

# TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: BULIMIA NERVIOSA

CARMEN DEL RÍO SÁNCHEZ - MERCEDES BORDA MÁS

Yendo hacia atrás en la historia, frecuentemente se ha dicho que César y los romanos se mostraban ansiosos por la comida y la bebida en todo momento y en todo lugar. César celebraba grandiosos banquetes, por regla general en lugares espaciosos donde muchos cientos de invitados se divertían a la vez. Casi nunca abandonaba el comedor hasta estar "hasta los topes" de comida y bebida. Entonces, se quedaba dormido allí mismo, tumbado panza arriba y boquiabierto. En ese momento le introducían una pluma por la garganta para aliviar su estómago. Según algunos autores la utilización de dicha "tradicción de la pluma" por parte de los romanos es algo dudoso, no obstante, es fácil descubrir en ellos a los precursores de los rasgos clínicos de la bulimia (Stöylen y Laberg, 1990). De los comportamientos ingestivos incontrolados existen abundantes referencias históricas (ver Turón 1997-a), pero no es hasta 1979 cuando Russel acuña el término bulimia nerviosa para referirse a un trastorno severo de la conducta alimentaria, que aparece casi siempre en mujeres y que se caracteriza por presentar abundantes episodios de sobreingesta seguidos de vómitos autoinducidos, uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de compensar las consecuencias negativas de tales episodios, es decir, el aumento de peso (al que se tiene un miedo enfermizo).

Las primeras teorías psicológicas que atribuyeron los trastornos alimentarios exclusivamente a variables familiares, culturales, factores de personalidad, etc, se han sustituido actualmente, por modelos multidimensionales que enfatizan que los síntomas más característicos provienen de una combinación diferente de factores predisponentes en los distintos individuos (Garner y Rosen, 1990). De todas formas, parece que hay un factor etiológico en el que la mayoría de los autores están de acuerdo: *la presencia de la dieta restrictiva* (y en consecuencia la influencia de los valores estéticos dominantes en nuestra cultura). La dieta restrictiva o ayuno puede iniciarse porque exista un sobrepeso real (frecuentemente acompañado de comentarios negativos o burlas por parte de amigos, compañeros e, incluso, familiares) o por cualquier otra razón sin que haya sobrepeso, y ello puede predisponer a la bulimia. Otros factores predisponentes son *la autoestima baja*,

el perfeccionismo, personalidad caótica, predisposición biológica y conflictos familiares (Cervera, 1996). Además, el inicio del trastorno alimentario está relacionado con algún factor de los llamados precipitantes y ya, una vez desencadenado, su curso no es siempre el mismo ya que desempeñan un papel muy importante las características individuales y psicosociales de cada individuo.

El índice de prevalencia de la bulimia nerviosa, según los datos DSM-IV (1994), se sitúa entre el 1% y el 3% de las adolescentes y jóvenes adultas, siendo diez veces menor la prevalencia en hombres. La edad de inicio suele situarse en la mayoría de los casos sobre los 20 años.

La mayoría de las personas bulímicas tienen un peso que se sitúa dentro de los límites normales, aunque algunas pueden presentar sobrepeso o un peso por debajo de lo normal. En algunos casos la *bulimia nerviosa* aparece en personas que previamente han sufrido una *anorexia nerviosa*.

## 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES

En la Tabla 1, se exponen los criterios DSM-IV (A.P.A., 1994) para la bulimia nerviosa. Antes conviene comentar que el término bulimia y los criterios para su diagnóstico fueron, por primera vez, adoptados e introducidos en un sistema clasificatorio con la publicación de la DSM-III (A.P.A., 1980), aunque la denominación y los criterios tuvieron que ser modificados para la DSM-III-R (A.P.A., 1987): el término bulimia, fue sustituido en la DSM-III-R por el de bulimia nerviosa y además, entre otros aspectos, en la DSM-III no se exigía que el sujeto manifestara conductas purgativas, dietas estrictas, o practicar ejercicio para prevenir el aumento de peso, para poder ser diagnosticado de bulimia.

Respecto a las novedades aparecidas en la DSM-IV respecto a la DSM-III-R:

1. El criterio A ha tratado de definirse de una forma menos subjetiva y más operacional, refundiendo además el criterio B del DSM-III-R
2. Aparecen dos nuevos criterios, el D (autoevaluación indebidamente influenciada por la silueta corporal y el peso) y el E (la alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de AN). La inclusión de este último criterio, permite que en aquellos casos en los que aparezcan conductas bulímicas durante episodios de anorexia, se efectúe preferiblemente el diagnóstico de anorexia nerviosa subtipo bulímico mejor que el de bulimia nerviosa.
3. Se establecen dos subtipos de bulimia nerviosa en función de los métodos compensatorios que se utilicen para prevenir el aumento de peso: -el purgativo (la persona recurre regularmente a la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) y -el no purgativo (utiliza dietas estrictas, ayuno o ejercicio excesivo, pero no se purga regularmente).

## 2. CLÍNICA DE LA BULIMIA NERVIOSA

Además de los aspectos descritos en la Tabla 1, la bulimia nerviosa comporta una serie de alteraciones somáticas y psicológicas que vamos a resumir en la Tabla 2 (más información al respecto puede verse en Schmidt y Treasure, 1996; Cervera, 1996; y Turón, 1997-b). Por otro lado, en la bulimia nerviosa es común que se presenten trastornos psicopatológicos asociados, entre ellos los más frecuentes son la depresión, los problemas obsesivo-compulsivos y los trastornos de la personalidad.

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. (DSM-IV) PARA LA BULIMIA NERVIOSA.

A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:  1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
B) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, el ayuno y ejercicio excesivo.
C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
<b>SUBTIPOS ESPECÍFICOS:</b>  <i>Tipo purgativo:</i>  Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.  <i>Tipo no purgativo:</i>  Durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

TABLA 2. ALTERACIONES SOMÁTICAS Y PSICOLÓGICAS EN LA BULIMIA NERVIOSA

<i>Trastornos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los vómitos, los laxantes y los diuréticos producen una pérdida de agua y de iones en la sangre. Los trastornos electrolíticos provocan una sensación de cansancio crónico, debilidad, dificultad de concentración, mareos, dolores de cabeza y palpitaciones. En casos graves, se pueden producir ataques epilépticos, arritmias cardíacas y daños permanentes en el riñón.</li> <li>- Los atracones pueden producir dilatación gástrica, dilatación de las glándulas salivales, reflujo gastrointestinal y dolor de estómago.</li> <li>- Los ácidos del estómago que llegan a la boca por los vómitos disuelven el esmalte dental, haciéndolos más vulnerables a las caries y produciendo erosión dental. Además el roce de los dedos sobre los dientes al autoprovocarse el vómito, produce daños irreversibles, pudiendo llegar a la pérdida total de las piezas dentarias.</li> <li>- Hinchazón de las glándulas salivales, haciendo que la cara parezca gorda e hinchada.</li> <li>- Daños en la garganta, úlceras en el interior de la boca, en las encías y en las comisuras de los labios, ronquera crónica, gastritis y a veces vómitos con sangre. Fácil regurgitación de los alimentos.</li> <li>- Úlceras en el dorso de las manos (por el roce de los dientes al provocarse el vómito).</li> <li>- Estreñimiento crónico y problemas derivados, tales como hemorroides, lesiones anales, prolapso rectal, etc. El abuso de laxantes puede producir además del estreñimiento crónico, problemas de motilidad intestinal y en casos extremos, perforación de los intestinos e incluso parálisis intestinales.</li> </ul>
<i>Trastornos emocionales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Cambios del carácter, irritabilidad.</li> <li>- Inestabilidad emocional (cambios súbitos del estado de ánimo).</li> <li>- Síntomas depresivos. Sentimientos de culpa. Ideación suicida frecuente.</li> <li>- Con frecuencia ideas obsesivas que suelen estar relacionadas con la alimentación.</li> </ul>
<i>Trastornos cognitivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distorsión en la percepción de las dimensiones corporales.</li> <li>- Alteración en la percepción de las señales hambre-saciedad.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Distorsiones cognitivas: pensamiento dicotómico, abstracciones selectivas, hipergeneralización, magnificación de lo negativo, uso selectivo de la información, inferencias arbitrarias, pensamiento supersticioso, ideas autorreferenciales, etc.</li> <li>- Funciones cognitivas e intelectuales deterioradas: problemas de atención, concentración, actividad visoespacial, memoria, y descenso del rendimiento académico en relación al cociente intelectual.</li> </ul>
<i>Trastornos conductuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrones alimentarios caóticos.</li> <li>- Impulsividad, irritabilidad y agresividad, con las repercusiones obvias en las relaciones familiares y sociales.</li> <li>- Mentiras, robos.</li> <li>- Abuso de alcohol y/o drogas.</li> <li>- A veces promiscuidad sexual y cambios frecuentes de pareja.</li> <li>- Autolesiones e intentos de suicidio, etc.</li> </ul>

### 3. EVALUACIÓN

El proceso de evaluación para la bulimia nerviosa es muy similar al de la *anorexia nerviosa*. Una de las principales diferencias entre ambos trastornos la encontramos en lo que podríamos llamar conciencia de enfermedad. Al contrario que las anoréxicas, las bulímicas suelen ser conscientes de su problema, siendo éste además, egodistónico. Las bulímicas suelen estar desesperadas por su descontrol alimentario (atracones e intentos de controlar el aumento de peso) y en consecuencia más motivadas para el cambio, sean o no capaces de seguir las indicaciones terapéuticas. En general, en la evaluación se prestará un mayor interés a los episodios de sobreingesta (frecuencia, duración, severidad), las conductas compensatorias utilizadas para prevenir el aumento de peso (purgas o dieta y/o ejercicio físico excesivo), complicaciones físicas, imagen corporal, psicopatología asociada y estilo de vida. En primer lugar, tendremos que determinar si la paciente cumple los criterios para el diagnóstico de *bulimia nerviosa* y a qué subtipo pertenece (purgativo o no purgativo). Williamson, Rabalais y Bentz (1996) recomiendan que la evaluación de las personas con un trastorno de la alimentación se lleve a cabo por un equipo multidisciplinario, normalmente compuesto por un médico, un psiquiatra, un psicólogo y un dietista, y que ese grupo de profesionales de la salud mental estén muy familiarizados con esos trastornos.

Saldaña (1994) ha elaborado una guía práctica para la evaluación de cada uno de los trastornos alimentarios y entre ellos, para la bulimia nerviosa, estableciendo varias áreas: 1) general, 2) biomédica, 3) balance energético, 4) dietas y conductas purgativas, 5) hábitos alimentarios, 6) imagen corporal, 7) aspectos cognitivos y 8) psicológicos (ver Saldaña, pgs. 87-89).

Entre los instrumentos de evaluación que se utilizan en la bulimia nerviosa, además de la entrevista clínica y una serie de autoinformes que vamos a exponer a continuación, ocupan un lugar muy relevante los autorregistros, que describiremos posteriormente en el apartado de tratamiento, y las técnicas de observación directa (ver Raich, 1994, pgs. 105-108).

#### 3.1. La entrevista

Los objetivos de la entrevista clínica se centran en conseguir información veraz sobre la historia del paciente y del trastorno: (1) la descripción de los síntomas, incluyendo el peso, la historia de peso, patrones de alimentación, métodos utilizados para la pérdida de peso, actividad física, actitudes hacia la figura corporal y el peso, y antecedentes familiares de obesidad, bulimia nerviosa o anorexia nerviosa; (2) funcionamiento familiar, social y psicológico actual y anterior; (3) complicaciones físicas y enfermedades orgánicas asociadas y (4) motivación para el cambio.

La evaluación de los síntomas específicos se puede efectuar de forma estandarizada utilizando entrevistas estructuradas que se han diseñado para el diagnóstico de los trastornos de la alimentación en general y que resultan de una gran utilidad, ya que permiten ir reuniendo los datos de un modo sistemático tanto con propósitos clínicos como de investigación. Entre ellas destacamos:

- La *IDED* ("*Interview for Diagnosis of Eating Disorders*") de Williamson et al., 1990, que consta de una parte de evaluación general e historia del problema y distintos apartados para cada uno de los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, sobreingesta compulsiva y obesidad). Además de poseer carácter diagnóstico, aporta una buena información sobre los aspectos relativos al control del peso, miedo a engordar, factores que empeoran o mejoran las conductas alimentarias desadaptadas y frecuencia y tipo de conductas purgativas. La corrección de esta entrevista se hace valorando la gravedad de las respuestas en una escala de siete puntos para cada uno de los apartados diagnósticos en cada uno de los trastornos. Los autores recomiendan un punto de corte de 4 en la mencionada escala de 7.
- La *EDE* ("*Eating Disorder Examination*") de Fairburn y Wilson, 1993, diseñada para analizar a fondo trastornos como la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, pero que puede ser utilizada también en los casos de sobreingesta compulsiva. Es la duodécima versión de una entrevista estructurada que se realizó ocho años antes (*EDE* de Cooper y Fairburn, 1987), y tiene la ventaja sobre la anterior de que puede ser utilizada para el diagnóstico. Consta de cuatro subescalas: restricción, preocupación por la comida, preocupación por la forma corporal y preocupación por el peso. Este instrumento nos permite evaluar las conductas alimentarias, la imagen corporal y aspectos emocionales relacionados con la ingesta.
- La *BDDE* ("*Body Dismorphic Disorder Examination*") de Rosen y Reiter (1995) permite evaluar el trastorno dismórfico y medir síntomas de una imagen corporal severamente negativa. Es especialmente adecuada para medir los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales respecto a la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Consta de 31 ítems puntuables (mínimo: 0; máximo: 174). Este instrumento ha sido utilizado en nuestro país y sometido a diferentes análisis por Raich, Torras y Mora (1997).

### **3.2. Autoinformes**

Existen multitud de escalas o cuestionarios que tratan de evaluar las actitudes hacia el cuerpo y el peso así como los síntomas que son esenciales en los trastornos de la alimentación. En líneas generales, estos cuestionarios tal y como recoge Saldaña (1994), suelen proporcionar información sobre aspectos tales como las actitudes que el sujeto mantiene hacia los alimentos, la imposición de dietas y el posible incumplimiento de las mismas u ocurrencia de atracones, la relación entre ingesta y estados emocionales nega-

tivos, el conocimiento que posee sobre aspectos nutritivos y de reducción de peso, así como los pensamientos asociados al control de la ingesta. De entre ellos vamos a comentar brevemente los que suelen usarse más (y preferiblemente los que están adaptados a la población española).

### **3.2.1. Autoinformes de actitudes y síntomas**

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) es un inventario diseñado por Garner y Garfinkel (1979) con el objeto de evaluar las conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio, propias de la anorexia nerviosa. Es una prueba de "auto-informe" que consta de 40 ítems con seis posibilidades de respuesta (escala de 6 puntos de elección obligada de tipo likert): Siempre, Casi siempre, Bastantes veces, Algunas veces, Casi nunca o Nunca. En cada ítem se puede obtener una puntuación de 3, 2, 1 ó 0. Se obtienen 3 puntos cuando la respuesta del sujeto coincide con una actitud típicamente anoréxica, 2 puntos cuando está en la casilla inmediatamente anterior o posterior (según sea la respuesta típica anoréxica : siempre o nunca), 1 punto si está en la ante anterior o ante posterior y 0 puntos si la respuesta está en alguna de las tres casillas restantes. El punto de corte se estableció en 30 puntos. En la validación castellana del EAT (Castro, Toro, Salamero et al., 1991), el punto de corte se situó en 20 puntos. Existe una versión reducida, el EAT-26 (Garner et al., 1982), que tiene 26 ítems agrupados en tres factores (dieta, bulimia y control oral) que pueden ser relacionadas con criterios clínicos o no clínicos.

El EDI (Garner y Olmsted, 1984) fue diseñado para ir mas allá de los síntomas específicos evaluados por el EAT y maneja varias dimensiones psicológicas que han sido identificadas en la *anorexia nerviosa* y *bulimia nerviosa*. Consta de 64 ítems y 8 subescalas. Alguna de estas subescalas evalúan las actitudes hacia la comida y el cuerpo: *impulso hacia la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal*, y otras, variables cognitivas tales como: *sentimiento de ineficacia, perfeccionismo, desconfianza en la relaciones sociales, conocimiento interoceptivo y miedo a la madurez*. Existe una versión española cuya adaptación se llevó a cabo con pacientes anoréxicas (Guimerá, Querol y Torrubia, 1987).

El BULIT (Bulimia Test de Smith y Thelen, 1984) identifica 6 factores: *vómitos, episodios de voracidad, sentimientos negativos frente a los atracones, problemas con la menstruación, preferencia por alimentos hipercalóricos y fácilmente digeribles y fluctuaciones del peso*. Existe una adaptación española realizada por Mora y Raich (1993).

El RESTRAINT SCALE de Polivy, Herman y Warsh (1978), consta de 10 ítems y dos subescalas: a) Historia del peso y b) Preocupación por la dieta. Evalúa factores como dieta, preocupación por el peso y fluctuaciones de peso. Está especialmente diseñada para identificar a las personas que realizan dietas de forma crónica y recaen en los atracones. Existe una versión castellana elaborada por Perpiñá (1989).

El BITE ("*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*") de Henderson y Freeman (1987) fue diseñado para poder identificar la presencia de episodios de atracones de todo tipo de poblaciones independientemente de su diagnóstico. Tiene dos partes, la primera es una hoja de datos y la segunda, un autoinforme de 33 ítems, distribuido en dos subescalas: Escala de síntomas (30 ítems) y Escala de severidad (3 ítems). Una puntuación de 25 o más es indicativa de presencia de un trastorno severo. En la escala de severidad, una puntuación de 5 o más ha de considerarse como significativa y, si es superior a 10 como indicativa de un alto grado de severidad. Una adaptación al castellano se encuentra en Schmidt y Treasure (1996), pgs. 20-22.

### **3.2.2. Autoinformes sobre la imagen corporal**

El BSQ (*Body Shape Questionnaire* de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn; 1987) consta de 34 ítems, siendo la puntuación mínima de 34 y la máxima de 204. Mide insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso. Está adaptado a la población española por Mora y Raich (1993) y Raich, Mora, Soler et al. (1996).

El BIAQ (*Cuestionario de la Evitación de la Imagen Corporal* de Rosen et al. 1991) consta de 19 ítems y cuatro subescalas: arreglarse, actividades sociales, restricción de la ingesta y pesarse (mínimo 0, máximo 95 puntos). Evalúa las conductas de evitación activas o pasivas que surgen como consecuencia de la insatisfacción corporal.

El "*Cuestionario de burlas*" de Thompson, Fabian y Moulton (1990) se diseñó para evaluar el impacto de las burlas en la infancia o adolescencia sobre la imagen corporal y la posible influencia en la insatisfacción corporal actual.

El CIMEC o *Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal*, de Toro et al. (1994), analiza la importancia del modelo corporal propuesto por la sociedad en la gestación y evolución del trastorno alimentario.

Además de los autoinformes, para la evaluación de las alteraciones de la imagen corporal existen otros procedimientos. Los más empleados son: (1) *Las técnicas de distorsión de imágenes*, utilizando espejos deformables de metal, fotografías o diapositivas contempladas con lentes anamórficas, o imágenes televisivas distorsionables. En todas ellas se solicita al paciente que determine la imagen más acorde con su visión actual del cuerpo. (2) *Técnicas de estimación del tamaño*: En estas se exige que el paciente delimite las dimensiones concretas de determinadas partes de su cuerpo, señalándolas con un lápiz sobre un papel sujeto a la pared, mediante unas fijaciones en una barra de metal o a través de una luz proyectada sobre un gráfico. (3) *Otros procedimientos más simples* como por ej. *el test de insatisfacción corporal "colorea a una persona"* (Wooley y Roll 1991) que consta de dos dibujos esquemáticos del cuerpo humano de cada sexo (frente y perfil) y 5 lápices de distintos colores (azul "muy satisfecho", verde "satisfecho", negro "neutral", amarillo "insatisfecho" y rojo "muy insatisfecho"). En esta línea de instru-



mentos sencillos, también conviene citar el *Body Image Assessment* (BIA) de Willianson, Kelley, Davis et al. (1985); consta de 9 siluetas en tarjetas separadas que van desde muy delgada a obesa; el BIA, ofrece dos puntuaciones: una para el tamaño percibido actual y otra para el tamaño que considerarían ideal.

## **4. TRATAMIENTO**

El tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, como trastornos multicausados y polisintomáticos, de acuerdo con Toro (1995), ha de ser forzosamente poli-dimensional.

La mayoría de los trabajos de revisión sobre la eficacia de los tratamientos en la *bulimia nerviosa* coinciden en afirmar que el modelo cognitivo conductual es el que ha mostrado tasas de recuperación y mantenimiento más altas; no obstante la terapia cognitivo-conductual no siempre es necesaria ni suficiente, según Fairburn y Hay (1992) algunos pacientes obtienen beneficios con intervenciones más simples mientras que en otros fracasa cualquier tratamiento. En algunos casos es precisa la hospitalización en base a distintos criterios (ver tabla 3), pero en muchos, es suficiente el tratamiento externo, obviamente combinando la atención psicológica (a los pacientes y familia) con la médica.

Un abordaje terapéutico adecuado para la bulimia nerviosa requiere:

### **4.1. Intervención psicológica**

Individual, grupal o combinada. Posteriormente describiremos el programa de intervención desarrollado por nosotros (Del Río, 1995; del Río y Borda, 1997).

### **4.2. Intervención médica**

El control médico en la BN es absolutamente necesario, ya que las complicaciones físicas derivadas tanto de los atracones como de las conductas compensatorias (ayunos extremos y sobre todo, de las conductas purgativas: vómitos, laxantes, diuréticos, etc.) pueden ser muy graves. Además, como ha indicado Turón (1997-b)... "*las complicaciones médicas asociadas a las conductas de purga se pueden presentar de forma aguda, son imprevisibles y pueden ser letales de forma inesperada*" (pg. 138).

TABLA 3. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA LA BULIMIA NERVIOSA

*Raich, 1994:*

1. Cuando el paciente está tan deprimido que no puede controlarse fuera del medio hospitalario o existe riesgo de suicidio.
2. Si la salud física es preocupante y existe una severa alteración electrolítica.
3. Si el paciente se haya en el primer trimestre de embarazo y la alimentación está muy alterada, porque puede existir riesgo de aborto.
4. En el caso que no se hayan obtenido buenos resultados en el tratamiento ambulatorio.

*Toro, 1995:*

1. Pérdida de peso superior al 20%.
2. Alteraciones biológicas severas.
3. Caos conductual generalizado, incluyendo conflictividad familiar aguda.
4. Fracaso del tratamiento ambulatorio.

*Fernández, 1997:*

1. La gravedad del trastorno es tal, que un tratamiento ambulatorio resulta insuficiente (por ej., en casos en los que existen repetidos intentos de suicidio).
2. Existencia adicional de dependencia grave de medicamentos, alcohol y/o drogas.
3. Existencia de dificultades extremas para romper el círculo vicioso de atracón-vómitos.
4. Donde los intentos repetidos de tratamiento ambulatorio han fracasado o mostrado un mínimo efecto.

### **4.3. Farmacoterapia**

En ocasiones puede ser necesario instaurar un tratamiento psicofarmacológico. Entre ellos, los que se han mostrado más eficaces son los antidepresivos (ver Turón, 1997-c), ya que algunos han demostrado ser útiles por su efecto antibulímico, es decir, en la reducción de los atracones y las conductas purgativas. No obstante, la farmacoterapia no es suficiente para resolver el problema bulímico, y se requiere el tratamiento psicoterapéutico combinado. Como refiere Turón (1997-c), algunos estudios recientes, en los que se han comparado la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual, un antidepresivo (imipramina) y la combinación de ambos, demostraron que la terapia cognitivo-conductual fue más eficaz que la imipramina sola, pero que los mejores resultados se consiguieron con la combinación de ambas (Mitchell, Pyle, Eckert et al. 1990). En otro estudio en el que se utilizó desipramina, se obtuvieron resultados semejantes (Agras, Rositer y Arnow, 1992).

#### 4.4. Intervención con la familia

Siempre que sea posible debe considerarse la terapia familiar y especialmente en adolescentes o jóvenes que aún vivan con sus padres. En los pacientes más mayores la intervención con la familia se aconseja cuando hay una importante conflictiva familiar o desavenencias matrimoniales (si está casado). En muchos casos puede ser suficiente que los padres acudan a unas sesiones educativo-informativas, con el fin de que conozcan bien las características del trastorno, colaboren en la terapia o al menos, no interfieran en ella (por desconocimiento).

### 5. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

El grupo de Oxford, dirigido por el Dr. Fairburn, ha desarrollado un programa de intervención en el ámbito externo (20 sesiones) para la *bulimia nerviosa*, basado en el enfoque cognitivo-conductual, con el que están obteniendo resultados esperanzadores (Fairburn, 1985; Fairburn, 1993; Fairburn, Jones, Pelever, Hope y O'Connor, 1993). Este programa, ligeramente modificado y adaptado por nosotros, se describe a continuación.

El tratamiento cognitivo conductual para la bulimia nerviosa tendrá una duración aproximada de 4 meses y conllevará 20 sesiones individuales de unos 45 minutos de duración. Se utilizarán distintas técnicas en función de los objetivos generales a cubrir (tabla 4).

TABLA 4. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO (TORO, 1995)

1. Normalizar el estado nutricional.
2. Corregir comportamientos alimentarios compulsivos y extravagantes.
3. Romper la secuencia "ayuno-atracón-vómito/purga".
4. Normalizar la imagen corporal: corregir distorsiones perceptivas, ansiedad asociada y comportamientos de evitación.
5. Corregir las disfunciones cognitivas (pensamientos y actitudes).
6. Solventar los conflictos y disfunciones familiares.
7. Tratar la psicopatología comórbida asociada.
8. Mejorar la autoestima y la autoimagen general.
9. Suministrar recursos para el afrontamiento de las situaciones conflictivas o estresantes propias de la vida del paciente.

El tratamiento se llevará a cabo en tres fases. En la primera, se tratará de motivar a los pacientes para el cambio (terapia motivacional) y se les informará de los fundamentos del tratamiento cognitivo y de las técnicas conductuales para el control de la alimentación a las que posteriormente se van a someter (8 sesiones). En la segunda, se iniciará el tratamiento cognitivo con el fin de modificar actitudes y pensamientos (8 sesiones)

y en la tercera, se intervendrá con el objetivo de proporcionar estrategias para el mantenimiento del cambio en el futuro (3 sesiones). Seguidamente, de forma breve, expon-dremos las líneas generales de la intervención:

### **5.1. 1ª Fase: Motivar, educar y normalizar los hábitos alimentarios**

En las sesiones 1 y 2 se tratará de determinar el grado de motivación que el paciente tiene para iniciar el tratamiento (ver tabla 5), con el objeto de potenciarlo si no se encuentra en la fase de acción, ya que la posibilidad de un fracaso terapéutico es muy alta si se inicia el tratamiento cuando aún no está en esta fase. Además en estas sesiones se deben cubrir también los siguientes objetivos:

1. *Establecer un buen contacto terapéutico.*
2. *Recoger datos (hª del trastorno).*
3. *Evaluación (alimentación, imagen corporal, psicopatología asociada, etc.).*
4. *Motivar para el cambio (TERAPIA MOTIVACIONAL):* Consecuencias de la enfermedad, ventajas y desventajas, etc.
5. *Psicoeducación:* Se educa al paciente en la regulación del peso corporal (set point), efectos de la dieta (ayuno, restricción y evitación de determinados alimentos prohibidos) y de las consecuencias de las conductas purgativas.
6. *Cálculo del IMC:* Se calcula dividiendo el peso actual (en Kg) entre el cuadrado de la altura (en metros) (normal: 19-25).
7. *Establecimiento de autorregistros:* Línea-base (información exacta de los patrones de alimentación, horarios, tipo de alimentos, número de atracones, frecuencia de las conductas purgativas, etc., antes del inicio del tratamiento).
8. *Establecimiento de la pesada semanal:* Indicándoles que procuren pesarse siempre el mismo día de la semana, antes de desayunar y sin ropa.
9. *Biblioterapia:* Se les recomienda la lectura de algunos libros especializados que sean sencillos y que, además de proporcionarles una información adecuada sobre el trastorno puedan servirles como manuales de autoayuda.
10. *Explicar el punto de vista cognitivo que proporciona la base del tratamiento.*

En las sesiones 3 a 8, los objetivos son:

1. Establecimiento de un patrón de alimentación regular:

El objetivo es tratar de normalizar los hábitos alimentarios. Para ello se recomienda que se hagan 5 comidas al día, a intervalos de 3 horas (desayuno, tentempié, almuerzo, merienda y cena) y que esas comidas sean, en tipo y cantidad, las habituales en la mayoría de las personas. Se hace especial hincapié en que no deben saltarse ninguna de esas comidas y, por supuesto, que no las vomiten. Si por alguna razón vomitan alguna de las comidas regladas, se les indica que vuelvan a comer de nuevo.

TABLA 5. TERAPIA MOTIVACIONAL. PROCESOS DEL CAMBIO.  
PROCHASKA ET AL. (1992); TREASURE (1996)

<i>Fase de preintención (precontemplation)</i>	Es la fase en la cual no hay intención de cambiar un futuro previsible. Muchos pacientes, en esta fase, no tienen conciencia de su problema y suelen acudir a la terapia, generalmente debido a la presión de terceros (padres, amigos, etc.). Algunos pueden "desear" cambiar, pero de una forma bastante distante de la pretensión o consideración seria de cambiar en un periodo no superior a 6 meses.
<i>Fase de intención (contemplation)</i>	En esta etapa, los pacientes son conscientes del problema y están considerando seriamente el intentar superarlo, no obstante, aún no se han planteado el compromiso de pasar a la acción. En esta etapa, un paciente puede estar atascado durante un largo periodo de tiempo, e incluso no salir de ella. Para motivar a un sujeto en esta fase, es importante indicarle que analice las ventajas y desventajas del mantenimiento de la situación (balance coste-beneficio).
<i>Fase de preparación</i>	Es la fase que combina intención y criterio conductual, es decir, el paciente tiene la intención de pasar próximamente a la acción (como máximo en el mes siguiente). Generalmente se han hecho intentos de modificar la conducta, pero no son suficientes para alcanzar el criterio de acción efectiva, no obstante, el paciente pretende tomar tal acción en un futuro muy cercano. Es equivalente a la "toma de decisión" de aceptación de la ayuda terapéutica.
<i>Fase de acción</i>	Implica cambios conductuales manifiestos y requiere un compromiso considerable de energía y tiempo. No debemos confundir acción con cambio, ya que se necesita un gran esfuerzo para mantener la motivación en todo el proceso del tratamiento.
<i>Fase de mantenimiento</i>	Se trabaja con la prevención de recaídas y en la consolidación de los logros obtenidos durante la acción. En los trastornos de la alimentación, esta fase será larga, ya que el riesgo de recaídas es alto y el paciente puede volver de nuevo a la etapa de preintención.

## 2. Autorregistros:

- a) *De alimentación*: el paciente tiene que anotar sistemáticamente todo lo que come y bebe durante el día, indicando la hora, el lugar, personas presentes, etc. y sentimientos (anteriores y posteriores a la ingesta). Los autorregistros se revisan cuidadosamente en cada sesión, se comentan las incidencias con los pacientes y se les enseña a analizar las causas de los atracones y de las conductas purgativas. Es importante felicitar a los pacientes si traen los registros bien hechos (muy limpios: sospechosos de no haber sido registrados en el mismo momento). En función de lo sucedido en la semana se les proporcionan las estrategias precisas para controlar los atracones que aún se hayan producido, el uso de laxantes y los vómitos.

- b) *De situaciones desencadenantes de atracón:* En otro registro el paciente tiene que anotar (en la primera columna) cada una de las situaciones en las que se ha producido una atracón (comenzar a comer, una discusión, un problema en los estudios, etc.), identificando el nivel de ansiedad que dicha situación le ha producido (20 columna). En la 30 tendrá que describir el atracón, qué alimentos y en qué cantidad los comió y cuánto duró. En la 41 columna, anotará el nivel de ansiedad que le produjo el atracón y en la 60, las consecuencias que siguieron.

### 3. Incorporación en la dieta normal de los alimentos "prohibidos":

Para ello es eficaz que elaboren una lista de alimentos desde los que les producen poca ansiedad hasta máxima y que, progresivamente, los vayan introduciendo en la dieta, hasta que sean capaces de enfrentarse a los que les producen una ansiedad máxima, sin vomitarlos posteriormente. Se les entrenan en las técnicas de AUTOEXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA, recomendándoles que las exposiciones ante la "comida prohibida" sean largas (como mínimo dos horas). En algunos casos en los que el autocontrol es mínimo se comenzará con la aplicación de estas técnicas en presencia del terapeuta, y cuando se estima que el paciente es capaz, se pasa de forma inmediata a la autoexposición ya que en la bulimia nerviosa es fundamental el establecimiento del control interno sobre el externo.

## 5.2. 2ª Fase: Cambio cognitivo y de la imagen corporal

En las sesiones 9 a 16, el interés se centrará en la modificación de los aspectos cognitivos y de la percepción de la imagen corporal distorsionados que aún se mantengan, ya que muchos se habrán corregido en la fase anterior. Los objetivos de estas sesiones son:

### 1. Reforzar todos los aspectos iniciados en la fase 1:

- Revisión de los autorregistros, control del peso, etc.

### 2. Tratamiento de las alteraciones cognitivas y de la imagen corporal:

- Entrenamiento en técnicas de RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.
- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:
  - Relación entre pensamiento-emoción-conducta.
  - Pensamientos automáticos.
  - Pensamientos alternativos a las cogniciones distorsionadas.
- Técnicas para MEJORAR LA IMAGEN CORPORAL:
  - Relajación.
  - Desensibilización Sistemática (experiencias y partes corporales).
  - Reestructuración cognitiva.

- Ante un espejo: mirarse desnuda cuidadosamente buscando tres partes del cuerpo que le gusten y tres que no le gusten (a ella y a los demás), dar vueltas caminando "como si estuviera orgullosa de su cuerpo", bailar ante el espejo, primero con música lenta y luego rápida (ver Schmidt y Treasure, 1996).
- Exponerse a las situaciones temidas en vivo, ej. ir a la playa y poner se en bañador ante los amigos, vestir ropa ajustada, minifalda, etc.

También se utilizarán las técnicas que, en cada caso, se estimen necesarias para mejorar la autoestima, la psicopatología asociada, las relaciones familiares y/o sociales, etc.

### 5.3. 3ª Fase: Prevención de recaídas

En las sesiones 17 a 20, el objetivo es la prevención de recaídas. Se establecen cuatro sesiones (cada 15 días). En ellas se prepara un plan para el futuro (juntos el paciente y el terapeuta), se les enseña identificar posibles situaciones o estados emocionales de riesgo y a manifestar estrategias alternativas positivas.

Finalizado el tratamiento, se establecen las sesiones de seguimiento (al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y, posteriormente, cada año, hasta un mínimo de tres años).

En el caso que se sea posible y si están funcionando en su lugar de residencia, es conveniente que, una vez concluido el tratamiento individual, los pacientes se integren en grupos de autoayuda, ya que están demostrando cada vez más su eficacia (ver Trias, 1997).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- AGRAS, W.S., ROSITER, E.M. y ARNOW, B. (1992): Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa. A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*. 149, 82-87.
- CASTRO, J.; TORO, J.; SALAMERO, M. y GUIMERÁ, E. (1991): The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish version. *Evaluación psicológica*. 7/12 (175-190).
- CERVERA, R. (1996): *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca
- COOPER, P.J. y TAYLOR, M.A.E. (1987): Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry* (Supp, 2) 34-38.
- COOPER, P.J.; TAYLOR, M.J.; COOPER, Z. y FAIRBURN, C.G. (1987): The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6, 485-494.
- FAIRBURN, C. G. (1985): Cognitive-behavioral treatment for Bulimia. En GARNER.
- D.M. Y GARFINKEL, P.E. (Eds); *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press (160-192).
- FAIRBURN, C.G. (1993): Terapia cognitivo conductual en los trastornos de la alimentación. *XI Jornadas de Modificación de Conducta: Trastornos de la alimentación*. Madrid: Cinteco.

- FAIRBURN, C.G. y HAY, P. (1992): The treatment of Bulimia nerviosa. *Annals of Medicine*. 24, 297-302.
- FAIRBURN, C.G.; JONES, R.; PELEVER, R.C.; HOPE, R.A.; O'CONNOR, M. et al. (1993): Psychotherapy and bulimia nerviosa. *Archives General of Psychiatry*, 50, 419-428.
- FAIRBURN, C.G. y WILSON, W.T. (eds.) (1993): *Binge Eating: Nature, Assesement and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- FERNANDEZ, F. (1997): Tratamiento psicológico de la bulimia nerviosa. En V.J. TURÓN. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- GARNER, D.M. y GARFINKEL, P.E. (1979): The Eating Attitudes Test: An index of symptoms of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9 (273-279).
- GARNER, D.M. y OLMSTED, M.P. (1984): *Manual for the Eating Attitudes Test* (EDI). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- GARNER, D.M., OLMSTED, M.P. et al (1982): The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 12 (871-878).
- GARNER, D.M. y ROSEN, L.W. (1990): Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. En A.S. BELLACK et al (Eds): *International Handbook of Behaviour Modification and Therapy*. (2a edic.) New York: Plenum Press (805-817).
- GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M. (1987): *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- GUIMERÁ, E.; QUEROL, E. Y TORRUBIA, R. (1987): Adaptación española del "Eating Disorder Inventory (EDI)" en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- HENDERSON, M. y FREEDMAN, C.P.L. (1987): A self-rating scale for bulimia the BITE. *Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- HSU, L.K.G. (1990): *Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- LAM, R.W., GOLDNER, E.M., SOLYOM, L. Y REMICK, R.A. (1994): A controlled study of light therapy for bulimia nerviosa. *American Journal of Psychiatry*. 151, 744-750.
- MITCHELL, J.E.; PYLE, R.L.; ECKERT, E.D. et al. (1990): A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nerviosa. *Archives of General Psychiatry*. 47/2, 149-157.
- MORA, M. y RAICH, R.M. (1993): Adaptació del Bulimia Test i Body Shape Questionnaire en una mostra universitaria. Comunicación en la VII Jornada de Terapia del Comportament y Medicina conductual en la pràctica Clínica. Barcelona.
- PERPIÑÁ, C. (1989): *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Valencia: Promolibro.
- PERPIÑÁ, C. (1996): Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buela, V. Caballo y J.C. Sierra. *Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- POLIVI, J.; HERMAN, C. y WARSH, S. (1978): Internal and external components o emotionality in restrained and unrestrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*. 87, 497-504.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. y NORCROSS, J.C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47- 9, 1102-1114.
- RAICH, R.M. (1994): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- RAICH, R.M.; TORRAS, J. y MORA, M. (1997): Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*. 5/1, 55-70.
- RAICH, R.M.; MORA, M.; SOLER, A.; AVILA, C.; CLOS, I. y ZAPATER, L. (1996): Adapatación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 7/1, 51-66.
- RIO, C. del (1995): Trastornos de la alimentación. En GARRIDO, M. y GARCIA, J. (comp.). *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.



- RÍO, C. del y BORDA, M. (1997): *Programa de intervención en trastornos de la alimentación*. Convenio de colaboración entre el Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla y la Asociación en defensa de la atención de la anorexia nerviosa (ADANER).
- RIVERA, M.L.; CASAS, N.; RÍO, C. del y GINER, J. (1985): Tratamiento conductual multimodal en la anorexia nerviosa. *Rev. del Dpto. de Psiquiatría. Fac. Med. Barna.* 12/2, 103-112.
- ROSEN, J.C. y REITER, J.T. (1995): Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Doc. no publicado. Universidad de Vernon (citado por Raich, R.M., Torras, J. y Mora, M.; 1997).
- ROSEN, J.C.; SREBNIK, D.; SALTZBERG, E. y WENDT, S. (1991): Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 3/1, (32-37).
- SALDAÑA, C. (1994): *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- SCHMIDT, U. y TREASURE, J. (1996): *Aprender a comer. Un programa para bulímicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- SMITH, M.C. y THELEN, M.H. (1984): Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 52, 863-872.
- STOYLEN, I.J. y LABERG, J.C. (1990): Perspectives on etiology and cognitive behavior therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.* 361, 82, 52-58.
- THOMPSON, J.K.; FABIAN, L.J. y MOULTON, D. (1990): A measure for assessment on teasing history. En J.K. THOMPSON (Ed). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. New York: Pergamon Press.
- TORO, J. (1995): Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. *FMC-Formación Médica Continuada en atención primaria.* 2:2, 68-80.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- TORO, J.; SALAMERO, M. y MARTINEZ, E. (1994): Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 89, 147-151.
- TREASURE, J. (1996): Jornada de Trabajo AETCA. Hospital Niño Jesús. Madrid: 1996.
- TRIAS, M. (1997): Grupos de autoayuda en la anorexia y la bulimia nerviosa. En V.J. TURÓN: *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- TURON, V.J. (1997-a): Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En V.J. TURÓN. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- TURON, V.J. (1997-b): Epidemiología y clínica de la bulimia nerviosa. En V.J. TURÓN. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- TURON, V.J. (1997-c): Tratamiento psicofarmacológico de la bulimia nerviosa. En V.J. TURÓN. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- WILLIAMSON, D.A.; DAVIS, C.J. et al. (1989): Development of a simple procedure for assessing Body Image Disturbances. *Behavioral Assessment,* 11 (433-446).
- WILLIAMSON, D.A.; DAVIS, C.J.; DUCHMANN, E.G.; MCKENZIE, S.J. y WATKINS, P.C. (1990): *Assessment of Eating Disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- WILLIAMSON, D.A.; KELLEY, M.; DAVIS, C.J.; RUGGIERO, L. y BLOUIN, D.C. (1985): Psychopathology of eating disorder: A controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 53, 161-166.

- WILLIAMSON, D.A.; RABALAIS, J.Y. y BENZ, B.G. (1996): Trastornos de la alimentación. En V.E. CABALLO, G. BUELA y J.A. CARROBLES. *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI.
- WILSON, G.T. y FAIRBURN, C.G. (1993): Cognitive treatments for Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61/2 261-269.
- WOOLEY, O.W. y ROLL, S. (1991): The color-A-Person. Body Dissatisfaction test: Stability, Internal consistency, Validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 56/3 (395-413).