

La Bulimia Nerviosa

Ps. Boris Araos San Martín

¿Qué es la bulimia nerviosa?

Es un trastorno de la conducta alimentaria, que afecta principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes, y tiene tres características principales (DSM IV, APA, 1994):

- presencia de episodios recurrentes de atracones (o ingesta de grandes cantidades de alimento en un período breve de tiempo), con sensación de pérdida de control sobre la ingesta
- conductas compensatorias inapropiadas, como son provocación de vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo
- excesiva preocupación por el peso y la figura, la valía personal se juzga casi exclusivamente en función del peso y la figura

De acuerdo a las conductas compensatorias, la bulimia nerviosa puede ser de tipo purgativo (cuando la persona vomita o abusa de laxantes y diuréticos) o no purgativo (cuando emplea otro tipo de conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio físico excesivo).

La bulimia nerviosa afecta entre el 1 al 3 % aproximadamente de las mujeres jóvenes (Fairburn, 1995; DSM IV, 1994), la proporción en los varones es 10 veces menor, y sólo un 2,5 % de las personas que la sufren reciben algún tipo de tratamiento (Fairburn y Cooper, 1982). Muchas veces las personas tienden a ocultar la enfermedad por vergüenza, porque minimizan el problema o porque creen que no encontrarán una ayuda eficaz.

Los últimos años se ha aplicado una amplia variedad de tratamientos a la bulimia, como la terapia de conducta, la terapia de reducción del estrés, la terapia psicodinámica, la terapia focal breve, la terapia familiar sistémica, la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia farmacológica con antidepresivos tricíclicos. De todos los tipos de tratamientos señalados, las investigaciones señalan que la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y la terapia farmacológica son las que han mostrado mayor eficacia para la bulimia nerviosa (Saldaña, 2000).

El tratamiento más empleado para la bulimia nerviosa es el **Programa Cognitivo Conductual de Fairburn** (1981, 1985). También la **Psicoterapia Interpersonal** ha mostrado ser eficaz en el largo plazo (Agras et al., 2000; Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1993; Fairburn, Norman, Welch y cols., 1995).

La calidad de las relaciones interpersonales son claves en la bulimia nerviosa. Un porcentaje importante de personas las personas que desarrollan bulimia nerviosa tienen

estrés emocional generado por problemas interpersonales de los que, con frecuencia, no son conscientes. Dicho estrés provoca problemas de ansiedad y depresión que desencadenan los episodios de atracones y pérdida de control sobre la comida. El tratamiento propuesto desde esta perspectiva consiste en:

- Identificar y modificar el afrontamiento al estrés interpersonal, como por ejemplo, la evitación de conflictos
- Análisis y modificación de las expectativas de rol
- Integrar las necesidades de dependencia- independencia
- Resolución de problemas interpersonales

Efectividad de la Terapia Cognitiva con hipnosis versus los medicamentos en la bulimia nerviosa

La terapia **Cognitivo Conductual** y la **Psicoterapia Interpersonal** son las terapias más eficaces para el tratamiento de la bulimia nerviosa, de acuerdo a investigaciones bien controladas, ellas son las que tienen más apoyo empírico. Su eficacia está demostrada en la disminución de los atracones, la disminución de las conductas purgativas, la restricción alimentaria y en las actitudes negativas hacia el peso y la figura (Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1991)

Respecto a las terapias farmacológicas, fundamentalmente con antidepresivos, diferentes estudios han mostrado la eficacia de una gran variedad de medicamentos como la imipramina, la desipramina y la fluoxetina, en la reducción de los síntomas bulímicos. Sin embargo, aunque los resultados son positivos, la retirada de la medicación produce altas tasas de recaídas. La comparación entre terapias muestra que la Terapia Cognitivo Conductual es superior en efectividad a la terapia con medicamentos, así lo demuestran más de 35 estudios controlados (Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M. y Koran, L.M., 1992; Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D., Henderson, J. y Marnell, M., 1994)

Tratamiento

Aplicamos la Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn combinada con hipnosis, porque está demostrado que esta última aumenta la efectividad de la terapia cognitivo conductual (Kirsch et al., 1995), y es especialmente útil para remover distorsiones cognitivas y superar el rechazo a la autoimagen corporal (Brown, 1998; Gibson, 1991; Kroger, 1963; Wolberg, 1982; Yapko, 1990):

Fase 1 (8 sesiones)

1. Se explica el modelo cognitivo de la bulimia
2. Se monitoriza la alimentación, mediante registro diario de ingestas, purgas, etc.
3. Se introduce el tema de un patrón regular de comida y peso: seguimiento del patrón regular, reducción gradual de las restricciones en la dieta, incrementos graduales de

alimentación equilibrada.

4. Se buscan alternativas al atracón y al vómito
5. Hipnosis de autoeficacia

Fase 2 (8 sesiones)

1. Control de la dieta
2. Se realiza reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas problemáticas:
 - de tipo permisivo: p. ej., “está bien que rompas tu dieta”, “está bien que te des permiso para comer dulces porque después te vas a sentir bien”
 - del tipo "necesitaria": p.ej., “no puedo pasar un día entretenido sin comer dulces”, “necesito comer dulces para sentirme bien ... o con más ánimo”
3. Se trabaja en las distorsiones y la repulsa acerca de la autoimagen corporal, especialmente en el pensamiento dicotómico, la personalización, la sobreestimación de la autoimagen y la autovaloración global, p.ej., “si no soy flaca, soy gorda”, “me rechazan por mi aspecto”, “si no tengo el cuerpo de una modelo no valgo nada”
4. Se trabaja en la identificación y modificación de las **fuentes de estrés** que conllevan al descontrol de la ingesta
 - **Desensibilización sistemática**
 - **Inoculación de stress**
 - **Meditación mindfulness**
 - **Hipnosis de regresión**
5. Se realiza **Entrenamiento asertivo** ante situaciones sociales vividas con ansiedad

Fase 3

Prevención de recaídas y seguimiento

1. Se trabaja en detectar posibles situaciones de riesgo y se ensayan alternativas de modo anticipado (**prevención cognitiva**)
2. Se hacen tres entrevistas de seguimiento, cada 15 días

Para solicitar hora de consulta Teléfono 2 610 56 05 (Santiago, Chile)

Bibliografía

- Agras, W.S., Dorian, B., Kirkley, B.D., Arnow, B. y Bachman, J. (1987). Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 29-38.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M. y Koran, L.M. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M.J., Henderson, J. y Marnell, M. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 356-360.

- Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D., Henderson, J. y Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral and desipramine treatments in binge eating disorder. An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., Kramer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive- behavioral therapy and interpersonal, Psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459 - 466
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edición. Washington: APA

- Fairburn, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C.G. (1985). *Overcoming binge eating*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O Connor, M.E., Doll, H.A. y Peveler, R.C., (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., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E., Burton, J. y Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. y O'Connor, M.E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- Gibson, H.B. y Heap, M. (1991). *Hypnosis in therapy*. London: LEA
- Kirsch I., Montgomery G. y Sapirstein G. (1995). Hypnosis as a adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220
- Kroger W.S. (1963). *Clinical and Experimental Hipnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott. Ed. Glem.
- Saldaña, C. (2000). Los trastornos del comportamiento alimentario: situación actual y propuestas para el futuro. En M. Lameiras y J.M. Faílde (comps.), *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos* (pp. 189 - 210). Madrid: Dykinson
- Wolberg, L.R. (1982). *Hypnosis: Is it for you?*. New York: Dembner Books
- Yapko, M. D. (1990). *Transcework. And introduction to the Practice of clinical Hypnosis*. Brunner/Mazel Pub. New York