

L a Bulimia Nerviosa y su tratamiento.

Elia Roca Villanueva

Psicóloga

C.S.M. Malvarrosa, SERVASA Área 4

RESUMEN

En este artículo se hace un resumen del conocimiento científico actual acerca de la Bulimia Nerviosa (BN) centrándonos en los tratamientos que se han mostrado eficaces, especialmente en el que cuenta con más apoyos empíricos hasta el momento: la terapia cognitivo-conductual de Fairburn basada en el modelo cognitivo de este mismo autor. A continuación se destacan las pautas principales de esta forma de terapia.

INTRODUCCION

Los trastornos de alimentación como la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa, son un problema creciente en las sociedades industrializadas. El culto a la imagen corporal y la moda de la delgadez femenina, típicas de nuestra cultura en las últimas décadas, parecen ser un factor determinante en el surgimiento de estos problemas que afectan principalmente a mujeres jóvenes. No obstante los factores que inciden en su inicio y mantenimiento son múltiples, incluyendo también aspectos biológicos, psicológicos y familiares.

Descripción del trastorno:

Según el DSM-IV, las características esenciales de la BN consisten en atracones y en métodos compensatorios inadecuados -como el vómito autoinducido-, para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. El atracón se define como el consumo, a lo largo de un período de tiempo corto, de una cantidad de comida muy superior a la que ingeriría la mayoría de personas. Estos episodios pueden desencadenarse por los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersona-

les estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o la preocupación excesiva por el peso, la silueta y los alimentos.

Otra característica de este trastorno es que quienes lo padecen suelen sentirse muy avergonzados y tienden a ocultarlo.

Historia reciente:

El interés por la B.N. se inició en la mitad de los años 70 al publicarse una serie de informes describiendo el «síndrome de atracones y purgas» entre estudiantes universitarias americanas. El trastorno captó aún mas la atención con la publicación de un artículo titulado «Bulimia Nerviosa: una variante nefasta de la Anorexia Nerviosa» escrito por el Dr. Russell de Londres, una autoridad en el campo de la anorexia nerviosa (Russell, 1979).

A partir de su inclusión, en 1980, como entidad diagnóstica en el DSM-III, la B.N. ha llegado a ser un tema relevante tanto en la literatura popular como en las publicaciones científicas especializadas.

En 1980, Fairburn publicó en la revista femenina *Cosmopolitan* un artículo en que se describían los síntomas de este trastorno y se pedía a las lectoras que lo sufriesen, que se pusieran en contacto con el autor para rellenar un cuestionario, ayudando así a la investigación sobre este trastorno. En unos días se recibieron mas de 1000 respuestas. La mayoría de las que respondieron al cuestionario parecían tener BN aunque solo el 2,5 % estaba recibiendo alguna forma de tratamiento para este problema.

Los resultados de este estudio sugerían que la BN era una enfermedad importante, no detectada en la gran mayoría de los casos (Fairburn y Cooper, 1982).

Posteriormente se han realizado numerosas investigaciones sobre este tema y se ha hallado que la BN es un importante problema de salud en numerosos países, concretamente en aquellos en que se presentan más casos de anorexia nerviosa. Recientemente se ha extendido a países mediterráneos como Italia y España y su incidencia, en general, parece ser creciente (Fairburn, 1995).

En el estudio pionero, de 1980, del Cosmopolitan se constató que solo el 2,5 % de los casos de BN hallados estaban en tratamiento. Esa reticencia al tratamiento, aunque no en forma tan extrema, sigue observándose en la actualidad según los resultados de diversos estudios (Fairburn, 1995).

Las razones por las que estos pacientes son reacios a buscar ayuda parecen ser la vergüenza, el sentimiento de culpa y el temor a que otras personas se enteren. También parece influir la tendencia a minimizar el problema y la falta de confianza en que puedan hallar una ayuda eficaz.

Epidemiología

La tendencia a ocultar los síntomas y a no buscar ayuda, tiene como consecuencia que los estudios realizados sobre muestras clínicas infravaloren enormemente la magnitud del problema.

Para evitar ese sesgo se han estudiado muestras comunitarias, con la esperanza de que los índices hallados en ellas sean más fiables.

Desde 1980 se han realizado por todo el mundo más de 60 estudios sobre la prevalencia de la BN y se ha hallado que este problema afecta a entre el 1 y el 2 % de mujeres adultas jóvenes (Fairburn, 1995). Según el DSM-IV, la B.N. se encuentra en el 1 al 3 % de adolescentes y jóvenes adultas mien-

tras que, en el sexo masculino, la prevalencia es 10 veces menor.

Diversos estudios sugieren que el número de casos sigue incrementándose en la actualidad.

Curso

Según el DSM-IV, la BN suele iniciarse al final de la adolescencia o principios de la vida adulta; persiste, al menos varios años, en un elevado porcentaje de pacientes en muestras clínicas y se desconoce su evolución a largo plazo.

Keel y Mitchel (1997) realizan una revisión de 88 estudios llevados a cabo en mujeres de la población general, considerando a aquellas que llegaron a desarrollar BN al menos seis meses después del inicio del estudio. Los resultados muestran que: en los 5 a 10 años después del inicio del trastorno, alrededor del 50% de mujeres inicialmente diagnosticadas con B.N. se habían recuperado totalmente, mientras que aproximadamente el 20% seguían cumpliendo todos los criterios de la B.N. De las pacientes recuperadas, un 30% experimentaban recaídas y el riesgo de recaída parecía disminuir después de 4 años.

Estos autores encuentran que, aunque en los casos tratados había una mejoría significativa a corto plazo, en los seguimientos mayores de 5 años no se hallaban diferencias entre los grupos de pacientes tratados y los que no recibían tratamiento. No obstante, estos resultados deben tomarse con cautela ya que parece lógico que los casos más graves sean los que demandan tratamiento y esta mayor gravedad facilitaría las recaídas.

Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Doll y Peveler (1995) consideran que la evolución a largo plazo de este trastorno depende del tipo de tratamiento administrado siendo mejor cuando los pacientes son tratados con terapia cognitivo conductual y, según un estu-

dio reciente, también con terapia interpersonal.

Las causas de la bulimia nerviosa

Hasta hoy, la mayor parte de todo lo publicado sobre las causas de la BN constituyen hipótesis que no han sido demostradas empíricamente, pero los investigadores están de acuerdo en que la explicación de este trastorno requiere una perspectiva multidimensional que incluya factores biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socio-culturales, que interactúan entre sí tanto en el desencadenamiento como en el mantenimiento de este trastorno (Garfinkel y Garner, 1982; Strober y Yager, 1985; citados por Fairburn 1995).

En la B.N. se hallan una serie de factores relacionados, algunos de los cuales son causantes, otros resultantes y otros son tanto causas como resultado de este trastorno. Un ejemplo de estos últimos es la *dieta estricta* que favorece la aparición de atracones y las subsiguientes conductas de purga pero que, a su vez, es también resultado de la B.N. ya que se utiliza para intentar controlar la ingesta (Fairburn, 1995; Pederson, Mitchell, Fenna, Crosby, Miller y Hoberman, 1997).

La influencia de la dieta en el surgimiento y en el mantenimiento de la BN parece deberse a diferentes factores. Uno de ellos es que al dejar de ingerir carbohidratos, la persona se priva de un supresor del apetito potente e inmediato. También parece que la dieta estricta afecta a ciertos neurotransmisores del cerebro, en particular a la serotonina, y que este efecto es mayor en las mujeres que en los hombres. Esto podría explicar por qué una historia personal o familiar de depresión aumenta el riesgo de padecer B.N. Una anomalía en la serotonina cerebral puede suponer el riesgo de padecer BN y, en el caso de las mujeres, el hacer dieta puede incrementar ese riesgo (Fairburn et al, 1995).

Otro factor, que es a su vez desencadenante y mantenedor de la BN, es la preocupación excesiva por la figura y el peso.

Otros factores significativamente relacionados son: la baja autoestima y el perfeccionismo. El perfeccionismo se convierte en factor de alto riesgo para la B.N. cuando se asocia a la percepción de sobrepeso (Joiner; Heatherben, Rudd y Smitdt, 1997). Otro factor que favorece el inicio y mantenimiento de la B.N. son los sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información relacionada con la alimentación, el peso y la figura; que se han constatado empíricamente (Cooper y Todd, 1997).

También se han observado, tasas particularmente elevadas de auto-evaluación negativa, en las personas que después desarrollan B.N. desde antes del inicio de esta (Fairburn, 1997).

Fairburn (1997) propone que existen dos tipos de factores de riesgo para la B.N.: los que incrementan el riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico en general y aquellos que aumentan la probabilidad de hacer dieta, siendo estos últimos especialmente relevantes en la B.N. Este autor llega a la conclusión de que la B.N. es el resultado de: la exposición a los factores de riesgo comunes a cualquier psicopatología, a los que se suma la exposición a los factores que aumentan la probabilidad de hacer dieta.

Complicaciones y síntomas asociados

La mayoría de complicaciones, a nivel de salud física (cuadro 1), se relacionan con las purgas.

En cuanto a psicopatologías asociadas a la BN se hallan con frecuencia el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. Muchos pacientes afirman que sus síntomas depresivos son secundarios a la BN pero, en ocasiones, la sintomatología depresiva precede al inicio de la B.N.

También se observa una alta incidencia

de problemas de ansiedad, siendo el más común la ansiedad social. Diferentes estudios han hallado problemas interpersonales y en otros se han evidenciado déficits en las redes sociales, que se refieren tanto a la cantidad como a la calidad de las relaciones interpersonales de estos pacientes (Tiller, Sloane, Schmidt, Troop, Power y Treasure, 1997).

Según el DSM-IV, el abuso o dependencia de sustancias -principalmente alcohol y estimulantes- se ha observa-

do en un tercio de personas con BN. El consumo de estimulantes suele iniciarse en un intento de controlar el apetito y el peso. Para el DSM-IV los trastornos de personalidad son también comunes entre los pacientes con BN y, aunque las investigaciones dan resultados contradictorios, probablemente se hallarían en un tercio o hasta una mitad de personas con B.N. tratándose la mayoría de veces del trastorno de personalidad límite.

No obstante, Fairburn recomienda

CUADRO 1: PROBLEMAS FÍSICOS MAS COMUNTE ASOCIADOS A LA BULIMIA NERVIOSA

Problemas debidos a los atracones: El exceso de comida que se ingiere en un atracón produce una dilatación del estómago que puede dar lugar a:

- molestias de diverso grado (sensación de hinchazón, etc.).
- dificultad para respirar por la elevación del diafragma.
- daños o incluso desgarros de la pared del estómago propiciados por el hecho de que la dilatación hace la pared del estómago mas delgada. Esto ocurre muy raramente.

El vómito autoinducido puede producir:

- **daños en los dientes** con pérdida de esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos por lo que pueden llegar a resquebrajarse
- **hinchazón en las glándulas salivares** que puede incrementar la producción de saliva y que pueden dar al rostro una apariencia redondeada que ayuda a que la paciente se vea obesa.
- **daño en la garganta.** Frecuentemente se producen lesiones superficiales que, en ocasiones, se infectan. Estas lesiones pueden producir dolor, afonía o ronquera.
- **daño en el esófago.** En raras ocasiones, los vómitos violentos pueden producir desgarro del esófago con hemorragia abundante y existe riesgo, aunque remoto, de ruptura del esófago.
- **daño en la piel sobre los nudillos de la mano** que usan para vomitar (signo de Russell).
- **desequilibrio de los electrolitos.** El equilibrio de los fluidos corporales y de los electrolitos (sodio, potasio, etc.), puede alterarse en diferentes formas, algunas de ellas graves. La hipocalemia (bajo nivel de potasio) es la principal. La hipocalemia puede producir irregularidades en el ritmo cardiaco. Los trastornos en los electrolitos pueden producir también sed extrema, mareo, retención de fluidos que lleva a hinchazón en piernas y brazos, debilidad, letargia, tensión muscular y espasmos.

Efectos de los laxantes: El abuso de laxantes puede producir trastorno de fluidos y electrolitos con síntomas parecidos a los producidos por los vómitos.

El riesgo se incrementa cuando se usan conjuntamente.

Si se dejan los laxantes súbitamente, después de haberlos usado regularmente, se puede producir una retención de líquidos durante una semana aproximadamente. Esto da como resultado un incremento temporal del peso.

Efectos de los diuréticos: Los diuréticos no tienen tampoco ningún efecto en la absorción de calorías. Solo eliminan líquidos. Cuando se toman en grandes cantidades, pueden producir también trastornos de fluidos y electrolitos.

Otros problemas físicos frecuentes en la BN: En mujeres con BN se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea. No está del todo claro si estas alteraciones se deben a las fluctuaciones de peso, a déficits nutritivos o al estrés emocional.

(Fairburn, 1995 y Mehler, 1996).

centrarse en el tratamiento del trastorno alimentario ya que, según diversas investigaciones, cuando se normaliza la ingesta el resto de problemas incluso los "rasgos de personalidad límite" tienden también a normalizarse.

Las personas con BN se encuentran normalmente dentro del rango normal de peso pero, al parecer, antes de iniciarse el trastorno tienen mayor probabilidad de tener sobrepeso que la población general (DSM-4).

El tratamiento de la BN

La investigación sobre resultados de tratamientos indica claramente que los antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual (T.C.C.) de Fairburn, basada en el modelo cognitivo de la B.N. (ver cuadro 2) resultan eficaces a corto plazo.

Los **antidepresivos**, principalmente la fluoxetina, se muestran eficaces para reducir la frecuencia de atracones y vómitos autoinducidos y esta reducción se acompaña por una mejoría de otros síntomas como ansiedad, depresión y deterioro en el funcionamiento global (Mitchel y deZwaan, 1993).

No obstante, otros rasgos centrales del trastorno como la dieta extrema y la sobrevaloración del peso y la figura corporal parecen poco afectados por el tratamiento con antidepresivos y, como consecuencia, el problema no se resuelve del todo. Esto puede explicar el hecho de que se observe un alto índice de recaídas a largo plazo en los pacientes tratados con antidepresivos.

Por lo que se refiere al **tratamiento psicológico**, este también modifica la tendencia a hacer dietas extremas y las actitudes hacia el peso y la figura, así como otros síntomas de psicopatologías asociadas como: depresión, baja autoestima, deterioro en el funcionamiento social, y trastorno de personalidad (Fairburn, Kirk, O'Connor y Cooper, 1986; Fairburn, Agras y Wilson, 1992). Los resultados a largo plazo son

también mejores (Fairburn, Jones y Peveler, 1991; Garner et al 1993; Wilson, Eldredge, Smith y Niles, 1991). Los cambios terapéuticos se mantienen en seguimientos de 6 meses y un año (Agras, Schneider; Arnow, Raeburn y Telch 1989; Agras; Rossiter, Telch, Arnow, Eldredge, Wilfley, Raeburn y Telch, 1989; Agras, Rossiter, Telch, Arnow, Eldredge, Wilfley, Raeburn, Henderson y Marnell, 1994; Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993). Un estudio de seguimiento a 6 años mostró también que los efectos terapéuticos se mantenían (Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Doll y Peveler, 1995).

Varios estudios han comparado la eficacia diferencial de la TCC con los antidepresivos (imipramina y fluoxetina). Los resultados son los siguientes:

-Al comparar la TCC con los fármacos, la TCC es significativamente superior (Agras et al, 1992; Goldbloom et al 1995; Leitenberg et al 1994).

-Al comparar el tratamiento combinado (fármacos mas TCC) con medicación sola; es mas eficaz el tratamiento combinado (Agras, Schneider; Arnow, Raeburn y Telch, 1992; Goldbloom, Olmsted, Dawis y Shaw, 1995; Leitenberg, 1994; Mitchel et al, 1990; Walsh, Wilson, Loeb, Devlin, Pike, Roose, Fleiss y Waternaux, 1995).

-Al comparar la TCC a solas frente a la TCC mas antidepresivos, no se ha hallado ninguna diferencia significativa en cuanto a reducción en los atracones y purgas en el tratamiento combinado (Agras et al, 1992; Goldbloom et al, 1995; Leitenberg et al, 1994).

-Al comparar TCC mas placebo con TCC mas medicación no se hallaron diferencias significativas (Fitcher, Leib y Rief, 1991; Mitchell et al, 1990; Wals y Wilson, 1995).

En conjunto, la investigación demuestra la superioridad de la TCC sobre los fármacos (Fairburn, 1995; Wilson, 1996)

-Por lo que se refiere a otras formas de terapia, la TCC de Fairburn ha sido

ampliamente investigada en comparación con otros tratamientos y se ha hallado significativamente superior excepto en una comparación con la Terapia Interpersonal con la que se obtuvieron resultados similares a largo plazo (Fairburn et al, 1991; Fairburn y Jones, 1993; Fairburn et al, 1995), aunque los resultados de este estudio han de ser replicados.

Por el momento, la terapia cognitivo-conductual de Fairburn, se considera el tratamiento de elección para la B.N. (Fairburn, et al, 1992; Leitenberg, 1994; Wilson, 1995; Craighead y Agras, 1991; Fairburn et al, 1991; Garner et al, 1993; Wilson, Eldredge, Smith y Niles, 1991; Rossiter; Agras, Losch y Telch, 1988; Walsh, Wilson, Loew, Devlin, Pike, Roose, Fleiss y Waternaux, 1997).

La terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa, basada en el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa formulado por Fairburn, (ver cuadro 2) fue descrita por este autor a principios de los años 80 y publicada en un manual que se ha utilizado como guía de la terapia, en estudios sobre su eficacia llevados a cabo por diferentes investigadores en distintos países (Wilson, Fairburn y Agras; 1996).

Después se han publicado versiones más actualizadas del mismo (ej., Fairburn, Marcus y Wilson, 1993).

En su forma más usual, el tratamiento se hace a nivel individual y dura alrededor de 5 meses.

Fairburn divide su terapia en tres etapas cuyas pautas básicas resumimos seguidamente:

Primera Etapa: suele durar 8 sesiones con una entrevista semanal y se llevan a cabo las siguientes tareas.

(A) **Explicar al paciente el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa** (cuadro 2) e ir clarificándolo a lo largo de las sesiones.

(B) **Monitorizar la ingesta** incluyendo:

Cuadro 2: EL MODELO COGNITIVO DE LA B.N. (FAIRBURN, 1981, 1985)

Según este modelo, en la BN existen vacíos de factores que interactúan entre ellos, dando lugar a una serie de círculos viciosos que fomentan y mantienen el problema. Entre ellos destacan los siguientes:

- 1.- **baja autoestima** (ligada a personalidad perfeccionista que se autoexige metas estrictas como la delgadez y se autocondena si no las consigue)
- 2.- **preocupación extrema por lograr una figura y un peso idealizado**
- 3.- **dieta estricta**
- 4.- **atracones**
- 5.- **medidas compensatorias inadecuadas como:**
vómitos autoinducidos, laxantes y / o diuréticos

El factor más crucial es el valor extremo que da la paciente al logro de un peso y una figura corporal idealizados.

Esto la lleva a hacer dietas extremas de forma rígida, lo cual la predispone a tener pérdidas ocasionales de control (atracones).

Dado el valor extremo que dan a la delgadez, emprenden formas también extremas de compensación de dichos atracones, como el vómito autoinducido.

A su vez, los vómitos autoinducidos facilitan los atracones porque la creencia en su eficacia para deshacerse de la comida ingerida, reduce la tendencia natural a no comer en exceso.

La preocupación excesiva acerca del peso y la figura, particularmente la tendencia a hacer depender de ellos la propia autoestima promueve la dieta extrema y, por tanto, mantiene todo el problema.

La alteración cognitiva típica de la BN consiste en una serie de ideas sobrevaloradas acerca del peso y la figura.

La principal predicción que se deriva del modelo cognitivo de la BN es que, entre los pacientes que responden al tratamiento, el nivel residual de la alteración cognitiva, predice los resultados a largo plazo. Es decir, los que mantienen la alteración cognitiva, (aunque hayan mejorado su conducta alimentaria) en el momento de la finalización del tratamiento, recaen y viceversa. Esto se ha comprobado en diversos estudios (igual que ocurre en otros trastornos como el pánico).

todo lo ingerido; los atracones y purgas; las circunstancias en que surgen estas conductas, y los pensamientos relacionados. Estos registros se revisan después en cada sesión. El modelo de registro a utilizar puede hallarse en Fairburn 95 que se publicará próximamente en castellano por Paidós.

(C) Pesarse semanalmente anotándolo en el registro y analizando en la sesión sus reacciones ante cualquier cambio.

(D) Educación-información sobre:

- 1.- **El peso corporal y su regulación.**
- 2.- **Las consecuencias físicas del atra-**

cón, el vómito autoinducido y los laxantes.

3.-La relativa ineficacia de los vómitos y las purgas, como método para controlar el peso.

4.-Los efectos adversos de la dieta

(E) Prescripción de un patrón de alimentación regular, en forma que no haya más de 4 horas de intervalo entre una comida y otra y sin ingerir alimentos entre comidas.

Para ayudarles a conseguirlo se aconsejan **medidas de control de estímulos**, como:

-No realizar ninguna otra actividad mientras come.

-Comer siempre en el mismo lugar de la casa, la misma habitación, la misma mesa, etc.

-Limitar la cantidad de alimentos disponibles mientras come.

-Practicar el dejar algo de comida en el plato.

-Tirar la comida sobrante. De forma que no puedan volver después a comérsela.

-Limitar la exposición a comidas peligrosas.

-Planificar la compra y la lista de la compra, haciéndola después de comer (cuando no tenga hambre). Ir a la compra con el dinero justo y comprar preferentemente comidas que necesiten preparación, (que no puedan ser tomadas directamente, sin cocinarlas).

-Evitar en lo posible, el preparar comidas para otros y el estar en contacto con alimentos de fácil ingesta (ej., trabajar en pastelerías).

(F) Consejos acerca del vómito. Explícale las consecuencias (cuadro 1) y recordarle que, si deja de tener atracones será muy poco probable que continúe vomitando porque se rompe un círculo vicioso. Pedirle que intente de jar de vomitar y que no ceda al atracón apoyándose en que después vomitará.

(G) Consejos acerca de los laxantes y diuréticos. Informarles de su peligrosidad y su ineficacia. Si es necesario, anotar su utilización en los registros y abandonarlos gradualmente.

(H) Conductas alternativas al atracón y/o al vómito.

Se pide a la paciente que elabore una lista de actividades agradables, que puedan servir como alternativas al atracón. Esas actividades pueden incluir: visitar o telefonar a amigos, hacer ejercicio, escuchar música o tomar un baño. Después animarle para que las utilice en cuanto sienta el impulso de darse un atracón o de vomitar.

(I) Entrevistar a algún amigo o familiar. El objetivo es conseguir que la pacien-

te se abra a alguien y elicitarse un apoyo social adecuado. Es muy conveniente que la paciente explique a sus familiares y amigos, los principios del tratamiento para que así puedan comprender cómo ayudarle.

Según Fairburn, en la gran mayoría de casos, la Etapa I tiene como resultado una marcada reducción en la frecuencia de atracones, y en la mejoría del estado de ánimo.

2ª Etapa: Dura 8 semanas con una entrevista semanal. Los objetivos a cubrir son:

A)- Eliminación de la dieta. Es uno de los objetivos cruciales porque como hemos explicado, la dieta favorece los atracones. Abandonarla, no implica que se gane peso, ya que muchas entradas calóricas pueden deberse a los atracones.

Las comidas evitadas se jerarquizan según su grado de rechazo, y se categorizan en cuatro grupos de dificultad creciente. Cada semana, se pide a la paciente que consuma comidas de uno de los grupos, empezando por las más fáciles. Esos alimentos se ingieren como parte de una comida o un tentempié planificado en una cantidad razonable.

Durante la revisión y el análisis detallado de los autorregistros, es posible determinar cuándo el paciente está comiendo demasiado poco. Si éste es el caso, se le pide que coma más, hasta que por lo menos consuma 1500 calorías diarias.

B)- Reestructuración cognitiva

Como durante la primera etapa le hemos ayudado a captar sus pensamientos problemáticos y a ver su relación con el modelo cognitivo de la Bulimia nerviosa, al inicio de esta 2ª etapa, la paciente está ya lista para aprender a cuestionarlos buscando evidencias a favor y en contra.

Para lograr este objetivo, los procedimientos utilizados son similares a los descritos en la terapia cognitiva de Beck para la depresión, la ansiedad o los trastornos de personalidad y a algunas de

las técnicas más utilizadas en la RET.

Las distorsiones cognitivas de las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, son similares en cuanto a la forma, a las descritas por Beck para la depresión, aunque sus contenidos difieren, siendo en la BN relativos al peso, la figura y la ingesta.

Se siguen los procedimientos estandar para elicitarse los pensamientos problemáticos y, una vez identificados, Fairburn recomienda reestructurarlos en un proceso de 4 etapas :

- 1.- *Reducir o traducir el pensamiento a su esencia.*
- 2.- *Buscar argumentos y evidencias que apoyan los pensamientos.*
- 3.- *Buscar argumentos y evidencias (lógicos y empíricos) que pueden poner en duda un pensamiento.* Siempre que sea posible, se utilizan los experimentos conductuales.
- 4.- *buscar una conclusión razonable que la paciente utilizará para gobernar su conducta y reemplazar las actitudes irracionales que antes regían sus conductas y emociones contraproducentes.* Esta conclusión se redacta en forma de frase, una por cada actitud problemática, y se utiliza en diversas formas ejs: recitar esta frase cada vez que surge el pensamiento o actitud problemática que desea modificar, actuar según ella, etc.

Una vez que la paciente se ha acostumbrado a examinar sus pensamientos problemáticos en las sesiones, se le pide que practique ésta técnica por sí misma, anotando sus pasos al dorso de su autorregistro diario de comidas. Se le anima para que practique tan a menudo como sea posible y se analizan sus intentos en cada sesión de tratamiento.

El tratamiento de las distorsiones y/o la repulsa acerca de la autoimagen corporal

Algunas pacientes con bulimia nerviosa, tienen una clara distorsión de la imagen corporal, según la cual, sobrestiman su talla o alguna parte de su cuerpo.

Como sugieren Garner y Bemis (citados por Fairburn, 1994), podemos ayudar a la paciente a considerar que es como si se hubiese vuelto ciega a los colores con respecto a su figura. Siempre que se perciba como obesa puede recordarse a sí misma que tiene esta distorsión, y que por tanto, es mejor juzgar su figura en función de: las opiniones de personas fiables de su alrededor; los datos objetivos del peso que comprueba semanalmente, y las tallas de la ropa que usa.

Algunos pacientes con BN (aunque es más frecuente en la anorexia nerviosa) sienten una extrema repulsa hacia el propio cuerpo. Estos pacientes evitan mirarse. Pueden vestirse o desvestirse en la oscuridad, usar ropas anchas sin forma, evitar espejos y en casos más extremos, no bañarse jamás y ducharse con ropa. **El tratamiento de esta alteración, requeriría la exposición o, dicho en términos cognitivos, el «actuar en contra de su esquema disfuncional».**

C)- Entrenamiento en resolución de problemas siguiendo las pautas estandar. Esta técnica se utiliza como ayuda para que la paciente pueda manejar dificultades que, de otra forma, podrían resultar en un atracón.

Se pide a la paciente que practique éste método de solución de problemas a la menor oportunidad y que lo anote en el registro diario de alimentación, en la casilla correspondiente a "circunstancias relacionadas". Cuando le surja cualquier dificultad que escriba «problema» en dicha columna y, por detrás que anote cada una de las etapas de solución de problemas, que lleva a cabo para resolverlo.

Según Fairburn, en la gran mayoría de casos, la Etapa 2ª produce una consolidación de las ganancias hechas en la 1ª fase del tratamiento. Los atracones, se vuelven infrecuentes o cesan por completo, mientras que los pensamientos y las actitudes problemáticas hacia el peso y la figura se vuelven menos prominentes.

El progreso hay que juzgarlo globalmente. Es posible que la paciente mejore en sus conductas, pero continúe con sus creencias problemáticas, lo cual, según el punto de vista cognitivo, mantendría el trastorno. En tales casos, el progreso es probable que fuese solo a corto plazo.

Etapas 3: prevención de recaídas. Consta de 3 entrevistas, una cada 15 días.

El objetivo de esta Etapa es asegurar que el progreso se mantenga después de la terapia. Fairburn aconseja que a las pacientes que aún tengan algún síntoma, que son la mayoría, y que se preocupen por la finalización del tratamiento, se les explique que lo más usual es que continúen mejorando después de acabar la terapia.

En esta etapa final, hay que comprobar si las expectativas de las pacientes son realistas. Muchas, esperan no volver a comer en exceso, ni vomitar ni usar laxantes nunca. Estas expectativas han de revisarse porque les haría más vulnerables a reaccionar catastróficamente a cualquier pequeña recaída. Se les ayuda a ver que es más útil permitirse a sí mismas el pasarse con la comida en alguna ocasión, sin verlo como algo negativo.

Durante este estadio final de tratamiento, se les pide que consideren qué ingredientes terapéuticos les han sido más útiles. También se les ayuda a preparar un plan por escrito para afrontar ocasiones futuras cuando sientan que su alimentación está empezando a ser un problema.

Se les recuerdan los riesgos de hacer dieta. Pueden caer en la tentación de volver a hacerla en alguna ocasión, por ejemplo después de tener un hijo, siendo esto bastante arriesgado. Fairburn aconseja que no vuelvan a hacer dieta a menos que haya un sobrepeso objetivo o que existan razones médicas para ello.

Comentario final

Aunque este tratamiento de Fairburn es el tratamiento de elección en la actualidad, su eficacia es aún limitada ya que, según algunas investigaciones, solo dejaría totalmente libres de síntomas al 50% de los pacientes tratados (Wilson, 1996). De los restantes, algunos mejoran y otros no.

Para los que no responden, parece lógico concluir que se les apliquen otras técnicas que también han mostrado utilidad en el tratamiento de este trastorno. El problema es que, los que no responden a la terapia de Fairburn, tampoco suelen responder a otros tratamientos (Wilson, 1996). En cualquier caso, existen datos abrumadores de que lo más eficaz y eficiente es aplicar en primer lugar esta terapia, siguiendo las pautas del correspondiente manual (Fairburn, 1993 y Fairburn 1995; que será editado próximamente en castellano por Paidós).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

-AGRAS, W.S.; ARNOW, B.; RAEBURN, S.D.; TELCH C.F. (1992). Pharmacologica and CBT treatment for bulimia nervosa. *American Journal of psychiatry*. 149, 82-87.

-AGRAS, W.S.; ARNOW, B.; RAEBURN, S.D.; TELCH C.F. (1989) Cognitive, behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 57, 215-221

-CRAIGHEAD L. W. Y AGRAS, W.S. (1991). Mechanisms of action in CBT and pharmacologic treatments of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 115-125.

-FAIRBURN C.G. (1985) Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: Garner DM, Garfinkel, PE eds. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York. Guilford Press, 160-192.

-FAIRBURN, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. Guilford Press. Nueva York

-FAIRBURN, C.G. (1996). *Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa*. In Garner, D.M. and Garfinkel PE. Eds. *Handbook of treatment of eating disorders*. New York. Guilford Press.

-FAIRBURN, C.G. AGRAS W.S. y WILSON G.T. (1992). The research of the treatments of bulimia nervosa. In Anderson G.H., Kennedy, S.H. Eds. *The biology of feast and famine*. Orlando Fla: Academic Press Inc: 317-340.

-FAIRBURN, C.G., JONES, PEVELER, HOPE y O'CONNOR (1993). *Psychotherapy and bulimia nervosa*. *Archives of General Psychiatry*. 50, 419-428.

-FAIRBURN, C.G., KIRK J., O'Connor y Cooper (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.

-FAIRBURN, C.G., JONES, R., PEVELER, RC. (1991). Three psychological treatment for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.

-FAIRBURN y COOPER (1982) Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem. *British Medical Journal*. 284, 1153-1155.

-FAIRBURN CG, NORMAN PA; WELCH SL, O'CONNOR ME; DOLLA HA y PEVELER RC. (1995).

A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

-FAIRBURN, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.

-FAIRBURN, C.G. et al (1993). Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-699.

-GOLDBLOOM D, OLMSTED M;

DAVIS R y SHAW B (1995). A randomized controlled trial of fluoxetine and individual CBT for women with bulimia nervosa. Department of psychiatry. University of Toronto.

-FAIRBURN, C.G. y COOPER (1982). Self induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem. British Medical Journal 1982; 284: 1153-1155

-FAIRBURN, C.G.; MARCUS, M.D. y WILSON, G.T. (1993). Cognitive behaviour Therapy for binge eating and bulimia nervosa: A treatment manual. In C.G. Fairburn y G.T. Wilson (eds). Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press.

-LEITENBERG H (1994). Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. Keynote Address 17th National Australian Behavior Modification Conference. Freemantle, Australia.

-MITCHEL JE y DeZWAAN (1993).

Pharmacological treatments of binge eating. In Binge eating: Nature, evaluation and treatment. New York. Guilford Press.

-RUSSELL GFM. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.

-WALS BT, WILSON GT et al (1995). Pharmacological and psychological treatment of bulimia nervosa. Columbia university.

-PEDERSON, MM; MITCHEL JE; FENNA CJ; CROSBY RD; MILLER JP y HOBERMAN HM. (1997). A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa. Internal Journal Eat Disorder, 21, 353-360.

-KEEL PK y MITCHEL JE. (1997) Outcome in bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 154, 313-321

-JOINER TE; HEATHERTON TF; RUDD MD y SCHMIDT NB. (1997).

Journal of Abnormal Psychology, 106(1), 145-153.

-COOPER M y TODD G. (1997). Selective processing of three types of stimuli in eating disorders. British Journal of Clinical Psychology, 36(2), 279-281.

-FAIRBURN CG, WELCH SL; DOLL HA; DAVIES BA y O'CONNOR ME. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. Archives of General Psychiatry, 54(6), 509-517.

-TILLER JM; SLOANE G; SCHMIDT UTROOP N; POWER M y TREASURE JL. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Internal Journal of Eat Disorders, 21(1), 31-38.

-WALS BT; WILSON GT; LOEB KL; DEVLIN MJ; PIKE KM; ROOSE SP FLEISS J y WATERNAUX C (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 154(4), 523-531.



DISTEST

DISTRIBUCIÓN DE TESTS PSICOLÓGICOS Y MATERIAL PSICOTÉCNICO: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24, 1º, 2ª. • Teléfono y Fax 360 63 41 • 46021 VALENCIA

- MATERIAL PSICOTÉCNICO
- INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES
- Tests
- MATERIAL DIDÁCTICO
- Bibliografía
- CURSOS MONOGRÁFICOS
- APARATOS ENURESIS
- AULA Y DESPACHOS EN ALQUILER
- BIOFEEDBACK

HORARIO: Lunes a Viernes, de 9 a 14 y de 16 a 19 h.