

Capítulo 14

Trastornos de la conducta alimentaria

Francisco M. Martín Murcia
Clínica Virgen del Mar, Almería
Instituto de Ciencias del Comportamiento, Almería

A pesar del impacto reciente de los trastornos de la conducta alimentaria en el marco social occidental, con un aumento de la incidencia y prevalencia, las descripciones de los diversos cuadros clínicos pueden remontarse a épocas pretéritas, con explicaciones y semiologías muy diversas; así, podemos distinguir la etapa que abarcaría del S. VI al XVI en la que el sustrato cultural (psicosocial) sería el religioso, siendo que las pacientes rechazaban los alimentos para dejar de ser sexualmente atractivas y/o estar “más cerca de Dios” (Catalina de Siena sería el máximo exponente descrito en la literatura). En la segunda etapa, durante los siglos XVII y XVIII, Morton (1689) describe el primer cuadro de anorexia nerviosa (en adelante, AN), que relaciona con la tristeza y preocupación excesivas, denominándolo consunción nerviosa. Por último, tenemos en la tercera etapa, que data desde el S. XIX hasta la actualidad, la eclosión de la investigación, propuestas teóricas, diseño de tratamientos y un aumento incesante de casos clínicos diagnosticados. Así, en la segunda mitad del S. XIX, Lasegue (1873) en Francia y Gull (1874) en Inglaterra, hicieron las primeras descripciones clínicas. Fue caracterizado entonces como un síndrome histérico (y por tanto especialmente relacionado con el género femenino), pero de base nerviosa, para posteriormente conceptualizarlo desde perspectivas psicodinámicas, sistémicas, neuroendocrinas (p.ej caquexia de origen hipofisiario, Simmonds, 1914), hasta llegar a los modelos explicativos conductuales y cognitivo-conductuales, que son los de mayor relevancia en la actualidad. Por su parte, Russell (1979) describió un cuadro de ingesta voraz y conductas de purga, que vinculó a la anorexia nerviosa (como una forma tórpida de ésta), denominándolo bulimia nerviosa (en adelante, BN).

En el capítulo de trastornos de la conducta alimentaria, el DSM IV-TR distingue tres síndromes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificado (que incluiría las formas parciales del trastorno, es decir, con ausencia de alguno de los criterios formales). Por otro lado, define como síndrome en estudio, el trastorno por atracón –con semejanzas formales con la sobreingesta compulsiva- y que presenta una semiología diferencial respecto a los anteriores cuadros.

Anorexia nerviosa

La A.N es la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes (Lucas, 1981). Es un trastorno que afecta más a mujeres adolescentes –sólo entre el 5% -10% son varones- y suele debutar en la prepubertad o al inicio de ésta-, siendo la edad de mayor riesgo entre los 12 y los 24 años. No se disponen de claros datos epidemiológicos españoles, pero los estudios poblacionales existentes cifran que la anorexia se da en una de cada 250-300 jóvenes entre las edades citadas y alrededor del 1% de la población escolar (Crisp, 1976; Toro, 1987; Turón, 1997). La evolución y el curso son muy variables, aunque lo más frecuente es un curso crónico, siguiendo la regla de los tercios (en 1/3 se logra la remisión total, en 1/3 se logra una remisión parcial y 1/3 se cronificará). Aparece sobre todo en sociedades industriales, en las que abunda la comida y el atractivo personal va estrechamente ligado a la delgadez, especialmente en las mujeres, lo que nos conduce a pensar en el sustrato socio-cultural como caldo de cultivo para esta forma de enfermar. Parece que la población de alto estatus económico ha sido particularmente sensible a esta patología, aunque ya se va denotando un desplazamiento interclase.

La característica clínica esencial en la AN es el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla (*PIR 2000, preg. 23; autoeval. 16*). Asimismo, el síndrome se caracteriza por pensamientos disfuncionales respecto a la comida, el peso y la imagen corporal; los pacientes manifiestan un miedo intenso a la obesidad, alteraciones perceptivas de su propio peso, tamaño o forma corporal, rechazo al consumo de alimentos, pérdida de peso extrema debido al uso de dietas hipocalóricas extremadamente restrictivas o al empleo de conductas purgativas -vómitos autoinducidos, ejercicio físico muy intenso y/o abuso de laxantes- y que exclusivizan el éxito personal y la aceptación social en el hecho de conseguir y mantener una delgadez extrema, a pesar de poner en peligro su vida. La mayor parte del repertorio conductual cotidiano (p.ej coleccionar y probar dietas, pesarse diariamente, ejercicio físico, cortar la comida en trozos pequeños y diseminarlos por el plato, etc.) está relacionado con los objetivos de alcanzar la delgadez, que identifican como perfección y manifestación del autocontrol. La absoluta irreductibilidad de las evaluaciones sobredimensionadas de su

peso o figura –a pesar de la emaciación evidente- hace pensar en incursiones de tipo delirante en algunos casos extremos (Halmi, 1982).

En la tabla 1, se muestran los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa según la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado, de la A.P.A. (2002)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla; (p.ej., pérdida de peso que dá lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal..

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal (Autoeval. Preg. 2)

D. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; p. ej. ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones ocurren únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos).

Subtipo Restrictivo: Durante el episodio de A.N, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Subtipo Compulsivo/Purgativo: Durante el episodio de A.N, la persona recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa (DSM IV-TR)

La CIE-10 difiere de los criterios DSM IV-TR en diversos aspectos: requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de “comidas grasas” y, en el hombre, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual, en correspondencia a lo que sería la amenorrea femenina; por último, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si ha habido atracones de forma regular. Asimismo, estima el índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 Kg/m² como criterio diagnóstico.

Se distinguen dos subtipos de pacientes anoréxicas, con las formas bulímicas (compulsivo/purgativa) y no bulímicas (restrictivas). Esto hace en ocasiones difícil realizar un diagnóstico diferencial entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, aunque existen características propias de cada cuadro:

- Como criterio diferencial per se, observamos que la Anorexia Nerviosa se refiere a sujetos emaciados (flacos y demacrados) que se autoimponen ayunos drásticos mientras la Bulimia Nerviosa se refiere a sujetos con normo o sobrepeso (*PIR 1999, preg. 124; autoeval. 13*).
- Las pacientes anoréxicas parece que tratan de prevenirse contra la apariencia sexual atractiva a diferencia de las bulímicas, que suelen buscar –y tener- mayor cantidad de relaciones interpersonales.
- Las pacientes bulímicas tienden a ser de mayor edad que las anoréxicas.
- La Bulimia Nerviosa suele ser un trastorno "secreto" (por tanto, con una evolución mayor hasta ser diagnosticadas), mientras que las señales de ayuno de las anoréxicas son obvias y centro de atención familiar.
- Las pacientes bulímicas suelen negar menos su alteración, apareciendo con un juicio consciente más preservado sobre su situación psicológica.
- Las pacientes anoréxicas restrictivas consideran que tienen perfecto control sobre su conducta.

En la historia natural de los pacientes, los sujetos suelen comenzar a hacer dieta debido al sentimiento de insatisfacción con su imagen corporal (suele existir una alta prevalencia de sobrepeso u obesidad premórbida, aunque no es un criterio unívoco), comenzando por una restricción de alimentos hipercalóricos, para ampliar su evitación a prácticamente todos los grupos alimentarios. A este tipo de pacientes se les ha atribuido, según Garfinkel, un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.

Algunos fracasan en el ayuno y transgreden con frecuencia su estricta y limitada dieta autoimpuesta, bien sea en forma de ingesta de “alimentos prohibidos” (atracones subjetivos) - generalmente de alto contenido calórico- o con verdaderos episodios de voracidad, lo que les produce un sentimiento de enorme frustración y alta ansiedad ante la posibilidad de aumentar de peso, que intentan mitigar vomitando, tomando diuréticos o laxantes y realizando actividad física extenuante. Según Garfinkel, en estos casos es más habitual la historia familiar de obesidad, sobrepeso previo al trastorno, mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y mayor frecuencia de

conductas adictivas. A pesar de conseguir mantener un peso bajo y estar objetivamente emaciadas, el miedo a ganar peso o convertirse en obesos es desmesurado, siendo –paradójicamente– más intenso cuanto más peso pierden. Esta preocupación limita gravemente el resto de las áreas de su vida, viendo como las relaciones sociales y familiares se deterioran, las obligaciones académicas cada vez son más costosas de llevar a cabo, las alteraciones secundarias a la desnutrición y/o purgas (mayor obsesividad, apatía, tristeza, ansiedad, fatiga, dificultades cognitivas, etc.) empiezan a condicionar gravemente su salud y, en definitiva, acaban abandonando sus proyectos personales de vida, para continuar hacia la única dirección que consideran valiosa en su existencia: “*ser delgado*”. Una vez instauradas las conductas y el bajo peso, éstas se suelen mantener por refuerzo positivo (p.ej. acercarse a la imagen ideal, experimentar sentimientos de control y eficacia, ser centro de atención familiar) y negativo (p.ej. vomitar para evitar las ansiedades, disminuir la ingesta para evitar malestar post-prandial, “ser enferma” para evitar enfrentarse a retos de la vida).

La mortalidad asociada al trastorno es del 5-10%, siendo la causa principal las complicaciones biomédicas de la inanición (Tabla 2), seguida por el suicidio. Se han señalado como síntomas de mal pronóstico la larga duración del trastorno con muchos intentos de tratamiento; el peso mínimo alcanzado; la edad de inicio en asociación con un pobre ajuste premórbido; existencia de trastornos de personalidad premórbidos, así como la existencia de disfunciones sociales y relaciones familiares deterioradas.

CARDIOVASCULARES	GASTROINTESTINALES	ENDOCRINOMETABÓLICAS	OTRAS
<p><i>Disminución del volúmen cardíaco</i> <i>Prolapso de válvula mitral</i> <i>Arritmias-Acrocianosis</i></p>	<p><i>Vaciado gástrico lento</i> <i>Motilidad intestinal deficiente</i> <i>Abdominálgia</i> <i>Dilatación gástrica</i> <i>Perforación gástrica</i> <i>Tricobezoar-Pancreatitis</i></p>	<p><i>Amenorrea primaria/secundaria</i> <i>Hipogonadismo-hipogonadotrófico</i> <i>Disfunción tiroidea/adrenal</i> <i>Tolerancia reducida a glucosa</i> <i>Osteoporosis</i> <i>Distermia</i></p>	<p><i>Hipoalbuminemia</i> <i>Hipercolesterolemia</i> <i>Hipercarotinemias</i> <i>Hipopotasemia</i> <i>Déficit de Zinc</i> <i>Anemia ferropénica</i> <i>Trombopenia-Leucopenia</i></p>

Tabla 2. Complicaciones biomédicas frecuentes en la A.N.

Comorbilidad

La sintomatología fóbica, obsesivo-compulsiva y depresiva, son consecuencias evidentes de la inanición y de la forma de vida de las anoréxicas. Por tanto, suelen remitir con la recuperación clínica. Sin embargo, parece ser un hallazgo común entre los clínicos, la presencia de psicopatología asociada, que no necesariamente es consecuencia de la inanición o de la constelación del comportamiento anoréxico. Así, p.ej. Chinchilla (1994) encuentra un 38% de pacientes síntomas depresivos previos al inicio de la A.N. y un 62% a lo largo del curso de ésta. Garfinkel y Garner, en su revisión de 1982, encuentran estudios que cifran la presencia de sintomatología claramente obsesiva entre un 6% y un 23%. Toro (1987), en una muestra de 20 pacientes, obtiene un 15% de pacientes con patología obsesiva. En cuanto a la comorbilidad con el Eje II, la literatura ofrece una frecuencia de 23-80% en AN y un 28-70% (Graell, 1999), apareciendo significativas diferencias entre las anoréxicas restrictivas -con mayor prevalencia de trastornos del clúster A y C –especialmente esquizoide y evitativo- y las formas purgativas (tanto en AN como en BN) -con mayor prevalencia del clúster B -fundamentalmente histriónico y límite- (Braun, 1994; Bulik, 1995; Sexton, 1998; Martín Murcia, 2001). (*Autoeval. Preg. 1*)

Perspectivas teóricas

Se ha realizado un enorme esfuerzo teórico, desde distintos paradigmas psicológicos, para dar una explicación causal sobre la anorexia nerviosa. Así, por ejemplo, en los modelos psicoanalíticos ortodoxos la anorexia nerviosa no es más que la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la alimentación. Freud interpretó la anorexia como una neurosis –asociada a la melancolía e histeria-, y para Alexander, principal representante de la «psicosomática psicoanalítica», es una reacción psicofisiológica más, traduciendo a lo vegetativo lo atribuido por Freud a una reacción de conversión. Desde el enfoque sistémico, Palazzoli y la escuela de Milán, describen las características de la interacción familiar, en los

casos en que un miembro padece anorexia nerviosa, vinculando la aparición del trastorno con las relaciones dentro de grupo familiar y el contexto significativo del paciente. El grupo de Filadelfia, representado principalmente por Minuchin, define la anorexia como un trastorno psicossomático más, que surge en entornos familiares patógenos. Entre estas características, se encuentran las relaciones familiares definidas por una proximidad extrema entre los individuos y límites mal definidos entre ellos, la sobreprotección hacia los hijos, la no aceptación de la evolución y los cambios que se producen en la adolescencia, la no resolución de los conflictos que surgen y la implicación de los hijos en los conflictos conyugales, como factor clave del desarrollo y mantenimiento del trastorno. Cabe decir, que estos modelos describen el trastorno más que explicar su génesis y que hacen soportar la causalidad en un solo factor –sea familiar o intrapsíquico-. A pesar de sus innegables contribuciones, se entiende que la enorme complejidad que supone esta alteración, supera con creces modelos tan reduccionistas.

No obstante, la perspectiva explicativa más realista es de tipo multidimensional y parte de un enfoque biopsicosocial. En la Tabla 3 encontramos una sistematización del modelo de Garfinkel y Garner (1982), según el cuál, la anorexia nerviosa es el producto de la interacción de una serie de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

FACTORES PREDISONENTES	FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES MANTENIMIENTO
<i>Factores genéticos</i> <i>Edad (13-20 años)</i> <i>Sexo femenino</i> <i>Trastorno afectivo</i> <i>Introversión/inestabilidad</i> <i>Obesidad o sobrepeso premórbido</i> <i>Déficit de empatía</i> <i>Perfeccionismo</i> <i>Antecedentes familiares depresivos o adictivos</i> <i>Familiares con trast. de la ingesta</i> <i>Obesidad materna</i> <i>Valores estéticos dominantes</i>	<i>Dieta</i> <i>Cambios corporales adolescentes</i> <i>Problemas familiares</i> <i>Experiencias sexuales aversivas</i> <i>Aumento de peso</i> <i>Críticas acerca del cuerpo</i> <i>Enfermedad adelgazante</i> <i>Actividad física elevada</i> <i>Acontecimientos vitales</i>	<i>Feedback fisiológico por inanición</i> <i>Deterioro de las relaciones familiares</i> <i>Aislamiento social</i> <i>Cogniciones “anoréxicas”</i> <i>Actividad física excesiva</i> <i>Iatrogenia</i>

Tabla 3. Modelo descriptivo multidimensional de la A.N. (Adaptado de Toro y Vilardell, 1987)

Hemos destacado el factor dieta en negrita, porque consideramos que su influencia como precipitante es, a nuestro modo de ver, el de mayor peso específico, tanto por la “habitualidad” en la población general a practicar ese tipo de conductas -dado el fácil acceso, sino bombardeo, a esa específica información, a través de los medios de comunicación-, como porque el hecho de que “hacer dieta” es un elicitador enorme de ansiedad.

Evaluación y tratamiento

En primer lugar, debemos tener en cuenta que el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, dada su complejidad, es necesariamente multidisciplinar, y por tanto una evaluación de los aspectos biomédicos (estado nutricional, constantes vitales, etc.) por parte de un especialista es esencial y es el factor primario a atender ante cualquier proceso de evaluación (*Autoeval. Preg. 8*), previa a cualquier intervención psicológica, especialmente en pacientes anoréxicos restrictivos con pérdida importante de peso y en compulsivos-purgativos con una conducta de vómito muy frecuente. Algunos autores han señalado algunos criterios que indicarían la conveniencia de ingreso hospitalario en los casos de anorexia nerviosa. Según Toro y Vilardell, estos criterios son de tres tipos: médico-biológicos (pérdida de peso igual o superior al 25% del peso esperado según la edad y talla, o presencia de irregularidades electrolíticas, alteraciones en los “signos vitales” o enfermedades secundarias o no a la AN, pero que puedan agravarse con la concurrencia de cuadros), familiares (relación familiar conflictiva en extremo) y psicológicos (presencia de psicopatología importante) y, por último, fracaso reiterado en el tratamiento ambulatorio. No obstante, siguiendo a Turón (1994), se sugiere ingreso en unidades especializadas en TCA –si la red de recursos asistenciales lo permite-, dado que un exceso de “medicalización” del trastorno puede perjudicar el proceso terapéutico, haciendo que pacientes y familiares supediten el éxito más a las intervenciones médicas que al cambio psicológico de conductas y actitudes. Se acepta que el tratamiento ambulatorio puede ser eficaz en los siguientes casos: adolescentes que presenten una anorexia

de cuatro meses de duración; que no manifiesten episodios bulímicos ni vómitos y que tengan padres dispuestos a cooperar y a participar eficazmente en la terapia familiar. Cabe mencionar los dispositivos intermedios (Hospital de día), en los que el tratamiento incorpora terapias de grupo y ocupacionales, así como talleres, además del soporte terapéutico individual, permitiendo al paciente realizar las comidas en el centro y tener un horario externo, lo que no impide la disminución de la oposición al tratamiento. (PIR 1999, Preg. 199; autoeval. 15)

En el proceso de evaluación psicológica, hemos de contar con fuentes de información del ambiente familiar y emplear diversos instrumentos que nos permitan obtener información fidedigna, útil y convergente. Probablemente el principal problema del terapeuta a la hora de iniciar el primer contacto con los pacientes anoréxicos, es la ausencia de conciencia de enfermedad (*Autoeval. Preg. 4*), por lo que van a rechazar cualquier tipo de ayuda e incluso a ocultar información o dar datos falsos, teniendo estas primeras sesiones una importancia crucial, puesto que el riesgo de abandonos (drop-out) es enorme. Por eso es fundamental establecer una relación positiva, de confianza y estimular al paciente hacia el proceso de cambio. Para tal menester, se sugiere el uso de la entrevista motivacional, diseñada en el contexto de patologías adictivas, cuyos focos de intervención son dotar de feedback objetivo, aceptación de la autoreponsabilidad en el cambio, proporcionar consejo directo y un menú de alternativas terapéuticas, profundizar en la empatía y apoyo de los recursos y esperanza de las pacientes, evitando el paternalismo (Miller, 1991; Calvo, 2002). Siguiendo con el proceso de evaluación, los clínicos cuentan con instrumentos de autoinforme estandarizados, siendo los más utilizados el EAT 40 (Garner, 1979) del que existe una validación española (Castro, 1991), el EDI II (Garner, 1998) y el Body Attitude Test (Van Copenolle, 1984).

Por otra parte, es preciso establecer un diagnóstico diferencial claro, fundamentalmente respecto a enfermedades médicas que cursan con importante pérdida de peso y con el trastorno depresivo mayor; en ambos casos, no existe una imagen distorsionada del propio cuerpo ni un deseo de seguir adelgazando. Por otro lado, en la esquizofrenia se pueden observar patrones de alimentación severamente deteriorados sin un claro temor a ganar peso. El diagnóstico diferencial también debe establecerse en pacientes con criterios de fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal; si los miedos sociales se limitan a la conducta alimentaria, las obsesiones y compulsiones sólo se relacionan con la comida y/o peso y la alteración dismórfica sólo se relaciona con el peso, la silueta y tamaño corporales (Autoeval. Preg. 10), no deben efectuarse los diagnósticos mencionados.

El diseño de la evaluación debe comprender las siguientes áreas:

1. Peso corporal

Dado que el peso es un criterio diagnóstico, hemos de evaluarlo a través de índices ponderales, fundamentalmente el Índice de Masa Corporal de Quetelet (IMC), dado que es un buen indicador del estado nutricional. Se calcula mediante la fórmula $IMC = \text{Peso en Kg.} / (\text{altura en m.})^2$

Una puntuación entre 20 y 25 significa un IMC normal; por encima de 25 significa sobrepeso; entre 20 y 18 significa ligero infrapeso; y por debajo de 17, severo intrapeso. Como ya hemos señalado anteriormente, la CIE-10 lo utiliza como criterio diagnóstico de la anorexia ($IMC < 17.5$)

Para establecer el peso mínimo normal del individuo, el clínico debe tener en cuenta la constitución física del paciente y la evolución histórica del peso. Se sugiere un registro detallado de los siguientes ítems: peso máximo alcanzado, peso habitual tras la menarquia, peso mínimo alcanzado, cambios bruscos, peso subjetivo ideal para el paciente, así como conocer los sentimientos del sujeto respecto a los distintos pesos obtenidos a lo largo de su vida.

2. Patrones de alimentación

Es importante conocer los siguientes aspectos:

- Contenido y cantidad de comida ingerida habitualmente (tipo de dieta, forma de cocinar, etc.).
- Pauta de ingesta (número de comidas diarias, horario de comidas, etc.).
- Conductas restrictivas (alimentos prohibidos, grado de ansiedad y evitación que provocan, períodos de ayuno, etc.).
- Presencia de atracones o de sentimientos de pérdida del control sobre la ingesta (cantidad de calorías ingeridas, situaciones que los provocan, frecuencia, consecuencias, etc.).
- Conocimientos sobre nutrición y actitudes hacia la comida.

3. Conductas purgativas

En la AN (subtipo bulímico) aparecen vómitos, uso de laxantes, de diuréticos, excesivo consumo de agua y ejercicio físico, o ayuno prolongado. De estas conductas debemos conocer su frecuencia, su patrón de aparición, los rituales alimentarios, las situaciones que los facilitan (el atracón previo, el miedo a engordar, la ingestión de un alimento determinado) y sus consecuencias (sensación de alivio, culpa). Es fundamental la evaluación, dadas las consecuencias de riesgo vital que comportan tales conductas, fundamentalmente la hipopotasemia.

4. Imagen corporal

El trastorno de la imagen corporal puede observarse desde dos expresiones distintas; la primera es perceptual y se refiere a la habitual inexactitud con la que los pacientes sobreestiman sus dimensiones corporales. La segunda y probablemente más insidiosa, se refiere al componente afectivo-emocional, estando referida a los pensamientos y actitudes hacia el propio cuerpo, así como al grado de insatisfacción hacia éste (Fernández y Probst, 1994). Probablemente, el componente perceptual esté más relacionado con la no aceptación del propio cuerpo, que con una distorsión perceptiva in estrictu sensu. La actitud negativa hacia el cuerpo e imagen, puede medirse adecuadamente a través del Body Attitude Test, que discrimina bien la población patológica de los controles. La insatisfacción con la imagen, la silueta, ciertas partes del cuerpo (generalmente nalgas y caderas) y el peso, genera múltiples conductas de evitación que deben ser evaluadas, como p.ej. el ocultar la propia imagen vistiendo ropas anchas, evitar situaciones en las que el cuerpo queda más expuesto (playa, actividades deportivas, mirarse al espejo en el baño, etc.), así como conductas rituales de verificación de que “controlan” bien su imagen (medirse partes del cuerpo, pesarse continuamente, etc.).

5. Factores cognitivos

Existen en estos pacientes creencias irracionales y distorsiones cognitivas relacionadas con el miedo a engordar, el peso y la imagen corporal. Pero también revisten una importancia fundamental otro tipo de aspectos como el nivel de autoexigencias y de autoestima. La combinación de baja autoestima y perfeccionismo, por una parte, ayudan a perpetuar el trastorno y, por otra, intervienen facilitando el aislamiento social.

6. Psicopatología asociada

Ya se ha comentado la extensa comorbilidad psiquiátrica, por lo que una evaluación debe incidir en la psicopatología asociada, tanto para elegir el régimen de tratamiento (ambulatorio vs. hospitalario) como para elaborar un protocolo de tratamiento eficaz y así condicionar un mejor pronóstico.

7. Ambiente familiar

Es fundamental evaluar las pautas de funcionamiento familiar (comunicación, interacción, roles, grado de deterioro, pautas alimentarias, presencia de psicopatología, nivel de comprensión del trastorno, pautas educativas, contingencias, nivel de colaboración en el tratamiento, actitudes hacia el trastorno, etc.), dado que la incorporación de la familia en el tratamiento suele ser la norma, no la excepción. No es raro observar un deterioro clínicamente significativo en algunos –si no todos- los miembros de la familia, fundamentalmente en anorexias de larga evolución, dado el enorme desgaste que supone interaccionar con hijos afectados. Necesitarán pues, medidas de apoyo y tratamiento, siendo que, en algunos casos, se sugiere una parentectomía temporal, debido a la retroalimentación negativa mútua entre éstos y sus hijos (Vandereycken, 1991).

Objetivos del tratamiento

El tratamiento completo de la anorexia nerviosa es largo, algunos autores estiman que exige entre dos y cuatro años como promedio para asegurar la estabilidad de la mejoría, siendo sus objetivos fundamentales los siguientes:

- Restauración de peso y mejora de la condición física del paciente.
- Eliminación de los hábitos alimentarios inadecuados e instauración de un patrón normalizado.
- Modificación de las creencias disfuncionales sobre la comida, el peso y la imagen corporal.
- Eliminación de la sintomatología asociada al trastorno.
- Mejora de las relaciones familiares y sociales.

Tratamientos farmacológicos

No existe evidencia en la literatura para considerar algún psicofármaco de primera elección en el tratamiento de la AN (*Autoeval. Preg. 5*). Su aplicación no ha mostrado efectos terapéuticos en relación a la clínica anoréxica per se, si bien es cierto que su aplicación es sugerida si existe comorbilidad del Eje I (trastornos depresivos o de ansiedad) o bien para mejorar la sintomatología secundaria, procurando mejoría del humor y una ansiólisis adecuada para facilitar el tratamiento psicoterapéutico. En ocasiones, se han utilizado neurolépticos, por ejemplo la clorpromazina o risperidona, con el objetivo de eliminar las percepciones delirantes respecto al peso y a la imagen corporal, aprovechando por otra parte el efecto orexígeno. Por último, se han empleado ISRS, tanto por su efecto antidepressivo como por su acción antiobsesiva.

Tratamientos conductuales

Los procedimientos operantes de manejo de contingencias han sido las técnicas de intervención más utilizadas, aplicadas sobre todo en el contexto del tratamiento hospitalario, con el objetivo de conseguir el aumento del peso y de la ingesta (*PIR 2000, preg. 114; autoeval. 18*). En este contexto, el procedimiento suele consistir en privar al paciente de ciertos privilegios (visitas, ver la televisión, etc.), para que el paciente pueda ir progresivamente obteniendo reforzadores si consigue los objetivos de ganancia de peso y de pautas de alimentación establecidos. A menudo se ponen en marcha programas de economía de fichas para mediar entre los objetivos alcanzados y la obtención de reforzadores.

Algunos autores, teniendo en cuenta el componente fóbico del trastorno (miedo a ganar peso), han aplicado programas de desensibilización sistemática para eliminar tales miedos.

Para la reducción de atracones y vómitos (en anorexia subtipo bulímico) suelen aplicarse técnicas de exposición con prevención de respuesta, control de estímulos, procedimientos de demora (disminuir la impulsividad-velocidad del atracón, así como cambio de conductas auxiliares, como comer sentada, colocar los alimentos del atracón en un plato, etc.).

Tratamientos cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo-conductual se ha revelado en los últimos años, como la más efectiva en el tratamiento de la AN (Garner, 1984). Desde los años 80, los factores cognitivos y emocionales relacionados con la aparición y mantenimiento del trastorno empiezan a cobrar mayor importancia. De este modo, los tratamientos, sin perder de vista el objetivo principal de la ganancia de peso, se centran en la eliminación de los pensamientos alterados con el fin de reemplazarlos por otros que promuevan unos patrones de comida y actividad más adecuados. Basándose en la terapia cognitiva de Beck, estos tratamientos han abordado aspectos como las ideas irracionales sobre el peso, la baja autoestima, las distorsiones de la imagen corporal, etc. En relación a la percepción corporal y la actitud negativa hacia el cuerpo, suelen utilizarse técnicas de relajación (*PIR 1999, preg.122; autoeval. 11*). Otras técnicas utilizadas para el tratamiento de la imagen corporal son la confrontación directa en video y/o espejo y la terapia psicomotriz (Probst, 1988). Por otro lado, Garner (1982) señala como principales objetivos terapéuticos desde este planteamiento: la normalización del peso y la ingesta, la mejora de la autoestima y la mejora de la autoconciencia y la confianza personal. Dado que se ha definido la AN como un problema de base emocional, se sugiere proponer a los pacientes aprender a identificar y expresar las emociones de una forma progresivamente adaptativa (Calvo, 2002). En el aspecto cognitivo, deberemos identificar y reestructurar pensamientos irracionales o ideas disfuncionales. Algunos ejemplos paradigmáticos de este tipo de pensamientos en pacientes anoréxicos, se exponen a continuación:

- “sólo puedo controlar la alimentación si soy capaz de no comer o comer lo menos posible”*
- “si como algo que me guste, tengo más probabilidades de descontrolarme”*
- “si no sé exactamente que tengo que comer, mejor no hacerlo”*
- “si no he programado por la mañana mi dieta, mejor no arriesgarme y no comer nada”*
- “nunca tengo hambre”*
- “puesto que he comprobado que si como normal acabo engordando, la unica solución es no comer”*
- “sé que no me va a pasar nada si no como”*
- “puesto que no pierdo más y más peso, a pesar de comer poquísimo, cualquier cosa que ingiera me hará engordar”*
- “como he ganado 1 kilo en una semana, debo dejar de comer o engordaré 30 kilos”*
- “si comes a gusto, engordas”*
- “si tomo la fruta antes de la comida, absorberé menos calorías”*
- “debo mantener mi dieta restrictiva, porque mi metabolismo es tal que si tomo algún alimento prohibido, engordo seguro”*
- “la actividad física quema calorías, así que he de hacer ejercicio inmediatamente despues de comer para adelgazar o mantenerme delgada”*
- “con una alimentación normal no conseguiré controlarme jamás”*
- “sólo delgada puedo ser persona”*
- “o estoy delgada o no me importa vivir”*
- “me noto nerviosa, así que es mejor no comer nada porque podría tener un atracón”*
- “cuando la gente me mira, creo que están dándose cuenta de lo gorda que estoy”*

La valoración de la eficacia terapéutica, siempre es un tema espinoso. En el caso que nos ocupa, la complicación aumenta por cuanto la mayoría de los estudios se realizan en contextos hospitalarios, dónde la medición de mejoría se apoya, generalmente, en las ganancias de peso obtenidas por técnicas operantes. Sin restar importancia –vital, si se permite- a este factor, creemos que la recuperación de peso *per se* informa poco de la mejoría real del paciente. Son necesario, pués, estudios controlados que permitan medir la eficacia, fundamentalmente a medio-largo plazo. No obstante, la mayoría de los trabajos informan de mejorías significativas. Por último, respecto al mantenimiento de la mejoría durante el seguimiento, algunos autores informan que el 50% de los pacientes recaen durante el primer año tras el alta hospitalaria.

Bulimia Nerviosa

Tras la descripción del cuadro realizada por Rusell en 1979, la bulimia nerviosa fue incluida en 1980 en el manual DSM III. Es un trastorno que se caracteriza por un patrón de conducta alimentaria disfuncional, con episodios de ingesta voraz, generalmente vividos con sensación de pérdida de control, seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas, p.ej. vomitando, haciendo ejercicio desmesurado, ayunando y utilizando diuréticos o laxantes. La finalidad de las purgas es evitar ganar peso y, secundariamente, aliviar los enormes sentimientos de culpa, ansiedad o miedo a engordar. Entre los episodios bulímicos, la alimentación suele ser tipo “dieter” e incluso estar fuertemente restringida. Además de las alteraciones alimentarias, el síndrome presenta una constelación de alteraciones cognitivas y emocionales, además de una habitual profusión de psicopatología asociada. Su incidencia es mayor entre mujeres occidentales, de raza blanca, de 19 a 25 años y de cualquier nivel sociocultural, siendo un trastorno más frecuente que la anorexia nerviosa, con una prevalencia del 1-3%. En la tabla 4, aparecen los criterios diagnósticos para la BN según el DSM IV-TR.

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej. 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.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 inadecuadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; 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 corporal.
- E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la A.N

Tipo Purgativo: durante el ep. de B.N, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el ep. de B.N, 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 4. Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa (DSM IV-TR)

Las tres características esenciales del cuadro son: la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados; las conductas destinadas al control del peso corporal; y una preocupación extrema por la figura y el peso corporales. Si ha existido anorexia previa, grave impulsividad, conductas adictivas, historia de alcoholismo familiar o conductas autolesivas, suele evidenciarse un peor pronóstico.

Generalmente, durante los atracones se consumen alimentos altamente calóricos (probablemente debido a que son los que más desean, dada su autoprohibición), aunque la característica definitoria de los atracones es la cantidad de alimento ingerido y no la preferencia por determinado tipo de alimentos.

Los atracones suelen ser conductas privadas, cuando no deliberadamente ocultas, dada la intensa sensación de vergüenza y culpabilidad que generan en el individuo, y suelen venir precedidos por ánimo disfórico, estrés interpersonal, hambre (dada la restricción intercrítica a la que se autoexponen) o experiencias de insatisfacción vital (sea con la imagen corporal, sea con los fracasos en otras áreas de la vida). En la topografía de la conducta, observamos un aumento progresivo de la frecuencia e intensidad

de los atracones (llegando incluso a ingestas de miles de calorías), que son prácticamente engullidos, vividos con una sensación de descontrol y durante el cuál –incluso previamente- se planifica la purga. En ocasiones, roban comida en supermercados, utilizan laxantes de forma anárquica y sobredosificada y su autoestima es peso-dependiente. La obesidad es tan inaceptable como para las pacientes anoréxicas, si bien suelen presentar normopeso –con probable historia de sobreeso premórbido- y éste sería el criterio diferencial con la anorexia nerviosa (*PIR 1999, preg. 124; autoeval. 13*). Por otro lado, mientras que las pacientes anoréxicas –fundamentalmente restrictivas- muestran gran autocontrol, rigidez, meticulosidad, orden y perfeccionismo, las pacientes bulímicas suelen mostrarse más extrovertidas, impulsivas, toleran mal el aburrimiento y las rutinas y suelen experimentar relaciones extremas y tempestuosas (en ocasiones con alta desinhibición sexual), existiendo gran incidencia de conductas adictivas y parasuicidas. Una variante especialmente refractaria a los tratamientos, es la denominada bulimia multi-impulsiva, en la que la desorganización conductual y afectiva de los pacientes, con una alta incidencia de abusos sexuales en la infancia y graves alteraciones de personalidad, complican el curso y pronóstico.

Las consecuencias físicas del patrón disfuncional de conducta a medio y largo, incluyen irregularidades menstruales (*PIR 1999, preg. 124; autoeval.13*) y graves complicaciones biomédicas, que quedan reflejadas en la Tabla 5.

<p>De ordinario bien arreglada y con buena higiene (excepto si hay alteraciones graves en Eje II o adicciones) Peso usualmente normal y obesidad leve-moderada</p> <p>Edema generalizado o localizado en extremidades inferiores (retención renal o compensadora de agua y sodio) Alopecia, cambios cutáneos, amenorrea</p> <p>Hipotermia</p> <p>Tumefacción de parótidas, displasia y alteraciones del esmalte dental, piorrea y otros trastornos de encías</p> <p>Magulladuras y laceraciones del paladar y faringe posterior por conducta de vómitos autoinducidos</p> <p>Disminución de reflejos, debilidad muscular, parálisis y, ocasionalmente, neuropatía periférica.</p> <p>Calambres musculares</p> <p>Signos de hipotasemia (arritmias, hipotensión, disminución del gasto cardiaco, pulso débil, sonidos cardiacos de poca calidad, distensión abdominal, íleo, dilatación gástrica aguda, miopatía, disnea, depresión y obnubilación)</p> <p>Signo de presentación posible: Sed constante o extrema y poliuria (nefropatía hipopotasémica-hipovolémica) y Signo de Rusell (callosidad en el dorso de la mano que se produce por el roce constante de los dientes en la provocación del vómito)</p>

Tabla 5. Síntomas y signos físicos de la B.N

Comorbilidad

Se ha estudiado frecuentemente la asociación entre Bulimia Nerviosa y los trastornos de la personalidad, si bien no queda suficientemente claro si su presencia es premórbida o consecuencia de la propia evolución. Aún así, los estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos del clúster B (límite e histriónico, fundamentalmente) (*Autoeval. Preg. 1*) y se subraya la implicación de estos hallazgos, tanto en el diseño del tratamiento como en el curso y pronóstico (Álvarez, 1997; Rämstan, 1999; Martín Murcia, 2001). Respecto a los trastornos afectivos, la literatura ofrece una alta prevalencia, establecida entre el 24 y el 77%, aunque, de nuevo, es difícil establecer la co-existencia o subsidiaridad de la clínica afectiva al cuadro alimentario. No obstante, la clínica depresiva y ansiosa es tan intensa en los pacientes bulímicos, que necesariamente ha de incorporarse como un foco terapéutico de primer orden.

Modelos explicativos

La complejidad de este trastorno, de nuevo, nos obliga a entenderlo desde una perspectiva multicausal, siendo el modelo multidimensional, el más plausible. Probablemente, la presión social en la que se identifica éxito y belleza con delgadez, unido a una historia de sobrepeso, con una alta emocionabilidad y tendencia depresiva, más la profusa disponibilidad de “recetas mágicas” y “fármacos

adelgazantes milagrosos”, suelen inducir expectativas poco realistas y que, al verse frustradas, meten a ciertos individuos en una espiral angustiante de “*restricción-ansia de comer-atacón-vómito-disforia*” que desesperanza y limita enormemente sus vidas. Está establecido que la violación de una dieta altamente restrictiva conduce a comer alimentos “prohibidos” e iniciar un atracón. Este patrón de comportamiento activa los temores sobre un incremento de peso y los problemas con la imagen corporal, generando gran preocupación, ansiedad y sentimientos de culpa. Las conductas purgativas actúan como reductores de la ansiedad y, de esta manera son reforzados negativamente de forma sistemática. Estos hábitos purgativos eliminan nutrientes y energía, produciendo una privación biológica y despertando en el paciente sensaciones de hambre, lo cual conducirá a que se repitan ciclos de atracones/conductas purgativas. La consecuencia negativa de ello, además de los problemas psicológicos y físicos, es que puede reducirse el ritmo metabólico, lo que conducirá a incrementar la probabilidad de ganar peso, con lo que la “solución intentada” de forma reiterada por los pacientes para mantener el peso ideal, crea lo que tanto temían y el ciclo, se perpetúa, para angustia y desasosiego de éstos.

Evaluación y tratamiento

El abordaje deberá ser pluridisciplinar, en la que los aspectos biomédicos deberán ser preponderantes para controlar y/o evitar riesgos vitales. Los criterios de ingreso son: gravedad del trastorno (historia de parasuicidios, impulsividad extrema, trastornos de personalidad), existencia de dependencia a drogas y/o alcohol, fracaso reiterado en la ruptura del ciclo atracón-vómito y fracaso en la terapia ambulatoria (*PIR 2000, Preg. 113; autoeval.17*). La realización de la evaluación debe atender al establecimiento de una topografía conductual, generalmente utilizando registros para identificar las relaciones de contingencia, frecuencia e intensidad de las conductas problema, así como la estructura de pensamientos y creencias disfuncionales respecto al peso, imagen y conducta alimentaria. Dada la prolija psicopatología presente, fundamentalmente afectiva y caracteriológica, es necesario incidir especialmente en ella. Se estudiará especialmente el riesgo suicida. En el diagnóstico diferencial, deberá atenderse especialmente a los siguientes cuadros:

- *Anorexia nerviosa*: si los atracones y conductas compensatorias aparecen únicamente durante episodios de anorexia, no se efectuará el diagnóstico de bulimia nerviosa además del de anorexia.
- *Enfermedades neurológicas y médicas que cursan con una conducta alimentaria alterada*: en estos casos no existe una preocupación excesiva por el peso ni la forma corporal.
- *Trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos*: en este caso puede aparecer una frecuencia o intensidad excesivas de ingesta alimentaria, pero no hay conductas compensatorias ni preocupación excesiva por el peso y forma corporales.
- *Trastorno límite de la personalidad*: los atracones se incluyen entre las conductas impulsivas que aparecen en este trastorno de la personalidad, si bien deberá cumplirse también el resto de los criterios para la realización de este diagnóstico.
- *Obesidad*: el criterio diferencial es que en la obesidad no existen conductas compensatorias (*PIR 1999, preg. 123; autoeval. 12*).

Los objetivos del tratamiento de la bulimia nerviosa son:

- La desaparición de los atracones y las conductas purgativas.
- El desarrollo de unas pautas de alimentación normalizadas.
- La modificación de las actitudes e ideas disfuncionales respecto al peso y la imagen corporal.
- La desaparición de la sintomatología asociada (principalmente ansiedad y depresión).
- Aprendizaje de pautas para crear y mantener relaciones sociales estables

Tratamientos farmacológicos

El tratamiento de la bulimia nerviosa se ha centrado en tres tipos de fármacos: anticomiciales, anorexígenos y antidepresivos, si bien sólo los últimos han mostrado su eficacia terapéutica (*PIR 1999, preg. 125; autoeval. 14*). A pesar de que la carbamacepina reduce la impulsividad y la fenfluramina disminuye el apetito, los riesgos pueden ser mayores que los beneficios. Así, en la actualidad, los psicofármacos de primera elección son los antidepresivos, dado que reducen parcialmente la clínica bulímica, probablemente por la activación de receptores serotoninérgicos postsinápticos centrales y periféricos (APA, 2001). Los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (p.ej. fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), especialmente por su efecto anti-impulsivo y anorexígeno y la menor intensidad de sus efectos secundarios. Otros antidepresivos utilizados han sido los tricíclicos e IMAO's, aunque no parece existir evidencia de mayor efectividad (Turón, 1997). Los

resultados de los estudios indican una reducción de los atracones y los vómitos en torno al 60% a los dos meses de tratamiento, aunque a los seis meses varios trabajos han informado de una alta tasa de recaídas en un tercio aproximadamente de los pacientes, incluso cuando se mantenía la medicación.

Tratamientos conductuales

El objetivo de este enfoque se centra en reducir los atracones y las purgas. La técnica más empleada es la exposición con prevención de respuesta (Rosen, 1982) y consiste en situar al paciente ante estímulos discriminativos (alimentos prohibidos, soledad, comprar comida, sentimientos negativos al observar su imagen), que eliciten la conducta problema (atracon, vómito) e impedir la realización de dicha conducta. Desde esta perspectiva, el vómito es considerado un reforzador primario del atracón, por su papel de reductor del miedo a engordar (*Autoeval. Preg. 9*). Otro tipo de estrategias conductuales habitualmente utilizadas, son las anteriormente referidas en la AN compulsivo-purgativa, como el control de estímulos, moldeamiento progresivo en la dieta, entrenamiento en demora y modificación de conductas auxiliares. Estas técnicas suelen incorporarse a programas multicomponentes.

Tratamientos cognitivo-conductuales

El programa de tratamiento se estructura en base a la modificación de las conductas bulímicas, para pasar a la re-estructuración cognitiva –basada en el formato original de Beck- y terminar centrándose en los factores cognitivos para prevenir recaídas. Desde este modelo, se entiende que la conducta bulímica se debe a las cogniciones irracionales respecto al peso y la autoimagen, así como a la insatisfacción consiguiente. Fairburn (1985) indica que determinadas características cognitivas, como la tendencia a autovalorarse en función de la figura y el peso, la baja autoestima, el elevado perfeccionismo y la presencia de pensamiento dicotómico, favorecen el miedo a engordar. Este funcionamiento cognitivo facilita una especial sensibilidad a los cambios de peso y el intento de mantenimiento de un control estricto sobre la ingesta. A su vez, este control excesivo incrementa la probabilidad de que aparezcan atracones, que irán seguidos de conductas compensatorias inadecuadas, con lo que se va perpetuando el ciclo restricción-atracon típico de la bulimia. Desde esta perspectiva, se suele realizar un programa de tratamiento multicomponente, que hace hincapié tanto en los aspectos cognitivos, como en el manejo de estrés, control de estímulos, exposición con prevención de respuesta, psicoeducación, habilidades sociales, relajación, etc.

Terapia Interpersonal

Cabe mencionar, a la luz de los excelentes resultados que aparecen recientemente en la literatura –fundamentalmente en la eficacia a largo plazo-, la terapia interpersonal (APA, 2001). Desarrollada por Klerman (1984) para los trastornos depresivos e implementada por Fairburn (1993) en la bulimia nerviosa, sitúa a los problemas interpersonales como agentes causales y desencadenantes del cuadro. El objetivo del tratamiento se centra en el estrés y las relaciones interpersonales. más que en la dieta, el peso o la imagen corporal. La aplicación de estas técnicas en la bulimia, se basa en el supuesto de que, a menudo, los atracones comienzan en el contexto de unas relaciones interpersonales insatisfactorias (determinadas por la baja autoestima, la sobrevaloración de la imagen corporal, etc.). Estas relaciones provocan ansiedad y depresión, sentimientos que desencadenan el atracón. Así, los focos terapéuticos serán la baja autoestima y los sentimientos de ineficacia, cuya mejora provocará la reducción de la sintomatología alimentaria.

El esquema de tratamiento seguiría las siguientes fases: 1) identificar las dificultades interpersonales implicadas en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia; 2) contrato y desarrollo del trabajo sobre dichas dificultades, identificando pautas de comunicación, exámen de sentimientos, utilización de la relación terapéutica como una relación más, consejo, modelado, role playing.; 3) preparación del paciente para la conclusión del tratamiento y la prevención de recaídas.

En cuanto a la eficacia de los tratamientos, las aproximaciones psicológicas descritas se han mostrado más eficaces que el tratamiento farmacológico y que las psicoterapias no directivas en el control de la sintomatología bulímica y de la psicopatología asociada (APA 2001). En las revisiones sobre el tema, la abstinencia de atracones y vómitos al final del tratamiento, se cifra entre el 47 y 50%, sin diferencias significativas entre los tres enfoque psicológicos descritos. Aproximadamente el 16% de los pacientes abandonan el tratamiento; aproximadamente el 80-90% de los pacientes mantienen la mejoría al cabo de un año, y entre el 30 y 60% consiguen la remisión (Pérez Álvarez, 1994). Sin embargo, si tomamos la reducción de la preocupación sobre el peso y la dieta, la mejora de la identificación de las señales internas y del funcionamiento social del paciente, la terapia cognitivo-conductual parece ser la más eficaz (APA, 2001).

En general, parece que, entre todas las categorías de trastornos de la conducta alimentaria, los pacientes bulímicos normopeso responden bien a los tratamientos psicológicos estructurados, los pacientes con anorexia restrictiva presentan más dificultades, y los pacientes con anorexia subtipo bulímico a menudo presentan una gran resistencia al tratamiento.

Trastorno de la conducta no especificado

Se incluyen en esta categoría aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios. Los así llamados síndromes parciales, podrían inducirnos a pensar que son entidades de menor relevancia, pero de hecho, son pacientes con cuadros tan graves como las formas completas (Prats, 1999) (*Autoeval. Preg. 7*). El criterio que con mayor frecuencia incumplen es el de amenorrea (68%).

En este contexto, haremos mención a un trastorno de la conducta alimentaria, denominado sobreingesta compulsiva –semejante al trastorno por atracón, incluido como síndrome en estudio en el DSM IV-TR) - y que se caracteriza por episodios repetitivos de voracidad durante un periodo determinado de tiempo, los cuales son reconocidos por el sujeto como patrones alimentarios anormales y lo vivencian como incontrolables. Los comedores compulsivos presentan problemas de sobrepeso moderados o graves, pero se diferencian de los pacientes bulímicos en que no emplean conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso (*Autoeval. Preg. 3*). No suelen hacer dietas severas, aunque pueden manifestar que siguen una, ni tienen insatisfacción con su imagen corporal como presentan las pacientes anoréxicas y bulímicas. Las situaciones ambientales en las que generalmente suelen presentarse los episodios de sobreingesta suelen ser limitados, siendo las más mencionadas aquellas en las que los sujetos experimentan activación de su estado emocional y como respuesta a estímulos alimentarios externos. Esta ingesta es nutritivamente innecesaria, a menudo implica el consumo de grandes cantidades de alimento, éste suele ser sabroso e hipercalórico y la persona experimenta su conducta como si fuera un hábito compulsivo.

En la tabla 6, se exponen los criterios propuestos por Williamson (1990) para definir el trastorno de sobreingesta compulsiva.

<p>A. Episodios de sobreingesta compulsiva recurrentes, por lo menos dos veces a la semana durante tres meses (consumición rápida de una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo, generalmente inferior a 2 horas).</p> <p>B. Por lo menos 3 de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumición durante un episodio de voracidad de alimentos de alto contenido calórico, fácilmente ingeribles. 2. Comer sin llamar la atención durante un ep. de voracidad. 3. Intentos repetidos de hacer dieta con el fin de perder peso. 4. El afecto negativo a menudo predispone la ocasión para el atracón. 5. Fluctuaciones frecuentes de peso superiores a 4.5 kg debido a alternar la sobreingesta con la dieta. <p>C. No se emplean métodos extremos para perder o controlar el peso (vómito autoinducido, dietas severamente restrictivas, ayuno, abuso de laxantes o diuréticos o hábitos extremos de ejercicio).</p> <p>D. Reconocimiento de que los patrones alimentarios son anormales y temor de no ser capaz de parar de comer voluntariamente.</p> <p>E. Presencia de ánimo deprimido y pensamientos autodespreciativos después de los ep. de voracidad.</p> <p>F. No hay evidencia de otras alteraciones de la imagen corporal distintos de la insatisfacción por el tamaño del cuerpo.</p> <p>G. Los ep. de voracidad no son debidos a anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o cualquier otro trastorno físico conocido.</p>

Tabla 6. Criterios diagnósticos de la sobreingesta compulsiva

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Ars Medica.
- ÁLVAREZ, .L. (1997). *Personalidad y bulimia nerviosa*. En: Turón, V, Ed: Trastornos de la Alimentación.
- BRAUN, D.L., SUNDAY, S.R., HALMI, K.A. (1994). *Psychiatric comorbidity in patients whit eating disorders*. Psychological medicine, 24(4), 859-867.
Barcelona: Masson.
- BULIK, C.M., SULLIVAN, P.F., WELDING, T.E., KAYE, W.H. (1995). *Temperament in eating disorders*. International Journal of eating disorders, 17 (3), 252-261.
- BRUCH, H. (1996). *Anorexia Nervosa and its differential diagnosis*. J Nerv Ment, 141, 555-566.
- CALVO, R. (2002). *Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con TCA*. Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente, 1(2), 55-73.
- CASTRO, J., TORO, J., SALAMERO, M., GUIMERÁ, E. (1991). *The eating attitude test: validation of spanish version*. Evaluación psicológica/Psychological assessment, 7(2), 175-190.
- CHINCHILLA, A. (1994). Anorexia Nerviosa. Madrid: Hergón.
- CID HERNÁNDEZ, M.A., SANTIAGO MOLINA, E. (1999). *Aproximación al análisis funcional de la anorexia nerviosa I*. Psiquis, 20(2), 62-69.
- CRISP, A., PALMER, R., KALUCY, R. (1976). *How common is anorexia nervosa?. A prevalence study*. British journal of psychiatry, 128, 549-554.
- DSM IV (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.
- DSM IV-TR (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.
- FAIRBURN, C.G.. *Cognitive-behavioral treatment for bulimia*. En: Garner, D., Garfinkel, P.E., Eds. Handbook of psychoterapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. New York: Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G., JONES, R., PEVELER, R.C., HOPE, R.A., O'CONNOR, M. (1993). *Psychoterapy and bulimia nervosa*. Arch Gen Psychiatr, 48, 463-469.
- FERNÁNDEZ, F., PROBST, M., MEERMANN, R., VANDEREYCKEN, W. (1994). *Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls*. International journal of eating disorders. 16(3), 307-310.
- FAIRBURN C.G., COOPER P.J. (1984). *The clinical features of Bulimia nervosa*. British Journal of Psychiatry, 144, 238-246.
- GARFINKEL, P.E., GARNER, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner Mazel.
- GARNER, D., GARFINKEL, P. (1979). *The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa*. Psychological Medecine, 9, 273-279.
- GARNER, D., BEMIS, K.M. (1985). *Cognitive therapy for anorexia nervosa*. En: Garner, D., Garfinkel, P.E., Eds. Handbook of psychoterapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. New York: Guilford Press.
- GARNER, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, EDI II*. Madrid: TEA ediciones.
- GRAELL, M. (1999). *Comorbilidad en anorexia nerviosa*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna, 4(26), 82-84.
- GULL, W.W. (1873). *Anorexia hysterica (Apepsia hysterica)*. British Journal of medicine, 2, 527-528.
- HALMI, K.A. (1982). *Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa*. Psychological medicine, 24, 187-194.
- ICD-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., CHEVRON, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books Inc.
- LEITEMBERG, H., ROSEN, J.C., GROSS, J., NUDELMAN, S. VARA, L.S. (1988). *Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa*. J Consult Clin Psychol, 56, 535-541.
- LUCAS, A.R. (1981). *Toward the understanding of anorexia nervosa as a disease entity*. Mayo Clin Proc, 56,254-264.
- MARTIN MURCIA, F.M., MOTOS ALARCOS, A., DEL AGUILA MARTÍN, E. (2001). *Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI II*. Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente, 1(1), 2-8.

- MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (1991). *Motivational intervening. Preparing People to change addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M. (1994). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitat
- PRATS, M. (1999). *Aspectos clínicos de los casos parciales de anorexia nerviosa*. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna, 4(26), 89.
- RĂMSTAN, M. (1994). *Personality and eating disorders*. Rev. Psiquiatría Fc. Med. Barna, 26(4), 105-106.
- RUSSELL, G.F.M. (1979). *Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Psychological Medicine, 9, 429-448.
- SEXTON, M.C., SUNDAY, S.R., HURT, S., HALMI, K.A. (1998). *The relationship between alexithymia, depression, and axis II in eating disorder inpatients*. International journal of eating disorders, 23(3), 277-286.
- TORO, J., VILARDELL, E (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- TURÓN, V.; THOMAS, P. (1995). *Antidepresivos en la bulimia nerviosa*. En: Vallejo, J., Gastó, C. Eds.: *Antidepresivos en la clínica psiquiátrica*. Barcelona: Mosby/Doyma.
- TURÓN, V. (1997). *Epidemiología de la anorexia nerviosa*. En: Turón, V, Ed: *Trastornos de la Alimentación*. Barcelona: Masson.
- VAN COPPENOLLE, H. et al. (1984). *Construction of a questionnaire on the body experience of anorexia nervosa*. En: Resmschmidt, H., Schmidt, M.H., Eds.: *Anorexia Nervosa*. Toronto: Hogrefe& Huber.
- VANDEREYCKEN, W.; CASTRO, J.; VANDERLINDEN, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- WILLIAMSON, D.A., DAVIS, C.J., DUCHMANN, F.G., MCKENZIE, S.M., WALKINS, P.C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Ars Medica.

Reseña: Se trata de una práctica guía, sin grandes pretensiones, pero que ofrece los tratamientos, tanto nutricionales, farmacológicos como psicoterapéuticos de elección, del grupo de trabajo de la APA, sustentada por clínicos especializados en dichos trastornos. La destacamos por la descripción de los principales instrumentos de evaluación, así como por la profusa e interesante bibliografía a la que nos remiten.

MARTINEZ BENLLOCH, I. (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Instituto de la mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Reseña: Exhaustivo estudio realizado por un equipo de investigación, coordinados por Isabel Martínez Benlloch, cuyo eje principal gira en torno a las relaciones entre “ser mujer”, la imagen corporal y los factores psicosociales, que en una sinérgica compleja, predisponen hacia formas de conducta y de “ser en el mundo” anoréxicas. Realizan un exquisito estudio, partiendo de la hipótesis general de que los modelos normativos afectan a la formación de la propia imagen, como parte de la identidad de género y constituye un elemento importante de salud y desarrollo psicológico.

TORO, J.; VILARDELL, E (1987).: *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Reseña: Probablemente, el primer tratado sobre la anorexia nerviosa realizado con conocimiento de causa en España. La prolija experiencia del Dr. Toro y colaboradores en los TCA, queda reflejada en este libro, cuya principal propuesta es la de alertar a clínicos y sociedad en general, de la envergadura de dicho trastorno. Resume el modelo multidimensional, para entender de forma veraz la psicobiografía de la anorexia nerviosa.

TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.

Reseña: Una lectura obligada, que permite un extenso repaso sobre la psicohistoria de los TCA y que aborda elocuentemente el entramado sociocultural en el que florecen con especial virulencia, los valores que conducen a estas formas de comportarse.

TURÓN GIL, V.J. (1997). *Trastornos de alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.

Reseña: El prestigioso equipo de la Ciutat Sanitària de Bellvitge, dirigidos por el Dr. Turón, ofrecen una manual con vocación eminentemente clínica, dónde abordan diversos aspectos de los TCA, desde descriptivos y epidemiológicos, hasta terapéuticos (con mención especial a los distintos programas de tratamiento, sean farmacológicos, como psicológicos individuales y grupales).

VANDEREYCKEN, W.; CASTRO, J.; VANDERLINDEN, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.

Reseña: El profesor Vanderycken, psiquiatra consultor de la Unidad de Trastornos de la alimentación de Kortenberg, hace hincapié en la importancia de la familia dentro del entramado de los TCA. Tras la revisión de la literatura sobre el tema, se centra en las diversas formas de intervención con los familiares de pacientes, destacando su modelo piramidal, dónde la intervención se estructura de menos a más (desde el mero asesoramiento, a la realización de terapia a algún miembro del sistema familiar). Destacamos su capacidad para, de forma sencilla, invitarnos a profundizar en las reacciones familiares y su impacto como catalizadores o mantenedores del cuadro.

AUTOEVALUACIÓN

1. En la literatura sobre comorbilidad en TCA, aparece el cluster B de los trastornos de personalidad con más frecuencia en:

- a) La AN compulsivo/purgativa
- b) La BN
- c) La AN restrictiva
- d) La BN y AN compulsivo/purgativa
- e) La BN y la AN restrictiva

2. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos NO está incluido en el DSM IV-TR para la AN ?

- a) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, a pesar de tener conciencia del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso corporal.
- c) En el tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- d) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- e) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea

3. ¿Qué criterio diagnóstico diferencial distingue la BN de la Sobreingesta compulsiva?

- a) Presencia de atracones recurrentes
- 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; ayuno, y ejercicio excesivo.
- c) Al atracón le suele anteceder un episodio distímico.
- d) Miedo a ganar peso.
- e) Profundo malestar al recordar los atracones.

4. ¿Cuál es el PRINCIPAL problema del terapeuta en el inicio de la intervención con pacientes anoréxicos?

- a) La falta de conciencia de trastorno, que provoca desmotivación y abandonos prematuros del tratamiento.
- b) La presencia de sintomatología depresiva.
- c) La agresividad de los pacientes.
- d) La necesidad de incluir a la familia en la estrategia terapéutica.
- e) La actitud engañosa y manipuladora de los pacientes.

5. De los siguientes psicofármacos, ¿cuál es el de primera elección para el tratamiento de la AN?

- a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- b) Carbamacepina
- c) Neurolépticos
- d) IMAO's
- e) Ninguno psicofármaco es de primera elección para la AN, siendo su utilización reservada para psicopatología asociada.

6. ¿Qué terapia aparece contrastada en la literatura como especialmente eficaz en el tratamiento de la Bulimia nerviosa?

- a) Psicoanálisis
- b) Psicoterapia dinámica breve
- c) Psicoterapia interpersonal
- d) Psicoterapia rogeriana
- e) Psicoterapia existencial

7. Las formas parciales de anorexia nerviosa:

- a) Revisten menor gravedad
- b) Requieren un tratamiento específico
- c) Requieren la ausencia de amenorrea
- d) Revisten igual gravedad que las formas completas
- e) Todas las anteriores

8. Durante el proceso de evaluación de la Anorexia Nerviosa, el primer factor a atender es:

- a) La psicopatología asociada
- b) La dinámica familiar
- c) La empatía con el paciente
- d) La situación biomédica del paciente
- e) Las relaciones interpersonales

9. En la terapia de exposición con prevención de respuesta:

- a) El vómito es considerado un castigo
- b) Se pretende que el sujeto modifique sus creencias irracionales
- c) Es muy poco aversiva
- d) Suele utilizarse en anorexia restrictiva
- e) El vómito es considerado un reforzador primario

10. El trastorno dismórfico no se diagnosticará en casos de anorexia nerviosa:

- a) Si la preocupación acerca del peso no es excesiva
- b) Si la preocupación se limita exclusivamente al peso
- c) Si no existen vómitos o conductas compensatorias
- d) No pueden diagnosticarse ambos trastornos
- e) Ninguna de ellas

11. (PIR 1999, preg.122): Dentro de la Terapia cognitivo-conductual, en los trastornos de la conducta alimentaria, la percepción corporal se trabaja principalmente con:

- a) Entrenamiento en habilidades sociales.
- b) Técnicas de relajación.
- c) Control estimular.
- d) Técnicas de resolución de problemas.
- e) Entrenamiento en demora.

12. (PIR 1999, preg. 123): En comparación con los bulímicos, los obesos:

- a) Emplean conductas compensatorias, sobre todo ejercicio físico.
- b) Tienen una restricción alimentaria grave.
- c) Sólo comen cuando experimentan hambre.
- d) No están tan preocupados con su imagen corporal.
- e) Presentan depresión mayor y, frecuentemente, trastornos de personalidad.

13. (PIR 1999, preg. 124): La principal diferencia entre la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa es:

- a) En la bulimia nerviosa se dan episodios de atracón y en la anorexia nerviosa no.
- b) Las conductas purgativas son exclusivas de la bulimia nerviosa.
- c) En la bulimia nerviosa la paciente se mantiene generalmente en normopeso.
- d) Los desarreglos menstruales y/o la amenorrea son exclusivos de la Anorexia Nerviosa.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta

14. (PIR 1999, preg. 125): Los psicofármacos que se han demostrado más eficaces en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa son:

- a) Antagonistas opioides
- b) Ansiolíticos
- c) Neurolépticos
- d) Anticomiciales
- e) Antidepresivos

15. (PIR 1999, preg. 199): El tratamiento en hospitales de día para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria ofrece las siguientes ventajas EXCEPTO una. Señálela:

- a) Se afronta el incremento de peso con mayor estabilidad emocional.
- b) Se atenúan las posibilidades de regresión y dependencia.
- c) Se confiesa más fácilmente la enfermedad, en lugar de negarla o disociarla.
- d) Se alivia el secreto de las pautas.
- e) Es menos probable la oposición al tratamiento.

16. (PIR 2000, preg. 23):Cuál es la característica clínica esencial de la anorexia nerviosa?

- a) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso.
- b) Distorsión de la imagen corporal.
- c) Amenorrea.
- d) Alteración de la percepción del peso.
- e) El rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla.

17. (PIR 2000, preg. 113): En el tratamiento de la bulimia, ¿Cuál de los siguientes factores NO constituye un indicador de ingreso hospitalario?

- a) Presencia de atracones muy grandes y repetitivos.
- b) Presencia de vómitos inmediatos y muy frecuentes.
- c) Presencia de alteraciones orgánicas derivadas de las conductas purgativas (deshidratación, p.ej.).
- d) Existencia de depresión con riesgo suicida.
- e) Presencia de ideas disfuncionales respecto al peso.

18. (PIR 2000, preg. 114):¿Cuál es el objetivo específico de los procedimientos operantes de manejo de contingencias en el tratamiento de la anorexia?

- a) Eliminar el miedo a la gordura y a la ganancia de peso.
- b) Conseguir un aumento del peso y de la ingesta.
- c) Modificar las distorsiones de la imagen corporal.
- d) Reducir las conductas purgativas.
- e) Controlar la sintomatología asociada.

RESPUESTAS CORRECTAS

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
d	a	b	a	e	c	d	d	e	b	b	d	c	e	e	e	e	b