipos de factores de vulnerabilidad: unos generales comunes a grupos de varios trastornos, y otros específicos característicos de cada diagnóstico y psicopatología en particular. Del mismo modo, Belloch (2012) plantea que los profesionales de la salud mental deberán acordar qué se considera eficaz como respuesta al tratamiento para cada paciente y para cada trastorno o grupo de trastornos. Recordemos que la eficacia no depende únicamente de que los síntomas disminuyan, sino que es necesaria una disminución clínicamente significativa registrada correctamente por los instrumentos y procesos de evaluación previamente consensuados. Por último, resulta necesario disponer de más estudios e investigaciones que permitan comparar la efectividad de la TCC y la TCC “mejorada” o transdiagnóstica, así como su aplicación individual en comparación a la grupal.

Por otro lado, Gonzalez et al. (2018) plantean que diseñar cuidados transdiagnósticos apropiados para un amplio espectro de patologías implica un gran reto, ya que significa ir más allá del estudio de los síntomas específicos de cada trastorno y diseñar un tratamiento particular para cada uno de ellos. En su lugar, requiere enfocarse en las dimensiones que subyacen a los diferentes trastornos, estableciendo a su vez relaciones terapéuticas significativas que tomen en cuenta la experiencia y el feedback del paciente como uno de los pilares fundamentales del tratamiento (González et al., 2018).

## **8. Conclusión y reflexión final**

Con relación a lo estudiado y desarrollado a lo largo del presente trabajo, considero que el enfoque transdiagnóstico constituye un paradigma prometedor que implica necesariamente una nueva concepción de los trastornos psicopatológicos desde una visión más holística y humanitaria en materia de Salud Mental. Ante la rigidez del actual sistema de diagnóstico categorial y el comportamiento clínico de los diferentes trastornos y su sintomatología, resulta necesaria la revisión de los criterios diagnósticos, así como la modernización de sus respectivos tratamientos. Coincido y considero fundamental que dichos tratamientos contemplen a la persona en su totalidad y no solamente desde la enfermedad. Deberán respetar y tener en cuenta su sentir a lo largo de todo el proceso terapéutico, involucrando además a la familia y entorno cercano como una red de contención necesaria para el éxito del mismo (siempre que se acuerde previamente con el paciente). También deberán contemplar la posibilidad de involucrar a otros profesionales de la salud para un abordaje integral e interdisciplinario que asegure la calidad del tratamiento y de la atención brindada al paciente. Si bien el modelo transdiagnóstico aún presenta ciertos desafíos por superar y protocolos que perfeccionar, pienso que su flexibilidad como dispositivo de intervención para amplios grupos de trastornos constituye el “futuro” de los tratamientos psicológicos.

Por otro lado, dado que el ideal de belleza propuesto por la sociedad y ampliamente difundido a través de los medios de comunicación ha demostrado influir sobre la autopercepción de la imagen corporal y, por lo tanto, en la autoestima de las personas, considero importante prestar mayor atención a la información que consumimos día a día. Vivimos en una época donde pocas veces tenemos el poder de elegir qué contenido queremos ver. Nadie nos enseñó ni nos preparó para semejante bombardeo de información, por lo que es esperable también que nos cueste identificar en qué grado nos afecta, tanto positiva como negativamente. El cuerpo hegemónico propuesto por la industria del modelaje, pero presente también en la tele, el cine, y por supuesto en las redes sociales, ejerce en muchos hombres y mujeres la presión por alcanzar un ideal estético que en muchos casos se aleja de la realidad. Los cánones de belleza se han vuelto cada vez más rígidos y exigentes. Pero el problema radica principalmente en las conductas poco saludables que se practican y la obsesión que se genera en torno al cuerpo y el peso para alcanzar este ideal. Lo que también preocupa y llama la atención, es que la presión es tal en las mujeres, que resultan ser la población con mayor riesgo de desarrollar un TCA. Esto nos invita a pensar y reflexionar sobre los discursos e ideales que se imponen a las mujeres en

edades cada vez más tempranas, y cómo podemos educar y prevenir el desarrollo de creencias irracionales, así como una imagen distorsionada del propio cuerpo.

Personalmente me llevé una gran sorpresa al realizar la búsqueda bibliográfica ante la escasa información con relación a los TCA en nuestro país. Sin embargo, se puede apreciar un creciente interés entre las nuevas generaciones por dar visibilidad sobre estos trastornos. Siguiendo sobre esta línea, es que me gustaría continuar estudiando y especializarme en TCA, fundamentalmente en la investigación sobre los tratamientos y modelos de intervención que existen actualmente en el Uruguay y su efectividad. Asimismo, me gustaría desarrollar una propuesta de intervención grupal basada en el modelo transdiagnóstico para el tratamiento de los TCA en nuestro país, algo que claramente excede el propósito de esta monografía y amerita un trabajo de posgrado. De todas maneras, considero que el presente trabajo constituye un primer gran paso que me ha permitido acercarme y profundizar sobre la temática en cuestión desde la motivación y el interés personal.

## 9. Referencias bibliográficas

- 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.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983. doi:10.1016/j.brat.2010.06.002
- Altamirano, M. B., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- Amores, B. M. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Informació psicològica*, (116), 79-94.
- Aramburu, M., & Guerra, J. (2001). Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia. *Interpsiquis*, 2, 246-249.
- Arcelus, J., Baggott, J., Whight, D., McGrain, L., Meadows, L., & Langham, C. (2011). Factores predictores del tratamiento de la bulimia nerviosa con Terapia Interpersonal. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 62-70.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167.
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

- Baile Ayensa, J. I., & González Calderón, M. J. (2014). Tratando... anorexia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas. Recursos Terapéuticos. Pirámide. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. (P 475, 482)
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. Behavior Therapy, 35, 205-230.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2007). Emotional Disorders: A unified transdiagnostic protocol. En Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Nueva York, NY: Guilford. <http://doi.org/10.4088/JCP.09bk05278>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. Archives of general psychiatry, 10(6), 561-571.
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 48(4), 319-334.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones= Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: evidence, usefulness, and limitations
- Berg, K. C. y Wonderlich, S. A. (2013). Emerging psychological treatments in the field of eating disorders. Current Psychiatry Reports, 15(11). <http://doi.org/10.1007/s11920-013-0407-y>
- Bojórquez, R. M. C., Escalante, M. L. Á., Sobrino, M. D. L. C. C., Arévalo, R. V., & Díaz, J. M. M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. Psicología y Salud, 18(2), 189-198.

- Branley-Bell, D., & Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-12
- Braun, D. L., Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867. <https://doi.org/10.1017/S0033291700028956>
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. Buenos Aires. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- Carretero García, A., Sánchez Planell, L., Rusiñol Estragués, J., Raich Escursell, R. M., & Sánchez Carracedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y salud*, 20(2), 145-157.
- Cash, T. F., & Henry, P. E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the USA. *Sex roles*, 33, 19-28.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavior therapy for anxiety and depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 29-34.
- Cova, F., & Rincón, P. P. (2010). Tensiones del modelo vigente de conceptualización de los trastornos mentales. *PRAXIS. Revista de Psicología*, 17, 11-22
- del Barrio Gándara, M. V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
- Ekstrand, A. C., & Villanueva, E. R. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Errandonea, U. I. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 165-171.
- Espina, A., Ortego, M. A., de Alda, Í. O., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 532-538.

- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. En D. M. Garner & P.E. Garfinkel(Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. En D.H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*. (pp. 578-614). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E., y Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 70, 64-71. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- 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.
- Fernández-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. *Journal of psychosomatic research*, 47(5), 419-428.
- Flament, M. F., Godart, N. T., Fermanian, J., & Jeammet, P. (2001). Predictive factors of social disability in patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6, 99-107.
- Fullana, M. A., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.
- García Vicente, A. (2020). Revisión sistemática de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento de los trastornos alimentarios.

- Giovanni G, Milano W, Nebbiai G, Piccione C, Capasso A. Medical Complications in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2018;18(5): 477-88. <https://doi.org/10.2174/1871530318666180531094508>
- Gómez Del Barrio, A. (2018). INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INTEGRADA Y TRANSDIAGNÓSTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Revista de Psicoterapia*, 29(110).
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166.
- Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G., Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., ... & Faya, M. (2020). Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 864-870
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Grupo ALBOR-COHS. División de formación. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En *Manual de Referencia del Curso Máster en Psicología, especialidad en Psicología Clínica y de la salud*. Madrid-Bilbao. <http://psicosanse.es/wp-content/uploads/PDF/MasterModuloalimentacion2012.pdf>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., & Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L., (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3),456-470.
- Hill, L., Peck, S. K., Wierenga, C. E. y Kaye, W. H. (2016). Applying neurobiology to the treatment of adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1–14. <http://doi.org/10.1186/s40337-016-0119-x>

- Insel, T. (2013). Director's blog: transforming diagnosis. National Institute of Mental Health. Published online: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.
- Iturbe, I., & Maiz, E. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria desde las diferentes perspectivas psicológicas. *Nutrición Hospitalaria*, 39, 68–80. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.20960/nh.04181>
- Joyce, F., Watson, H. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eating behaviors*, 13(4), 361-365.
- Keegan, E., & Holas, P. (2010). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine. Perspectives, practices and research. New York, Springer.
- Kirszman, D. (2020). Obstáculos en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios: Propuestas para superarlos. *Revista de psicoterapia*, 31(115), 5-15.
- Laporta-Herrero, I., Delgado, M. P., Rebollar, S., & Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97-107.
- Lastra Pérez, G. (2022). Impacto de la pandemia por Covid-19 en los trastornos de la conducta alimentaria.
- Lema López, T. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria y transdiagnóstico: revisión sistemática y propuesta de intervención.
- León, M. D. C., Montosa, M. J. L., & García, P. M. (2020). Dietas no saludables y trastornos de la imagen corporal. *Tendencia actual. Enfermería Docente*, 19-21.
- Lewandowski, L.M.; Gebing, T; Anthony, J. & O'Brien, W. (1997) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17, 703-718.

- López Zapata, J. M., & Jiménez Benítez, M. (2022). Calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria que reciben terapia cognitivo conductual. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 24(1), 67-83.
- López, C y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., ... & Macedo, A. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, 322-327.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 422-430
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 611-627.
- NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Elsevier, 2015.
- Narrow, W., Rae, D., Robins, L. & Regier, D. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59, 129-130.
- Nebot, S. (2017). *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I)*.

- Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria.
- Olmsted, M. P., MacDonald, D. E., McFarlane, T., Trottier, K. y Colton, P. (2015). Predictors of rapid relapse in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 337-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22380>
- Patel, K., Tchanturia, K., & Harrison, A. (2016). An Exploration of Social Functioning in Young People with Eating Disorders: A Qualitative Study. *PLoS One*, 11(7), 1-23.
- Peláez, M. A., Labrador Encinas, F. J. y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., ... & Yu, D. (2021). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-14.
- Raich, R. M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S. A., & Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y modificación de conducta*, 23(89), 405-424.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., ... & Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34(3), 281-291.
- Ruíz, M. A., Díaz, M. I y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Descleé De Brouwer. <http://doi.org/B1-3308-2011>
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6(11), 11-26.
- Rutzstein, G., Elizathe, L., Murawski, B., Scappatura, M. L., Lievendag, L., & Custodio, J. (2019). Prevention of eating disorders in argentine adolescents. *Eating Disorders*, 27(2), 183-204.

- Rutzstein, G., Scappatura, L., & Murawski, B. (2014). Perfectionism and low self-esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 5(1), 39-49.
- Rutzstein, G.; Armatta, A. M.; Maglio, A.; Lievendag, L.; Leonardelli, E; Arana, F.; Sarudiansky; Murawski, B.; Scappatura, M.L.; Diez, M.; Elizathe, L. y Reiner, C. (2009). Eating Disorders among female students in Buenos Aires. International Conference on Eating Disorders 2009 -"Cultivating Global Perspectives. Cancún, México. 30 de abril al 2 de mayo de 2009.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica= Transdiagnostic: a new frontier in clinical psychology.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 135-141.
- Schmidt, U. L. R. I. K. E. (2002). Risk factors for eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 247-250.
- Schmidt, U., Renwick, B., Lose, A., Kenyon, M., Dejong, H., Broadbent, H., Loomes, R., Watson, C., Ghelani, S., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., Treasure, J. L. y Landau, S. (2013). The MOSAIC study - comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA)
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I—The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*, 2, 2.
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current opinion in psychology*, 22, 63-67.

Solís, J. A. (2002). La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. Centro de Psicología Grupo Áreas Córdoba–España Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jas/anorexia.shtml>

Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, *anorexia nerv.* *Trials*, 14(1), 160. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-14-160>

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.

Teixeira, M.D., Pereira, A.T., Marques, M.V., Saraiva, J.M., y de Macedo, A.F. (2016). Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(2), 135-140. doi:10.1590/1516-4446-2015-1723

Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208-215.

Vázquez, R., Fuentes, E., Báez R., M., Álvarez, G. y Mancilla, J.M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12(1), 72-82.