LA BULIMIA NERVIOSA Y SU TRATAMIENTO: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE FAIRBURN. ELIA ROCA Y BERNARDINO ROCA

Más información en: www.cop.es/colegiados/PV00520

Resumen

Presentamos una síntesis del conocimiento científico actual acerca de la bulimia nerviosa (BN) centrándonos en los tratamientos que se han mostrado más eficaces, especialmente en el que cuenta con más apoyos empíricos: la terapia cognitivo-conductual de Fairburn basada en el modelo cognitivo de este mismo autor. A continuación describimos las pautas principales de esta forma de terapia.

Palabras clave:

Bulimia nerviosa. Tratamiento. Terapia cognitivo-conductual de Fairburn

Abstract

A summary of the present scientific knowledge about bulimia nervosa is presented in this paper. Emphasis is made on effective therapies, and mostly on the treatment with more empirical support: Fairburn's cognitive-conductual therapy, based on the cognitive model of the same author. Guidelines of this kind of management are described also.

Key words:

Bulimia nervosa. Treatment. Fairburn´s cognitive-behavioural therapy.

Introducción

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 elementos determinantes 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.

Características clínicas

Según el DSM-IV, las características esenciales de la BN son los atracones y los métodos compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso.

Los *atracones* se definen como el consumo, a lo largo de un periodo de tiempo corto, de una cantidad excesiva de comida, y se acompañan de una sensación de pérdida de control sobre la ingesta. Estos episodios suelen desencadenarse por el hambre intensa secundaria a una dieta severa; la preocupación excesiva acerca del peso, la figura o los alimentos, y también por los estados de ánimo disfóricos o las situaciones interpersonales estresantes.

En cuanto a las *conductas inadecuadas dirigidas a compensarlos* destaca, por su mayor frecuencia, el vómito autoinducido, pero también se utiliza el abuso de laxantes y diuréticos, los enemas, diversos fármacos o sustancias, el ejercicio excesivo y el ayuno.

Otras características comunes en la BN son: que los afectados presentan una autoevaluación excesivamente influida por la silueta y el peso corporales, y que suelen sentirse muy avergonzados por su enfermedad, por lo que tienden a ocultarla.

Historia reciente

El interés por la BN 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 más 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 como entidad diagnóstica en el DSM-III, en 1980, la BN 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 él para rellenar un cuestionario, ayudando así a la investigación sobre este trastorno. En unos días se recibieron más 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 ese problema. Los resultados de este estudio sugerían que la BN era una enfermedad severa, 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 Cosmopolitan se constató que sólo el 2,5 % de los casos hallados con BN estaban en tratamiento. Esa reticencia al tratamiento, aunque no en forma tan extrema, sigue observándose en la actualidad según diversos estudios. Las razones por las que estos pacientes son reacios a buscar ayuda son la vergüenza, el sentimiento de culpa y el temor a que otras personas se enteren. También suele 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 la lógica consecuencia de 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 en todo el mundo más de 60 estudios sobre la prevalencia de la BN y se ha hallado que ésta afecta a entre el 1 y el 2 % de las mujeres jóvenes (Fairburn, 1995). Según el DSM-IV, la BN se presenta en el 1 al 3 % de mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en el sexo masculino la prevalecida es 10 veces menor.

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

Factores de riesgo

La BN suele iniciarse después de un periodo de hacer *dieta*, constituyendo ésta el principal factor de riesgo. Sin embargo, deben sumarse otros factores ya que la gran mayoría de personas que hacen dieta no desarrollan BN.

Como señala Fairburn (1995) la mayor parte de lo publicado sobre las causas de la BN se refiere a hipótesis que aún no han sido demostradas empíricamente. Los diferentes investigadores están de acuerdo en que la explicación de este trastorno requiere una perspectiva multidimensional que incluya aspectos biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales; que interactúan entre sí tanto en el desencadenamiento como en el mantenimiento de este trastorno. Además, algunos de esos factores son tanto causantes como resultantes; por ejemplo, la *dieta estricta* favorece la aparición de atracones y de las subsiguientes purgas, pero es a su vez resultado de la BN ya que se utiliza para intentar controlar la ingesta (Pederson, Mitchell, Fenna, et al, 1997).

La influencia de la dieta en el surgimiento y en el mantenimiento de la BN parece relacionada con varios factores. Uno de ellos es que al dejar de ingerir carbohidratos, la persona se priva de un poderoso supresor del apetito. 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 BN. 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, 1995).

La *anorexia nerviosa*, que presenta muchos rasgos en común con la BN, antecede a esta en un 25 a 35% de casos.

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).

Una actitud, que es a su vez desencadenante y mantenedora de la BN, es la *preocupación excesiva por la figura y el peso.*

La *baja autoestima* y el *perfeccionismo* son rasgos significativamente relacionados con la BN. El perfeccionismo se convierte en factor de alto riesgo para este trastorno cuando se asocia a la percepción de sobrepeso (Joiner, Heatherben, Rudd y Smitdt, 1997).

Otro elemento que favorece el inicio y mantenimiento de la BN son los *sesgos* sistemáticos en el procesamiento de la información relacionada con la alimentación, el peso y la figura (Cooper y Todd, 1997).

También se han observado tasas particularmente elevadas de *auto-evaluación negativa*, en las personas que tiempo después desarrollan BN (Fairburn, Welch, Doll, et al, 1997).

Varios estudios sugieren una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los *familiares* de primer grado (DSM-IV).

Fairburn, et al, (1997) propone que existen *dos tipos de factores de riesgo* para la BN: los que incrementan el riesgo de desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico, y los que aumentan la probabilidad de hacer dieta, siendo estos últimos especialmente relevantes en la BN. Por tanto, llega a la conclusión de que la BN es el resultado de la exposición a los factores de riesgo *comunes* a cualquier psicopatología, sumados a la exposición a los factores que aumentan la probabilidad de hacer *dieta.*

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 las muestras clínicas, y se desconoce su evolución a largo plazo.

Keel y Mitchel (1997) realizaron 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 mostraron que en los 5 a 10 años después del inicio del trastorno, alrededor del 50% de mujeres inicialmente diagnosticadas con BN se había recuperado totalmente, mientras que aproximadamente el 20% seguía cumpliendo todos los criterios de la BN. De las pacientes recuperadas, un 30% experimentaban recaídas. El riesgo de recaída disminuía después de 4 años. Estos autores encontraron que en los casos tratados se producía una mejoría significativa a corto plazo, pero que 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.

Para Fairburn, Norman, Welch, et al, (1995) la evolución a largo plazo de este trastorno depende del tipo de tratamiento administrado, siendo generalmente mejor cuando los pacientes son tratados con terapia cognitivo conductual.

Field, Herzog, Keller, et al, (1997) consideran que la BN es un trastorno episódico que cursa habitualmente con periodos de mejoría y empeoramiento.

Sin embargo, como señala Halmi (1996), se necesitan estudios longitudinales a largo plazo para establecer el curso natural de este trastorno y los predictores de su evolución.

Complicaciones y síntomas asociados

En la tabla 1 se ofrece un resumen de las complicaciones *físicas,* más importantes. La mayoría de ellas se relaciona con las purgas.

En cuanto a psicopatologías, las complicaciones más frecuentes son 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 BN.

También se observa una alta incidencia de problemas de ansiedad, siendo el más común la ansiedad social. Diversos 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, et al; 1997).

Según el DSM-IV, el abuso o dependencia de sustancias -principalmente alcohol y estimulantes- se ha observado en un tercio de personas con BN. El consumo de estimulantes suele iniciarse en un intento de controlar el apetito y el peso.

Estos pacientes muestran problemas de baja autoestima ligada a la insatisfacción con su imagen corporal.

Para el DSM-IV los trastornos de personalidad son también comunes entre los pacientes con BN, pudiéndose hallar en un tercio o hasta una mitad de los casos de BN, y tratándose la mayoría de veces del trastorno de personalidad límite. Otros autores cuestionan estas cifras tan elevadas de trastornos de personalidad concomitantes ya que, según diversos estudios, cuando se normaliza la ingesta los rasgos de “personalidad límite” tienden a desaparecer (Fairburn, 1995).

Tratamiento

Los estudios realizados indican claramente que los *antidepresivos* y la *terapia cognitivo-conductual* (TCC) de Fairburn, basada en el modelo cognitivo de la BN (figura 1) resultan eficaces a corto plazo.

Los *antidepresivos*, sobre todo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina o la fluvoxamina, 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 de Zwaan, 1993). Pero 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 que se observe un alto índice de recaídas a largo plazo, en los pacientes tratados sólo con antidepresivos.

Por lo que se refiere a la *terapia cognitivo-conductual*, ésta además de mejorar los atracones y las purgas, 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 conductas típicas de trastornos de personalidad (Fairburn, Kirk, O´Connor y Cooper, 1986; Fairburn, Agras y Wilson, 1992). Los resultados a largo plazo son también mejores que con los antidepresivos. Diversos estudios muestran que los cambios terapéuticos se mantienen en seguimientos de 6 meses y un año (Agras, Rossiter, Arnow, et al, 1994). Un estudio de seguimiento a 6 años mostró también que los efectos terapéuticos de la TCC se mantenían (Fairburn, et al, 1995).

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

- Al comparar la TCC con los fármacos, la TCC es significativamente superior (Wals, Hadigan, Devlin, et al, 1991; Agras, Rossiter, Arnow, et al, 1992; Leitenberg, Rosen, Wolf, et al, 1994).
- Al comparar el tratamiento combinado (fármacos más TCC) con medicación sola; es más eficaz el tratamiento combinado **(**Goldbloom, Olmsted, Dawis y Shaw, 1995; Leitenberg, Rosen, Wolf, et al, 1994; Walsh, Wilson, Loeb, et al, 1997).
- Al comparar la TCC a solas frente a la TCC más 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 más placebo con TCC más medicación no se hallaron diferencias significativas (Walsh, et al, 1997).

Como señala Wilson (1996), la investigación realizada hasta el momento muestra claramente la superioridad de la TCC sobre los fármacos.

Por lo que se refiere a *otras formas de terapia*, la TCC de Fairburn ha sido ampliamente investigada en comparación con otros tratamientos psicológicos y se ha hallado significativamente superior a todos ellos, excepto en una comparación con la terapia interpersonal con la que se obtuvieron resultados similares a largo plazo (Fairburn, et al, 1995), aunque los resultados de este estudio han de ser replicados.

Por tanto, en la actualidad la terapia cognitivo-conductual de Fairburn se considera el tratamiento de elección para la BN (Leitenberg, et al, 1994; Wilson, 1996; Craighead y Agras, 1991; Walsh, et al, 1997). Esta modalidad de terapia fue descrita por Fairburn 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. Desde entonces se han publicado versiones actualizadas del mismo y diferentes adaptaciones como la que describimos a continuación. En su forma más usual, el tratamiento se hace a nivel individual y dura alrededor de 5 meses.

Descripción de la terapia cognitivo-conductual de Fairburn

Fairburn divide su terapia en 3 etapas, cuyas pautas básicas resumimos seguidamente:

PRIMERA ETAPA.

Suele durar 8 sesiones con una entrevista semanal. Se llevan a cabo las siguientes tareas.

A) *Explicar al paciente el modelo cognitivo de la B N* (figura 1) e ir clarificándolo a lo largo de las sesiones.

B) *Monitorizar la alimentación* mediante un registro diario que incluye: todas las ingestas, las purgas, las circunstancias en que surgen los atracones o purgas y los pensamientos relacionados con estas conductas. Estos registros se revisan después en cada sesión. El modelo a utilizar puede hallarse en Fairburn, 1998[24].

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

D) *Proporcionar información sobre:* 1) el peso corporal y su regulación, 2) las consecuencias físicas adversas derivadas del atracón, el vómito autoinducido y los laxantes, 3) la relativa ineficacia de los vómitos y las purgas como método para controlar el peso y 4) los efectos negativos de hacer dieta. Después se le pide que resuma, a su manera, la información proporcionada para asegurarnos de que la ha comprendido.

E) *Prescribir un patrón de alimentación regular*, de forma que no haya más de 3 o 4 horas de intervalo entre una comida y otra y permanecer sin ingerir alimentos entre ellas. Para ayudarle a conseguirlo se aconsejan las siguientes medidas de control de estímulos: 1) no realizar ninguna otra actividad durante las comidas, 2) comer siempre en el mismo lugar de la casa, 3) limitar la cantidad de alimentos disponibles mientras come, 4) dejar algo de comida en el plato, 5) tirar los alimentos sobrantes de forma que no pueda volver después a comérselos, 6) limitar la exposición a comidas peligrosas, 7) planificar la compra y la lista de la compra haciéndolas después de comer, cuando no tenga hambre, 8) ir a la compra con el dinero justo, 9) comprar preferentemente alimentos que necesiten preparación para que no puedan ser tomados directamente, sin cocinarlos y 10) evitar en lo posible cocinar para otros o estar en contacto con alimentos de fácil ingesta (por ejemplo, trabajar en pastelerías).

F) *Consejos acerca del vómito.* Explicarle sus consecuencias (tabla 1) y recordarle que si deja de tener atracones será muy poco probable que continúe vomitando porque se rompe uno de los círculos viciosos que mantiene este trastorno (figura

1). Pedirle que intente dejarlos y que no ceda al atracón apoyándose en la idea de que después vomitará.

G) *Consejos sobre laxantes y diuréticos.* Informarle de su peligrosidad y su ineficacia. Anotar su utilización en los registros diarios de alimentación y abandonarlos gradualmente.

H) *Alternativas al atracón y al vómito.* Se pide al paciente que elabore una lista de actividades agradables, que puedan servir como alternativas al atracón (o al vómito). Esas actividades pueden incluir: visitar o telefonear 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 el paciente se abra a alguien y facilitar un apoyo social adecuado. Es muy conveniente que el paciente explique a sus familiares y amigos los principios del tratamiento, para que así puedan comprender cómo ayudarle.

Cómo señala Fairburn, en la gran mayoría de casos, la etapa 1 tiene como resultado una marcada reducción en la frecuencia de atracones, y en la mejoría del estado de ánimo.

SEGUNDA 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 al paciente que consuma alimentos de uno de los grupos, empezando por los 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 aumente su ingesta, hasta llegar por lo menos a 1500 calorías diarias.

B) *Reestructuración cognitiva.* Como durante la 1ª etapa le hemos ayudado a captar sus pensamientos problemáticos y a ver su relación con el modelo cognitivo de la BN, al inicio de esta 2ª etapa, el paciente esta ya listo 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 terapia racional emotiva (Ellis y Grieger, 1989). Las distorsiones cognitivas de los pacientes con anorexia nerviosa y BN, son similares en cuanto a la forma a las descritas por Beck para la depresión (Beck, 1983), aunque sus contenidos difieren, siendo en la BN relativos al peso, la figura y la ingesta. Se siguen los procedimientos estándar para captar 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,* lógicos y empíricos, *que apoyen esos pensamientos, 3) buscar argumentos y evidencias que puedan rebatirlos;* en lo posible, mediante experimentos conductuales, 4) *buscar una conclusión razonable que utilizará para regir su conducta y que reemplazará a las actitudes irracionales* responsables de sus conductas y emociones contraproducentes. Esta conclusión se redacta en forma de frase (una por cada actitud problemática) y se utiliza en diversas formas; por ejemplo: anotarlas en tarjetas que relee con frecuencia, recitar esta frase cada vez que surge el pensamiento o actitud problemática que desea modificar, actuar según ella (y en contra de las actitudes irracionales), etc. Una vez que el paciente se ha acostumbrado a examinar sus pensamientos problemáticos en las sesiones, se le pide que practique la reestructuración cognitiva por sí mismo, anotando sus 4 pasos al dorso de su autorregistro diario de comidas. Se le anima para que la practique tan a menudo como sea posible y se analizan sus intentos en cada sesión de tratamiento.

C) *El tratamiento de las distorsiones y de la repulsa acerca de la autoimagen corporal.* Algunos pacientes con BN, tienen una clara distorsión de la imagen corporal, según la cual, sobreestiman su talla o alguna parte de su cuerpo. Como sugieren Garner y Bemis (citados por Fairburn y Wilson, 1994), podemos ayudar al paciente a considerar que "es como si se hubiese vuelto daltónico con respecto a su figura". Siempre que se perciba como obeso puede recordarse a sí mismo 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. Por otro lado, algunos pacientes con BN sienten una extrema repulsa hacia el propio cuerpo (aunque esto ocurre con mayor frecuencia en la anorexia nerviosa). Estos pacientes pueden: evitar mirarse, 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"*.

D) *Entrenamiento en resolución de problemas* (D´Zurilla y Goldfried, 1971). Se siguen las pautas estándar con sus 6 etapas: 1) identificar el problema tan pronto como sea posible, 2) especificar y definir adecuadamente cuál es el problema, 3) considerar todas las alternativas posibles, 4) elegir la mejor solución tras evaluar las diferentes opciones, 5) ponerla en práctica, 6) revisar todo el proceso para evaluar su idoneidad y determinar en qué podría mejorarse. Esta técnica se utiliza como ayuda para que el paciente pueda manejar dificultades que, de otra forma, podrían resultar en un atracón. Se pide al paciente que practique éste método de solución de problemas a la menor oportunidad y que lo anote en el registro diario de alimentación. Cuando surja cualquier problema anota en su registro diario reflejando al dorso 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 obtenidas 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 el paciente mejore en sus conductas, pero continúe con sus creencias problemáticas. En este caso, según el punto de vista cognitivo, se mantiene el trastorno por lo que lo más probable es que se trate sólo de una mejoría transitoria.

3ª ETAPA

Consta de 3 entrevistas, una cada 15 días. Su objetivo es asegurar que el progreso se mantenga después de la terapia.

Fairburn aconseja que a los 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 los pacientes son realistas. Muchos, esperan no volver a comer en exceso, ni vomitar, ni usar laxantes nunca más. 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 mismos 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.

Comentarios finales

Como señalábamos antes, la TCC de Fairburn aquí descrita es considerada el tratamiento de elección en la actualidad. Pero su eficacia es aún limitada ya que, según diversos estudios, sólo deja totalmente libres de síntomas al 50% de los pacientes tratados, aunque también produce mejorías significativas en la mayoría de los restantes (Wilson, 1996).

A los que no responden, debemos aplicarles otras técnicas que también han mostrado utilidad en el tratamiento de este trastorno: fármacos antidepresivos, terapia conductual (con exposición a los atracones y prevención de respuesta de las purgas) psicoterapia interpersonal, terapia de grupo, una combinación de varias de ellas o, en algunos casos, hospitalización temporal. El problema es que, los que no responden a la terapia de Fairburn, tampoco suelen responder a otros tratamientos (Wilson, 1996).

Como señalan Wilfrey y Cohen (1997), la investigación futura tendrá que clarificar las formas de tratamiento más indicadas para los que no responden a la TCC.

Algunos autores como Mitchel y de Zaawn (1993) consideran que, pese a que la TCC es el tratamiento de elección deben prescribirse antidepresivos cuando el paciente presenta sintomatología depresiva concomitante, sobre todo cuando ésta es anterior al inicio de la bulimia nerviosa.

Otra cuestión de interés a tener en cuenta es que, un número considerable de pacientes puede superar la BN con tratamientos más sencillos, como: seguir un manual de autoayuda (como el de Fairburn, 1998) a solas o apoyado por un terapeuta, o proporcionándole información y consejos nutricionales. Por ello, se ha propuesto una aproximación en etapas que empezaría con los tratamientos más sencillos y de menor coste y, si estos no diesen resultado, se pasaría a tratamientos más costosos (Cooper, Coker y Fleming, 1996). Así por ejemplo, Fairburn (1998) propone empezar el tratamiento con su manual de autoayuda seguido por el propio paciente, sin supervisión; cuando no de resultado se continuaría con ese mismo manual pero supervisado y apoyado por un terapeuta, y si tampoco responde se aplicaría la TCC. En aquellos lugares donde exista escasez de terapeutas capaces de administrar en forma adecuada la TCC, las etapas a seguir podrían iniciarse con el manual de autoayuda y continuar con fármacos, reservando para la TCC sólo a aquellos pacientes que no respondan satisfactoriamente a dichas modalidades de tratamiento.

Tabla 1
Problemas físicos comúnmente asociados a la bulimia nerviosa (BN)

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 (por ejemplo, sensación de hinchazón)
- Dificultad para respirar debida a la elevación del diafragma
- Lesiones o desgarros de la pared del estómago facilitados porque la dilatación adelgaza excesivamente la pared

  (esto ocurre en raras ocasiones)

Problemas debidos al vómito autoinducido:

- Daños en los dientes con perdida de esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos, por lo que pueden llegar a resquebrajarse
- Hinchazón en las glándulas salivares que suele incrementar la producción de saliva y puede dar al rostro una apariencia redondeada que influye en que el paciente se vea obeso
- Lesiones en la garganta. Frecuentemente se producen heridas superficiales que, en ocasiones, se infectan. Estas lesiones pueden producir dolor, afonía o ronquera
- Desgarros en el esófago. Aunque es poco frecuente, en ocasiones los vómitos violentos pueden producir desgarros del esófago con hemorragia abundante
- Llagas o cicatrices 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 principal es la hipocalemia (bajo nivel de potasio) que puede dar lugar a irregularidades en el ritmo cardiaco, e incluso a paro cardiaco repentino. Los trastornos en los electrolitos pueden producir: sed extrema, mareo, retención de fluidos (con hinchazón en piernas y brazos), debilidad, letargia, tensión muscular y espasmos

Problemas debidos a los laxantes:
El abuso de laxantes puede producir trastorno de fluidos y electrolitos, con síntomas parecidos a los derivados de los vómitos autoinducidos. El riesgo se incrementa cuando se utilizan conjuntamente. Si se dejan los laxantes súbitamente, después de haberlos usado con regularidad, se puede producir una retención de líquidos durante una semana aproximadamente. Esto da como resultado un incremento temporal del peso

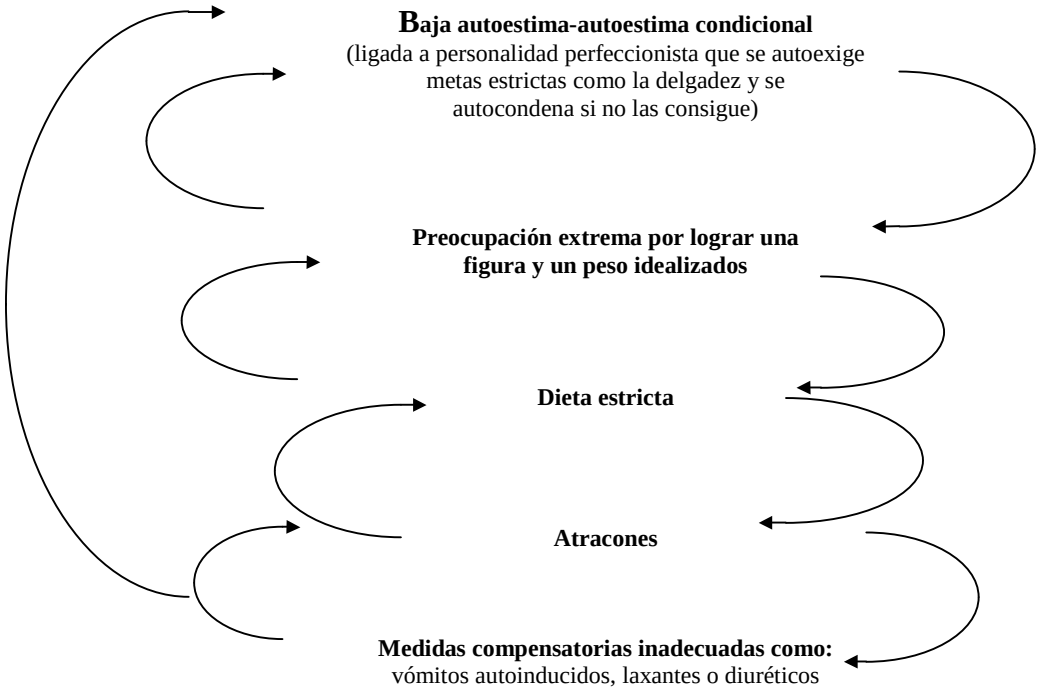
Problemas debidos a los diuréticos:
Cuando se toman en grandes cantidades, pueden producir también trastornos de fluidos y electrolitos (y no tienen ningún efecto en la absorción de calorías ya que sólo eliminan líquidos),

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.

(Adaptado de Fairburn, 1995)

Figura 1: El modelo cognitivo de la bulimia nerviosa (BN)

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



El factor más crucial es el valor primordial que da el paciente al logro de un peso y una figura corporal idealizados. Esto le lleva a hacer dietas extremas, de forma rígida, lo que le predispone a tener pérdidas ocasionales de control (atracones). Dado el valor absoluto 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

Así pues, 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, en 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 al finalizar el tratamiento recaen (aunque hayan regulado su conducta alimentaria), y los que han superado dicha alteración cognitiva no suelen recaer aunque al finalizar el tratamiento presenten alteraciones en sus patrones de ingesta. Esta predicción se ha verificado en diversos estudios

(Adaptado de Fairburn, 1995)

BIBLIOGRAFÍA

- Agras WS, Rossiter, EM, Arnow B, Telch CF, Raeburn SD, Scheneider J, Bruce B, Perl M, Koran L.: *Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison*. American Journal of psychiatry, 149: 82- 87, 1992.
- Agras WS, Rossiter EM, Arnow B¸ Telch CF, Bruce B, Koran LM.: One year of psychosocial and pharmacological treatment for bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 55: 5: 179-183, 1994.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1983.
- Cooper M, Todd G.: *Selective processing of three types of stimuli in eating disorders*. Brithis Journal of Clinical Psychology, 36, 2: 279-281, 1997.
- Cooper PJ, Coker S, Fleming C.: An evaluation of the efficacy of supervised cognitive-behavioral self-help bulimia nervosa. Journal of Psychosomatic Research, 40:3: 281-287, 1996.
- Craighead LW, Agras WS.: *Mechanisms of action in CBT and pharmacologics treatments of bulimia nervosa*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59: 115-125, 1991.
- D´Zurilla TJ, Goldfried MR.: *Problem solving and behaviour modification*. Journal of Abnormal Psychology, 78: 197-226, 1971.
- Ellis A, Grieger R.: *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Vols. 1 y 2. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1989.
- Fairburn CG, Agras WS, Wilson GT.: *The research of the treatments of bulimia nervosa*. En The biology of feast and famine (Anderson G.H. y Kennedy, S.H. Eds.), Nueva York, Academic Press, 317-340, 1992.
- Fairburn CG, Cooper M.: *Self-induced vomiting and bulimia nervosa*: An undetected problem. British Medical Journal, 284: 1153-1155, 1982.
- Fairburn CG, Kirk J, O´Connor L, Cooper M.: *A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa*. Behaviour Research and Therapy, 24: 629-643, 1986.
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O´Connor ME, Doll HA, Peveler RC.: *A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments*. Archives of General Psychiatry, 52: 304-312, 1995.
- Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O´Connor ME.: *Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study.* Archives of General Psychiatry, 54, 6: 509-517, 1997.
- Fairburn CG, Wilson G.: *Binge eating: Nature, assessment, and treatment.* Londres, Guilford Press, 1993.
- Fairburn CG.: *La superación de los atracones de comida*. Barcelona, Paidós, 1998.
- Fairburn CG.: *Overcoming Binge Eating*. Nueva York, Guilford Press, 1995.
- Field AE, Herzoog DB, Keller MB, West J, Nussbaum K, Kolddítz GA.: *Distinguishing recovery from remission in a cohort of bulimic women: How should asintomatic periods be described*. Journal of Clinical and Epidemiological, 50, 12: 1339-1345, 1997.
- Goldbloom D, Olmsted M, Davis R, Shaw B.: *A randomised controlled trial of fluoxetine and individual CBT for women with bulimia nervosa.* Department of psychiatry, University of Toronto, 1995.
- Halmi KA.: *Trastornos de alimentación*. En Tratado de Psiquiatría (Hales R, Yudofsky S, Talbot), Barcelona, Ancora, 1996.
- Joiner TE, Heatherton TF, Rudd MD, Schmidt NB.: Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. Journal of abnormal Psychology, 106, 1: 145-53, 1997.
- Keel PK, Mitchel JE.: *Outcome in bulimia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 154: 313-321, 1997.
- Leitenberg H, Rosen JL, Wolf J, Vara LS, Detzer MJ, Srebnik D.: *Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa.* Behaviour Research and Therapy, 32: 37-45, 1994.

- Mitchel JE, DeZwaan J.: *Pharmacological treatments of binge eating*. En Binge eating: Nature, evaluation and treatment, Nueva York, Guilford Press, 1993.
- Pederson MM, Mitchel JE, Fenna CJ, Crosby RD, Miller JP, Hoberman HM.: *A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa*. Internal Journal of Eat Disorder, 21: 353-360, 1997.
- Russell GF.: *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Psychological Medicine, 9: 429-448, 1979.
- Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, Power M, Treasure JL.: *Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Internal Journal of Eat Disorders, 21(1): 31-38, 1997.
- Wals BT, Hadigan BA, Devlin MJ, Gladis M, Roose SP.: *Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa*. American Journal of psychiatry, 148: 1206-1212, 1991.
- Wals BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, Fleiss J, Waternaux C.: *Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 154 (4): 523-531, 1997.
- Wilfrey De, Cohen LR.: *Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder*. Psychopharmacological Bulletin, 33, 3: 437-454, 1997.

Más información en web de Elia Roca: www.cop.es/colegiados/PV00520