

Intervención en un caso de ingesta compulsiva y depresión

Miguel J. Perelló¹, Consuelo Martínez² y Noelia Lloréns³

RESUMEN: En el siguiente artículo exponemos un caso de Ingesta compulsiva (o trastorno por atracón) asociada a depresión. La cliente es una mujer de 29 años con sobrepeso mórbido, aquejada de falta de energía, indiferencia para realizar actividades cotidianas y comer en exceso y sin control alimentos de alto contenido calórico.

Se explicarán los métodos y técnicas utilizados durante la evaluación y tratamiento, la toma de decisiones terapéuticas y las habilidades terapéuticas utilizadas más relevantes.

Nuestro interés en este caso reside en las relaciones funcionales que se establecen entre ingesta compulsiva y estados emocionales negativos, convirtiéndose en un círculo vicioso, en el que los atracones de comida se utilizan para aliviar a corto plazo la tristeza pero a medio y largo plazo provoca un aumento de la tristeza, por consiguiente se vuelve a recurrir al atracón para controlar el estado de ánimo.

PALABRAS CLAVE: trastorno por atracón, depresión, análisis funcional

ABSTRACT: In the next article we examine a case of compulsive overeating (or binge eating disorder) associated with depression. The patient is an obese 29 years old woman who suffers from a lack of energy, apathy to engage in daily activities and an excessive uncontrolled ingestion of high-calorie foods.

The methods and procedures applied during the assessment and treatment will be explained, as will the taking of therapeutic decisions and the most significant therapeutic techniques used.

Our interest in this case resides in the functional interaction between compulsive overeating and negative emotional states, which become a vicious circle. While bingeing is used to alleviate melancholy in the short term, it triggers a medium -and long-term increase in sadness, leading the subject to resort back to the binge to control the emotional state.

KEY WORDS: binge eating disorder, depression, functional analysis

1.- INTRODUCCIÓN

El caso que exponemos se trata de un problema de ingesta compulsiva o trastorno por atracón y depresión. Cuando nos encontramos un caso en el que existen dos problemas o dos trastornos, uno de los objetivos de la evaluación tiene que ser determinar cuál es el problema principal y si existe relación entre ambos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) en el transcurso de la depresión pueden aparecer episodios de sobreingesta pero sin que se experimente pérdida de control. La pérdida de control sería la característica predominan-

te en el trastorno por atracón. Esto parece indicar que la diferencia entre los atracones que se dan en una depresión se diferencian de los atracones que se dan en la sobreingesta compulsiva en la pérdida de control, lo que no parece ser muy esclarecedor a la hora de determinar cuál es el problema principal. Otra dificultad para establecer cuál es el problema principal sería que en el transcurso de una depresión pueden aparecer de forma secundaria, o como síntoma, los episodios de sobreingesta, y que en el trastorno por atracón aparece un estado de ánimo deprimido a causa de los atracones, por lo que la depresión sería secundaria en este caso. Para poder determinar cuál es el problema

¹ Psicólogo del Centro de Aplicaciones Psicológicas. e-mail: perelloi@correo.cop.es

² Psicóloga del Centro de Aplicaciones Psicológicas. e-mail: cmvcapsi@correo.cop.es

³ Profesora Ayudante del Área de Metodología, Universidad de las Islas Baleares.

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

principal tendríamos que tener un conocimiento detallado del trastorno por atracón.

El trastorno por atracón se refiere a episodios recurrentes de ingesta de comida (“atracones”) caracterizados por la pérdida de control sobre la comida, ingiriendo una gran cantidad de alimentos. Estos episodios van seguidos de consecuencias emocionales negativas (DSM IV, 1995). La ingesta compulsiva fue reconocida por primera vez hace 40 años como una conducta característica en algunos sujetos obesos (Stunkard, 1959), comenzó a tener relevancia a finales de los años 80. Se trata de un trastorno a caballo entre la Bulimia y la Obesidad. Fairburn y Garner (1986) fueron los primeros en realizar un estudio en el que la Ingesta Compulsiva aparecía como un trastorno del comportamiento alimentario diferente a la obesidad, bulimia y anorexia.

Los rasgos más comunes del trastorno por atracón son (Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie, Watkins, 1990):

- Episodios repetitivos de voracidad (atracones), caracterizados por comer una gran cantidad de alimento en un determinado periodo de tiempo.
- Pérdida de control y hábitos alimentarios anormales con fluctuaciones del peso.
- Esfuerzos repetidos de seguir una dieta.
- Emociones negativas antes de comer y sentimientos de culpabilidad después del atracón.

A este tipo de problema de la conducta también se le ha denominado, adicción a la comida (Echeburúa, 1999). En el año 1994 se propuso como una categoría de diagnóstico provisional en el DSM IV como Trastorno por Atracón, lo que garantizó que se comenzara a investigar extensamente. Los episodios de atracones pueden ser activados por cambios de humor o por sentimientos negativos como la ira, la depresión o la ansiedad (Le Grange, Gorin, Catley, y Stone, 2001). Los antecedentes del trastorno se encuentran en la autoimposición de dietas estrictas de bajo contenido calórico y en las conductas alimentarias restrictivas, cuando se incumple la dieta o cuando se tienen dificultades para llevar a cabo las restricciones alimentarias, aparecen los atracones (Arnou, Kenardy, y Agras, 1992).

La prevalencia del Trastorno por Atracón es de un 2% (Bruce y Agras, 1992). Las mujeres tienen una probabilidad de un 50% de riesgo mayor que los hombres (Marcus, Wing y Hopkins, 1988), afecta al 4% de

las mujeres aproximadamente (Fairburn y Beglin, 1990). Aunque los atracones comienzan en la adolescencia tardía o al comienzo de la edad adulta (alrededor de la edad de 20 años), suelen tardar una media de 10 años en buscar ayuda profesional (Bruce y Wilfley, 1996). El predominio del trastorno de ingesta compulsiva es mayor que otros trastornos de alimentación (Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard, Devlin, Mitchell, Hasin, y Horne, 1993). Entre las mujeres, es aproximadamente cinco veces más común que la anorexia nerviosa y dos veces mayor que la bulimia nerviosa (Gotestam y Agras, 1995). La ingesta compulsiva se da en individuos de todos los pesos y en individuos con trastornos o no de alimentación (Kinzl, Trawegger, Trefalt, Mangweth, y Biebl, 1999).

La ingesta compulsiva afecta al 8% de individuos con sobrepeso aproximadamente (Bruce y Agras, 1992) y entre el 25-50% de las personas obesas que buscan tratamiento para perder peso (Spitzer y cols., 1992). Los sujetos obesos con ingesta compulsiva comparados con sujetos obesos sin ingesta compulsiva tienen una mayor comorbilidad psiquiátrica (Marcus, 1993). Los obesos con ingesta compulsiva experimentan mayor malestar psicológico (Grissett y Fitzgibbon, 1996), y depresión (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, y Schreiner, 1998).

Aproximadamente un 70% de las personas que sufren el trastorno por atracón presentan niveles de sobrepeso moderado o grave. Se diferencia de la bulimia y/o anorexia, en que no emplean métodos drásticos para perder peso (vómitos, laxantes), aunque pueden aparecer ocasionalmente. No hacen dietas drásticas, y no tienen insatisfacción con su imagen corporal, aunque sí una insatisfacción sobre la figura y el peso (Williamson y cols. 1990).

Presentación del caso

El caso que presentamos se trata de una mujer de 29 años con sobrepeso observable. A la primera consulta acude acompañada de su marido con el que se había casado hacía 9 meses. La cliente es Licenciada, después de terminar la carrera comenzó a prepararse unas oposiciones, interrumpiéndolas a causa de los preparativos de la boda, actualmente había intentado volver a estudiar sin lograrlo. Durante la consulta llora continuamente, teniendo un comportamiento retraído e inhibido. El marido habla poco y no hace ni una sola

interrupción, contestando a las preguntas del terapeuta escuetamente.

Motivo de consulta:

Los motivos de consulta se centran en dos áreas, por un lado el estado emocional (sentirse triste y deprimida) y el sobrepeso.

La tristeza la incapacidad para llevar una vida normal, incumpliendo con sus obligaciones diarias: madrugar, estudiar, tareas domésticas, aseo. Ha perdido el interés por cosas que antes le resultaban agradables (leer, pasear, salir con amigos, visitar a familiares), tiene sentimientos de culpabilidad y nerviosismo continuo. Todo esto hace que ya no se sienta la misma de antes, notando falta de energía, llanto continuo y problemas de sueño. Se pasa el día tumbada en el sillón, incapaz de estudiar, comiendo de forma compulsiva y sin control alimentos de alto contenido calórico (dulces), en los periodos que ella describe de bajada (tristeza), hecho que le hace sentirse muy mal ya que no puede perder peso y engorda cada vez más, (en ese momento pesaba 106,5 kg).

Las áreas de su vida que se ven afectadas son:

Personal: falta de energía, insomnio, pérdida de interés por actividades gratificantes, abandono del aseo personal, aumento de peso.

Laboral: ha dejado de estudiar y le cuesta mucho hacer las tareas domésticas.

Social: ha dejado de relacionarse con amigos y familiares.

Evaluación

La evaluación se dirigió a establecer la relación entre el problema emocional y el de alimentación.

Métodos de evaluación:

Se utilizaron los siguientes métodos según las áreas:

Estado emocional:

- Entrevistas individuales.
- Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1978).
- Historia Personal. Cuestionario Biográfico (Pastor y Sevilla, 1990, sin publicar).
- Autorregistros: estado de ánimo y de sueño.

Conducta alimentaria

- Entrevistas.
- Historia Clínica de Trastornos de Alimentación (elaboración propia).
- Inventario de trastornos de la Alimentación. EDI (Garner, Olmstead, Polivy, 1983).
- Cuestionario de Obesidad (Rodin, 1987).
- Autorregistro de alimentación (frecuencia, tipo y cantidad de alimento ingerido por día) y actividad física diaria.
- Cálculo del índice de masa corporal y del balance energético (obesidad).

Resultados de la evaluación

Cuestionarios:

- BDI: puntuación de 32 (depresión grave). Encontramos baja autoestima pensamientos negativos hacia sí misma), pérdida de satisfacción por las cosas, incapacidad para realizar actividades e insomnio.
- EDI: se hizo una evaluación cualitativa, encontrando los siguientes resultados:
 - Perfeccionista.
 - Motivación por adelgazar.
 - Confusión de las señales de hambre, las ingestas se producen por nerviosismo, atiborrándose de comida y tiene pensamientos recurrentes sobre comer.
 - No se encontraron distorsiones sobre la imagen corporal, estando a disgusto con el volumen de su cuerpo por su sobrepeso.
 - Se considera una persona ineficaz.
- CUESTIONARIO OBESIDAD: conducta alimentaria restrictiva, con prohibiciones de alimentos dulces y con disparadores emocionales de la ingesta.

Autorregistros de comidas y ejercicio:

La cliente registró durante la fase de evaluación todos los alimentos que comía a diario (comidas formales, picoteos y bebidas), y en las situaciones que comía, los pensamientos relacionados con comer y las respuestas motoras relacionadas con comer. Estos autorregistros se diseñaron para evaluar el grado de obesidad y los episodios de ingesta compulsiva:

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

Los resultados obtenidos del grado de obesidad fueron:

- Índice de masa muscular: 39,12. Se encuentra en sobrepeso entre grado 2 y 3.
- Balance energético (fórmula de Harris-Benedict):
Metabolismo basal: 2500 Kc/día. y en ese momento ingería aproximadamente 2800 Kc/día estaba en un periodo de aumento de peso.

Los resultados obtenidos de los episodios de atracón fueron:

- Tipo de alimentos: dulces
- Frecuencia episodios: 3 a la semana
- Duración: suele durar todo el día, aunque se producen paradas continuando más tarde.
- Kc. aproximadas por atracón: entre 1500 a 3000 Kc.

Entrevistas e historia personal:

Estilo Personal:

Licenciada con buen rendimiento académico. La relación con el padre la describe distante, fría y tensa y dice que su actitud le enfada generalmente. Con su madre dice ser no muy buena, aunque las dos intentan mejorarla. Recibió una educación estricta, basada en numerosas normas sin justificar y en el castigo si se incumplían. Tiene dos hermanos, un hermano mayor

con el que mantiene una relación distante, y uno menor con el que tiene una actitud maternal. La relación de pareja dice que es buena, aunque dice que es ella la que tiene que tomar las decisiones, su marido está incomodo en las situaciones sociales y familiares, costándole mucho relacionarse, esto hace que ella pierda muchas reuniones familiares y de amigos. Actualmente el marido trabaja por turnos. Mantiene buenas relaciones con sus amigos de estudios, de la infancia y vecinos, aunque le cuesta entablar nuevas amistades.

Sistema de Creencias:

Es una persona perfeccionista, rígida, severa e inflexible. El origen de esto puede estar en que se tuvo que responsabilizar desde muy pequeña del cuidado de sus hermanos. Es católica practicante.

Habilidades Propias:

Tiene buena capacidad de imaginación y dificultades a la hora de relajarse. En general tiene buenas habilidades sociales, tiene facilidad para expresar sus opiniones, pero dificultades para expresar lo que siente. Antes de surgir el problema era una persona disciplinada.

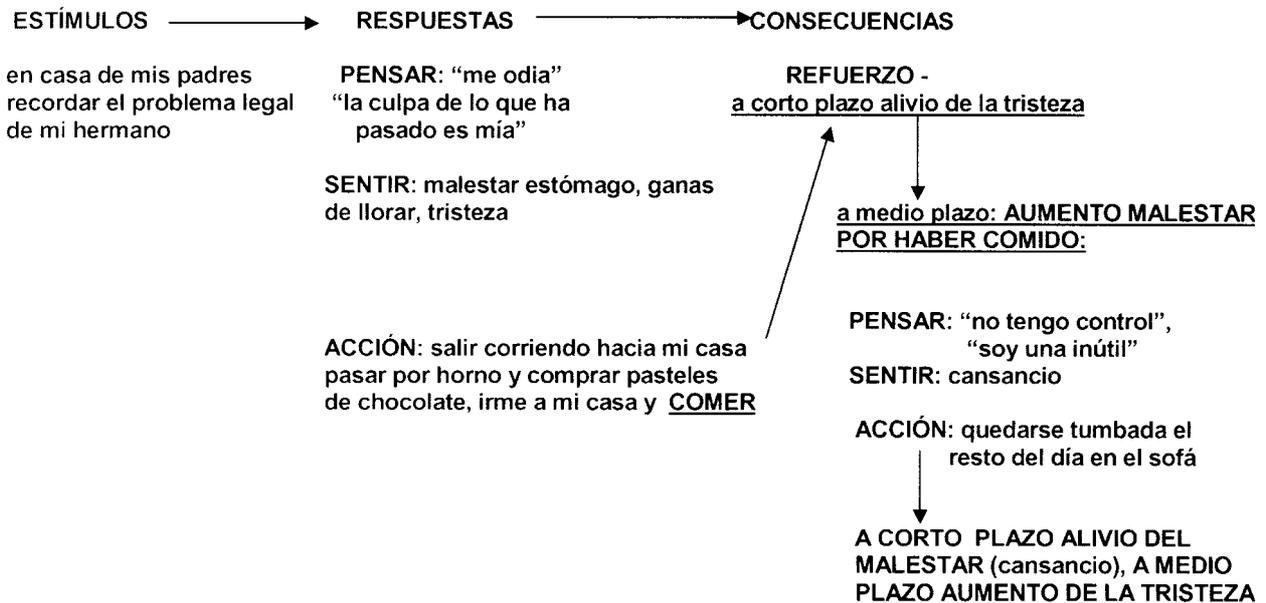
Variables Biológicas:

Asma bronquial, dieta desequilibrada y no hace ejercicio físico y anticonceptivos.

Tabla 1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA DEPRESIÓN (resumen)

Organismo:		
<i>Origen y evolución: Pérdida de reforzadores, cambio de vida y aumento aversividad: abusos sexuales, comenzar facultad, engordar casarse y dejar de estudiar</i>		
<i>Precipitantes: problemas legales del hermano</i>		
Estímulos	Respuestas	Consecuencias (a corto plazo)
<i>externos:</i> sola y en casa ante hermano y familiares comer: dulces y/o ingestas	<i>cognitiva:</i> pensamientos negativos hacia si misma, el mundo y el futuro	<i>INTERNAS:</i> refuerzo negativo autocastigo
<i>internos:</i> cognitivos: pensamientos, imágenes y recuerdos	<i>fisiológica:</i> cansancio, nerviosismo, dolores e insomnio	
<i>fisiológicos:</i> cansancio	<i>motor:</i> llanto inhibición conductual: dejar de hacer actividades ingesta compulsiva	
ORDEN DE ENCENDIDO cognitivo - fisiológico - motor		CONTINGENCIAS patrón de refuerzo intermitente

figura 1: Secuencia típica de conducta



Habilidades de Afrontamiento:

Intentar hacer cosas, sin lograrlo o realizándolas con excesiva agitación. Respecto a la obesidad ha realizado varias dietas hipocalóricas de tipo restrictivo (1000 Kc. aproximadamente), con y sin prescripción médica.

Sistema de Refuerzos:

En el momento de la evaluación estaban muy restringidos, ver TV y comer, pero en el pasado realizaba variadas actividades: bailar, teatro, conversar, salir con amigos, cenar fuera de casa, leer, estudiar

Expectativas hacia la Terapia:

Tiene conocimientos de lo que es un psicólogo. Está muy motivada (motivación intrínseca: "volver a ser yo").

Antecedentes:

Abusos sexuales durante la infancia y probabilidad de haber sufrido problemas alimentarios en la adolescencia.

Análisis funcionales

A partir de los datos cualitativos y cuantitativos de todos los métodos de evaluación diseñamos tres Análisis Funcionales: el Análisis Funcional del problema

en general (Kanfer y Phillips, 1976; Pastor y Sevilla, 1990), del problema de depresión (Sevilla y Pastor, 1996) y del problema de alimentación (Slade, 1982).

En la Tabla 1. se muestra un resumen del Análisis Funcional de la depresión y en la figura 1. una secuencia típica de la conducta problema, donde se puede observar la relación entre los dos problemas.

En el análisis funcional podemos observar dos problemas relacionados funcionalmente, por un lado, depresión, y por otro lado, ingesta compulsiva. Se produce un círculo vicioso en el que el estado de ánimo deprimido lleva al atracón y el atracón al estado de ánimo deprimido.

Evaluación del problema alimentario

Historia de los problemas:

Entre 14 y 17 años el periodo que estudiaba en el Instituto comenzó a preocuparse por su imagen corporal, pensaba que sus glúteos eran excesivamente gruesos, se veía gorda aunque no lo estaba. Dice que la excesiva delgadez estaba muy bien vista en su grupo de amigos del Instituto. A los 14 años realizó su

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÉ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

primera dieta que consistía en comer sólo vegetales y comer muy despacio. A los 15 años aumentó una talla. Cuando comenzó a hacerse cargo del cuidado de sus dos hermanos menores y de las tareas domésticas, un día no comió por falta de tiempo y se dio cuenta de que no pasaba nada si no comía, por lo que comenzó a comer poco, limitándose a comer muy poca cantidad de comida (“picar”) mientras preparaba la comida y la cena de sus hermanos, el resto del día comía naranjas cuando sentía hambre, también hacía ejercicio continuamente, sobre todo flexiones, evitaba alimentos con alto contenido calórico (dulces y carnes) y a menudo masticaba comida sin llegar a tragársela, escupiéndola.

De este periodo se puede destacar:

- Castigo de la gordura y refuerzo de la delgadez por parte de grupo de amigos.
- Aprendizaje de conductas disruptivas de control de peso: dejar de comer, ayuno, ejercicio y escupir comida.
- Excesivas responsabilidades (aprendizaje del perfeccionismo).
- Restricciones alimentarias, a causa de las dietas, comienza a autoprohibirse alimentos.

A los 18 años, cuando empieza a salir con el chico que actualmente es su marido, dice que deja de preocuparse de su peso y come de forma normal, ya que su novio le hace halagos sobre su cuerpo. En este pe-

riodo empieza a comer más rápido, debido a que come en casa del novio donde se sirve la comida en fuentes y se come muy rápido.

A los 19 años comienza un tratamiento farmacológico para el acné, el cual le producía ansiedad, nerviosismo y agitación, engordando entre 15 y 16 kilos. En esta época empiezan a aparecer episodios en los que come gran cantidad de alimentos dulces, muy rápido y sin control. También aparece, algunas veces, el vómito después de estos episodios, el vómito es aprendido en un reportaje televisivo sobre problemas de alimentación. La frecuencia de los vómitos es muy variada y no aparece siempre después de los atracones, en un principio sólo vomita cuando está sola, aunque muy pronto empieza a vomitar cuando está acompañada intentando que no se le oiga. Cuando acaba el tratamiento del acné, deja de engordar, empieza a hacer dieta, adelgazando un poco.

De este periodo se puede destacar:

- aparición de atracones y de conducta purgativa (vómito).
- dejar de comer y aparición de conductas compensatorias (ejercicio).
- Comienza a comer muy rápido.
- desencadenante de sobrepeso: fármaco.

Entre los 20 y 24 años, aparece un periodo de mejoría, que coincide con el periodo que estudiaba la carrera, comía en la facultad y no picoteaba entre horas.

Tabla 2. ANÁLISIS FUNCIONAL INGESTA COMPULSIVA

	ORIGEN/EVOLUCIÓN:	
	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo de la delgadez, castigo de la obesidad • Dejar de comer: no comer un día y darse cuenta de que no pasa nada • Aumento peso edad por tratamiento farmacológico • Dietas hipocalóricas y restrictivas: prohibición de dulces 	
ESTÍMULOS	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alimentos <ul style="list-style-type: none"> ▪ prohibidos: dulces ▪ alimentos de fácil y rápida preparación (precocinados) ▪ sándwiches, quesos ▪ empanadillas • lugares: hornos, pastelerías, bares, • situacionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ sola, en casa, discusiones, comprar comida, tener dinero, ver a gente comer, que le ofrezcan comida, ver TV. • horas del día: al levantarse, por la noche, a media mañana, a media tarde <p>internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cognitivos: recuerdos de alimentos que han sobrado, imágenes intrusivas de alimentos • fisiológicos: falta de energía, cansancio, nerviosismo, sensaciones de hambre, insomnio • emociones negativas: tristeza, soledad, aburrimiento, entido 	<p>cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antes de ingesta (pensamientos facilitadores y racionalizaciones): <ul style="list-style-type: none"> ▪ "tengo hambre", "me lo puedo permitir", "que más da, si como un poco", "no tengo fuerza de voluntad", "soy una adicta", "estoy gorda de lo mismo" • durante ingesta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "estoy fuera de control", "no puedo parar", "no puedo evitar comer", "mi cuerpo no me obedece", "mañana no comeré nada" <p>fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • deseo de comer: nerviosismo y ansiedad <p>motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pérdida de control, no poder parar • comer rápido y a grandes bocados • durante obs horas, para y vuelve a comer durante todo el día • aparecen 3 veces por semana • sube el volumen de la TV. Para no pensar en lo que está haciendo • vómitos: 1 cada 2 o 3 meses • restricción de alimentos al otro día (menos de 1000 Kc) <p>ORDEN DE ENCENDIDO: COG./FISIOLOG./MOTOR FISIOLOG./COG./MOTOR.</p>	<p>A CORTO PLAZO, internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • refuerzo negativo: alivio del nerviosismo y de estados emocionales negativos: tristeza, ira, aburrimiento, soledad • autocastigo: sentimientos de inutilidad, pensamientos de fracaso y menosprecio: "eres una inútil, estás que das asco" <p>A LARGO PLAZO, externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • castigo: su madre se mete con ella por engordar, los amigos o familiares le dicen que ha engordado <p>PATRÓN DE REFUERZO INTERMITENTE</p>

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

Tabla 3. SECUENCIA DE CONDUCTA PROBLEMA

ESTÍMULOS	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sola • en casa • ver TV • ver paquete de galletas <p>internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pensar en que no tiene trabajo, ni estudia • sentirse cansada y aburrida 	<p>cognitiva: antes de ingesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Me apetece", "no debo comerlas" • "unas pocas no me harán daño" <p>fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento ansiedad y nerviosismo <p>motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comer seis galletas, devorándolas • perder el control, preparar leche con chocolate y comer todo el paquete • pensar en que mañana no comerá nada 	<p>A CORTO PLAZO, internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • refuerzo negativo: alivio ansiedad • autocastigo: "soy una inútil, das asco"

Cuando acaba la facultad, comienza una vida sedentaria, se pone a estudiar oposiciones, lo que le hace dejar de salir de casa, pasándose 10 horas sentada sin hacer apenas actividad física y aumentando el picoteo de alimentos, así como los atracones; en este periodo aparecen de nuevo los vómitos de forma esporádica. Empieza a aumentar de peso de forma progresiva y lenta, por lo que inicia diferentes dietas de tipo hipocalórico y restrictivas, consiguiendo adelgazar durante 1 mes, pero recuperando el peso perdido al finalizarlas.

A partir de los datos de la evaluación se realizó el Análisis Funcional de la Ingesta Compulsiva. En la tabla 2, se presenta el análisis funcional realizado y en la tabla 3, una secuencia de los episodios de atracones.

Toma de decisiones terapéuticas

Se decide comenzar el tratamiento por la depresión, por las razones siguientes:

- La depresión es estímulo para comer, mejorando el estado de ánimo tendría que disminuir la ingesta.
- Los únicos reforzadores que tiene actualmente son comer y estar tumbada en el sillón, si empezáramos por intervenir en la obesidad tendríamos que eliminar los dos únicos reforzadores que tiene.
- La depresión es el problema más incapacitante para la cliente.
- La depresión impide trabajar en otras áreas.

Una vez haya mejorado el estado de ánimo se continuará por el problema de alimentación, con los objeti-

vos de disminuir las ingestas compulsivas y reducir el peso. Con la eliminación de los atracones tendría que reducirse el peso porque dejaría de ingerir un gran número de calorías.

Intervención

La elección de los métodos de intervención se realizó siguiendo criterios científicos basados en la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos validados empíricamente para la depresión (Perelló, Martínez y Llorens, 2001) y el trastorno por atracón (Saldaña, 2003). Para el trastorno por atracón los objetivos son dos, el primero, disminuir la frecuencia de los atracones y la cantidad de calorías ingeridas en cada atracón, y el segundo, la pérdida de peso. Los tratamientos bien establecidos para el primer objetivo son los de Fairburn, Marcus y Wilson (1993) y para la pérdida de peso la combinación de terapia cognitivo-conductual y terapia de conducta (Marcus, Wing y Fairburn, 1995).

La intervención se dividió en tres fases:

1ª FASE: dirigida a la mejora de la depresión (duración 9 sesiones). Los objetivos de esta fase iban encaminados a mejorar el estado de ánimo (depresión):

- restablecer el patrón de sueño,
- aumentar los reforzadores, y
- cambiar pensamientos negativos

Las técnicas utilizadas se dirigieron a romper cadenas de conductas, y se aplicaron paralelamente:

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

- Plan de actividades (Lewinsohn, 1981): dirigido a eliminar inhibición conductual: instauración de actividades, empezando por las de bajo coste conductual y mayor grado de gratificación y refuerzo.
- Tratamiento Psicológico del Insomnio: las técnicas utilizadas fueron control de estímulos (Bootzin, Epstein y Word, 1991, Sevillá y Pastor, 1996) e higiene del sueño (Sevillá y Pastor, 1996)
- Terapia cognitiva (Ellis, 1962; Ellis y Becker, 1982; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) para modificar los pensamientos negativos.

2ª FASE: dirigida a ingesta compulsiva y reducción de peso. Los objetivos que nos planteamos en esta fase fueron:

- Reducción y control de los episodios de ingesta compulsiva: técnicas de control (conductuales y cognitivas).
- Restablecimiento del balance energético.
- Modificación de la conducta de comer y el estilo de vida (hacer ejercicio).
- Reducción del peso.

Las técnicas que se utilizaron, se dirigieron a romper cadenas de conducta, y se fueron aplicando de forma progresiva y paralelamente alguna de ellas:

Control de estímulos (Bellack, 1975):

Se eliminan los estímulos, según análisis funcional, elicitadores de los atracones.

Información sobre nutrición:

la información que se le proporcionó fue dirigida a eliminar falsas creencias sobre alimentación:

- Información sobre su conducta alimentaría: explicación de hipótesis.
- Obesidad:
 - origen y causas de la obesidad: balance energético
 - problemas de las dietas (efecto yo-yo)
 - nutrición: las calorías, los nutrientes, grupos de alimentos;
 - efectos negativos de la inducción del vómito
 - las sensaciones de hambre

Actividades incompatibles y alternativas (Craighead, 1985)

Se eligieron las siguientes actividades para bloquear los atracones: ordenador, salir de casa, tomar un café,

hablar por teléfono con amiga, quedar con amigos, visitar a familiares

Cambios en hábitos alimentarios (Stuart, 1967, 1971)

Se pretendía cambiar la respuesta motora relacionada con la conducta alimentaria inadecuada y, para ello se le dieron pautas dirigidas a comer despacio, en un mínimo de 20 minutos, y a comer menos cantidad de comida.

Ejercicio:

Se instauró un plan de ejercicio físico progresivo (Saldaña y Rosell, 1988), que consistía, en principio, en paseos, subir escaleras andando, realizar actividades cotidianas con más esfuerzo...

Terapia cognitiva (Mahoney y Mahoney, 1976)

Dirigida a cambiar las diferentes respuestas cognitivas desadaptativas:

- Evaluaciones negativas sobre la incapacidad personal para perder peso y la falta de control: “soy adicta a los dulces”, “no tengo fuerza de voluntad”, “es imposible controlarme
- Falta de flexibilidad y pensamiento dicotómico: “si no lo consigo seré una fracasada”, “si lo pruebo me lo comeré todo” .
- Pensamientos facilitadores (excusas): “me falta energía”, “me quitará el frío”, “es fiesta”.
- Pensamientos persistentes sobre la comida y ciertos alimentos.

3ª FASE: Se dirigió a la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Los objetivos fueron:

- Eliminar los episodios de ingesta.
- Detección de las situaciones problemáticas: cadenas conductuales.
- Realizar más ejercicio.
- Decir no.
- Continuar con la pérdida de peso.
- Seguir practicando y aplicando las técnicas aprendidas.

Las técnicas que se aplicaron fueron:

Exposición con prevención de respuesta (Kennedy, Katz, Neitzert, Ralevsky y Mendlowitz, 1995)

Se realizó una jerarquía de alimentos por grado de deseo y pérdida de control hacia el mismo y se le expuso a éstos sin que pudiera comérselos.

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÉ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

Prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985)

- Diferencias entre transgresión y recaídas, análisis de las secuencias conductuales peligrosas (qué hacer en cada secuencia).

Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1993)

Se le entrenó en “decir no” cuando le ofrecen alimentos o le presiona la familia para que coma más y no se deje comida en el plato.

Habilidades terapéuticas:

Entre las habilidades que el terapeuta utilizó, hay que resaltar:

- Utilización del humor.
- Dar expectativas realistas de éxito: mostrar estadísticas, informar sobre las dificultades respecto a la pérdida de peso e informar sobre la larga duración que entraña perder peso.
- Extinción del llanto en las sesiones y refuerzo del control.
- Establecer metas realistas sobre el peso, introducción de cambios en hábitos alimentarios, comenzando por los más fáciles.
- Motivar: valorar junto a la cliente las ventajas/desventajas de perder peso.
- Reforzar conductas alimentarias (el control de los atracones, comer menos, realizar tareas y cumplir las indicaciones) y extinguir las inadecuadas. No prohibir alimentos. Enseñarle el manejo del autorrefuerzo.

Problemas surgidos:

- En las primeras entrevistas no quería contar nada relacionado con los problemas de su hermano que le estaban afectando, decía que le resultaba muy doloroso contarlos y que temía llorar, después de reestructurarle estas ideas acabó contándolos.
- El marido trabajaba por turnos lo que provocaba que no hubiera un horario estable de comidas (ej. habían días que comían a las 13.30 h. y otros a las 16.30 h.). Se entrevistó al marido y se averiguó la posibilidad de que pidiera un turno estable, se le entrenó en habilidades sociales para pedir el cambio de turno.
- La falta de refuerzo inmediato cuando controlaba los atracones, por lo que se le entrenó en autorrefuerzo y cada vez que lograba controlar, ahorraba el dinero

que se hubiera gastado en alimentos, y se compraba pequeños regalos. Se entrenó también al marido en habilidades para reforzar a la cliente.

- En las sesiones de Terapia Cognitiva, se ponía a llorar porque se sentía culpable por tener pensamientos irracionales (“soy estúpida por tener estos pensamientos”), aparecían ideas sobre las mismas ideas que se discutían (metacogniciones). Cuando se comenzaron a discutir estas metacogniciones el llanto desapareció.
- Cuando no controlaba su conducta alimentaria se sentía triste y culpable, se le enseñaba la gráfica de peso semanal y los avances generales, así como el análisis funcional indicándole que culpabilizarse producía volver a comer.
- En las exposiciones in vivo que se realizaban en consulta a alimentos, no aparecían deseos de comer, lo que se solucionó dándole instrucciones para autoexposición fuera de consulta.

Resultados y seguimiento

Se realizó un total de 29 sesiones, 4 de evaluación, 9 de tratamiento específico para la depresión, 13 sesiones para el problema de alimentación y 3 sesiones de seguimiento (a los 2 meses, a los 6 meses y al año).

Depresión:

- Insomnio: restableció el patrón de sueño.
- Llantos: desaparecieron casi totalmente (pasó de una media de 2 veces al día, a llorar esporádicamente y con menor intensidad).
- Actividades: restableció las actividades que había dejado de hacer, aseo personal, aspecto físico, tareas domésticas y de ocio (dentro y fuera de casa), decidió, en este periodo, dejar de estudiar y buscar trabajo.
- BDI: en la primera sesión la puntuación fue de 32, al finalizar el tratamiento para la depresión en la sesión trece fue de 19. Al finalizar el tratamiento del problema de alimentación, la puntuación fue de 12. En las sesiones de seguimiento los resultados fueron: 10 (a los 2 meses), 9 (a los seis meses) y 2 (al año). Ver gráfico 1.
- Otras áreas: se siente segura de sí misma, alcanza sus metas, se siente valiosa como persona, ha aumentado su autoestima.

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÉ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

Ingesta compulsiva

- Aumento del control, distingue entre ansiedad y hambre, no come cuando está nerviosa, han disminuido los pensamientos acerca de la comida
- Frecuencia de ingestas: se produjo una reducción progresiva de tres semanales a una mensual (a mitad del tratamiento, una semanal).
- Kc. Ingesta compulsiva: progresivamente se pasó de 1500 - 3000 a 500 - 800.
- Duración de las ingestas: reducción progresiva, después de tratamiento cuando se produce la ingesta la duración de esta es menor (pasó de 1- 2 horas a 20 min. - 1 hora), introduce más periodos de parada, pero se siguen produciendo durante todo el día.
- La forma de comer es menos rápida, los bocados más pequeños y realiza mayor número de masticaciones (según información de la cliente) (Ver tabla 4).

Obesidad:

- Su peso al inicio del tratamiento es de 106,5 kg, al finalizar las sesiones de tratamiento para la depresión es de 104,5 kg, al finalizar el tratamiento es de 99,5 kg. En el primer seguimiento, a los dos meses, es de 100; en el segundo seguimiento, al sexto mes,

es de 98 kg.; y en el seguimiento realizado al año, es de 94 kg.

- Kc. Medias totales: pasó progresivamente de 2800 a 1700 Kc (Ver tabla 5).

Los resultados señalan que la mejora del estado de ánimo viene asociada con una primera reducción de peso, concretamente de 2 Kg al finalizar la intervención en depresión (sesión 13). En principio se podría justificar esta mejora por la relación entre los atracones y el estado de ánimo deprimido. Al mejorar el estado de ánimo se producen menos atracones y por lo tanto se da una primera disminución de peso como se observa en los gráficos.

En el gráfico 1 se muestran las puntuaciones del BDI. Se constata una evolución de las puntuaciones, concretamente podemos señalar que al finalizar la etapa de tratamiento la puntuación en el BDI es de 19, produciéndose una disminución de 13 puntos respecto a la línea base que era de 32, pasando de depresión grave a depresión leve. Las puntuaciones siguen disminuyendo hasta alcanzar sus cuotas más bajas, ausencia de depresión, en el seguimiento anual.

En el gráfico 2 se muestra la evolución del peso a lo largo de las sesiones de tratamiento. Se percibe un primer cambio abrupto en la tendencia en el momento en que se inicia el tratamiento para la depresión. Al fi-

Tabla 4. Kc. Por ingesta compulsiva y nº de ingestas antes y después tratamiento

	kc. por ingesta	nº de ingestas
Evaluación	1500 a 3000	3 semanales
post-tratamiento	500 a 800	1 mensual

Tabla 5.kc. diarias antes y después

	media diaria Kc. totales	Balace energético
Evaluación	2800	Positivo
post-tratamiento	1700	Negativo

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓ EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓ.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORÉNS

nalizar la intervención en el trastorno de alimentación la pérdida de peso es de 7 kg. Y en el seguimiento al año de 12.5 kg. En general, la mejora del estado de ánimo va asociada a una disminución del peso y viceversa.

Discusión

Podemos observar cómo en la historia del problema de alimentación aparece en un principio un problema de anorexia. Más tarde un problema de bulimia, que desencadena en obesidad y paralelamente aparece el trastorno por atracón. Esto sugiere una evolución del problema de alimentación y un ir y venir, en la historia de la cliente, de un trastorno de alimentación a otro. En una reciente publicación de Fairburn (2003), podemos encontrar una descripción detallada de los cambios evolutivos de los trastornos de alimentación. Esto nos hace plantearnos lo difícil que resulta resolver este tipo de problemas, la necesidad de detección temprana y la prevención de los mismos comenzando en la familia y ámbito escolar.

En este artículo hemos querido demostrar que la Terapia de Conducta cuenta con una gran diversidad de técnicas eficaces y efectivas para tratar la depresión y, lo que se viene llamando, trastornos no específicos o atípicos de la alimentación, de forma conjunta, haciendo hincapié en la relación que existe entre ambos. Dejando claro que el mejor tratamiento pasa por una pormenorizada evaluación y un minucioso Análisis Funcional de la o las conductas problemas que nos traen a consulta nuestros clientes.

Referencias

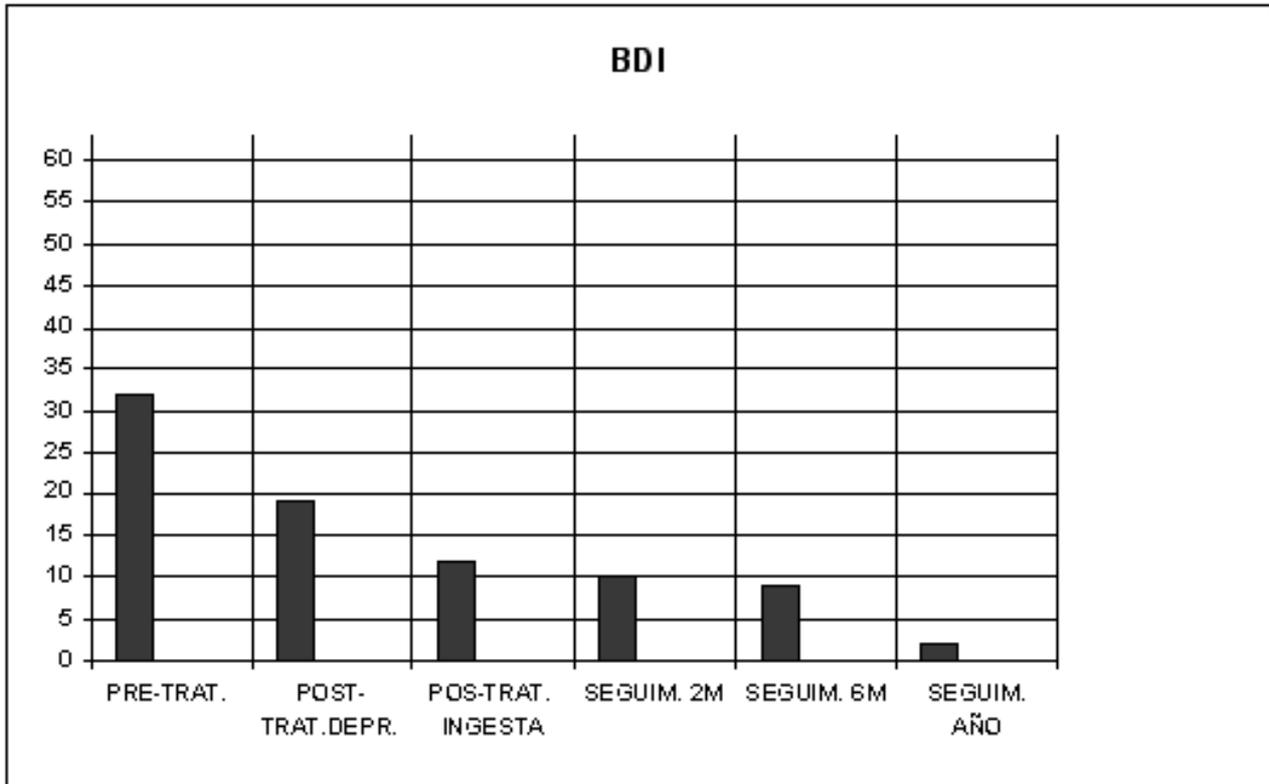
Arnou, B., Kenardy, J., y Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-171.

Bellack, A. S. (1975). Behavior therapy for weight reduction. *Addictive Behaviors*, 1, 73-82.

Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.

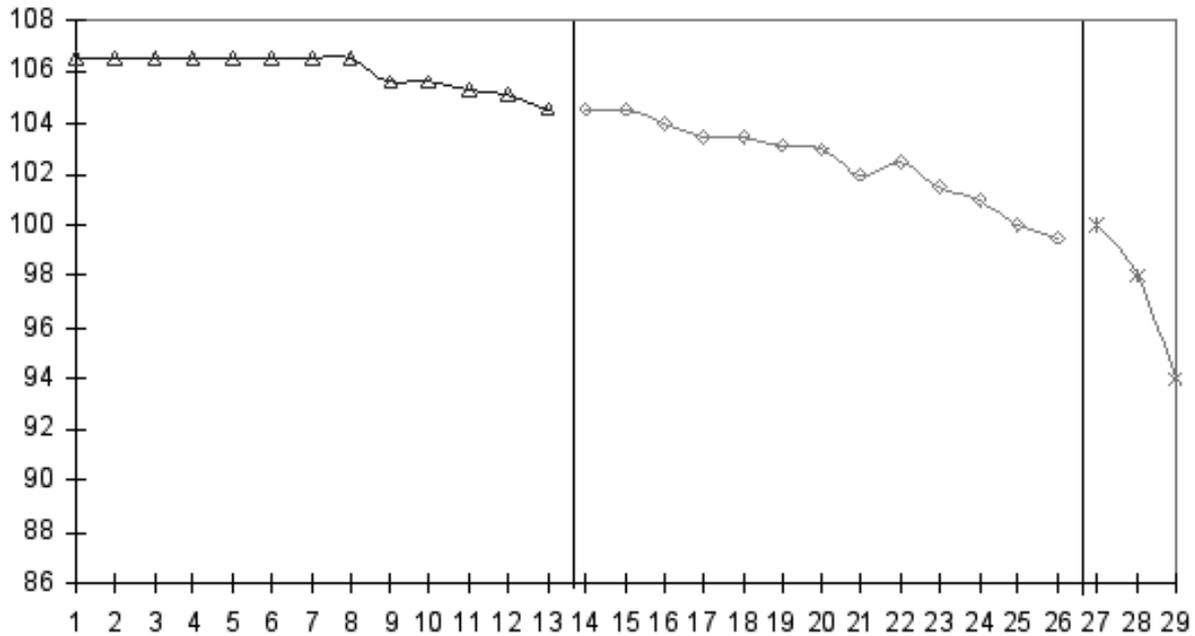
Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1983) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Madrid. DDB

Gráfico 1.VARIACION DE LAS PUNTUACIONES DEL BDI



TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓ EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓ.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORÉNS



Bootzin, R. R., Epstein, D y Word, J. M. (1991). Stimulus control instructions. En P. J. Hauri (Comp.). *Case studies in insomnia* (pp. 19-28). New York: Plenum.

Bruce, B., y Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 58-61.

Bruce, B., y Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365-373.

Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI.

Craighead, L. W. (1985). A problem-solving approach to the treatment of obesity. En M. Hersen y A. S. Bellack (eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum Press.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao. DDB

Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao. Desclée De Brouwer, 1975.

Ellis, A. y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. Northon Hollywood, California: Wilshire Books.

Fairburn, C. G. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.

Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146, 401-408.

Fairburn, C. G., y Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.

Fairburn, C. G., Marcus y Wilson (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: *A comprehensive treatment manual*. En C.G.

Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assesment and treatment*. (pp.361-404). New York: The Guildford Press.

Garner DM, Olmstead MP, Polivy J.(1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Eating Disorders*, 2, 15-34.

Grissett, N. I., y Fitzgibbon, M. L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: support for BED and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviors*, 21, 57-66.

Gotestam, K. G., y Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119-126.

Kanfer, F.H y Phillips, J.S. (1976). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. Madrid. Trillas.

TEMES D'ESTUDI

INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.
MIGUEL J. PERELLÓ, CONSUELO MARTÍNEZ Y NOELIA LLORENS

- Kennedy, S. H., Katz, R., Neitzert, C. S., Ralevsky, E. y Mendlowitz, S. (1995). Exposure with response prevention treatment of anorexia nervosa-bulimic subtype and bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 6, 685-689.
- Kinzl, J. F., Trawegger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.
- Le Grange, D., Gorin, A., Catley, D., & Stone, A. A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview? *European Eating Disorders Review*, 9, 1-16.
- Lewinsohn, P.C (1981). Programas de actividades en el tratamiento de la depresión. (pp. 101-117) J.D. Krumboltz y C.E. Thorensen. *Métodos de Consejo Psicológico*. Madrid. DDB
- Mahoney, M. J. y Mahoney, B. K. (1976). *Permanent weight control*. New York: Norton.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-IV. (1995). Ed. Mason.
- Marcus, M. D. (1993). Binge eating in obese. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment, and treatment* (pp. 77-120). New York: Guilford Press.
- Marcus, M.D., Wing, R.R, y Fairburn, C. G , (1995). Cognitive treatment of binge eating vs. Behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, S090.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., y Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433-439.
- Marlatt GA, Gordon GR. (1985). Relapse prevention: *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford
- Pastor, C. y Sevilla, J. (1990). Análisis Funcional de conducta, un modelo práctico de intervención. *Información Psicológica*, nº 42. Junio
- Pastor, C. y Sevilla, J. (1990). Historia Personal. Cuestionario Biográfico. *Sin publicar*.
- Perelló, M.J., Martínez, C. y Llorens, N. (2001). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión. *Información Psicológica*, 76, 43-49.
- Rodin, J. (1987). *Controle su peso*. Barcelona: Granica.
- Saldaña, C (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno del comportamiento alimentario. En M. Perez, J. M. Fernandez, C. Fernandez y I Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp-141-160), Madrid. Pirámide.
- Saldaña, C y Rosell, R. (1988). *Obesidad*. Madrid. Martínez Roca.
- Sevilla, J. y Pastor, C.(1996). *Tratamiento Psicológico de la Depresión. Un manual de autoayuda paso a paso*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. Valencia.
- Slade, P. (1982). Towards a functional análisis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Psychology*, 21, 167-179.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 227-232.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A. J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W. S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial for the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A. J., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 357 - 365.
- Stuart, R. B. (1971). A three-dimensional program for the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 177-186.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, E. G., Mckenzie, S. M. y Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorder: Obesity, anorexia, and bulimic nervosa*. New Cork: Pergamon Press.