

LA  
**BULIMIA**  
**NERVIOSA**  
Y SU  
**TRATAMIENTO**

del libro de Fairburn

"OVERCOMING BINGE EATING"

TRADUCIDO POR ELIA ROCA

## Introducción

Si tienes un problema de atracones (o conoces a alguien que lo tiene), probablemente habrás buscado información sobre el tema en distintas fuentes. Es fácil que, en vez de obtener una información clara que te ayude a comprender mejor los atracones y la forma de solucionarlos, hayas acabado confundido y desanimado por las opiniones contradictorias que has encontrado. Así, puede que hayas acabado resignándote a vivir con un problema que va deteriorando tu calidad de vida, cada vez más.

Pero esto no tiene por qué ser así.

Durante muchos años he sido consciente, de la necesidad de elaborar un trabajo de síntesis, accesible pero con validez científica, que recoja todo lo que se sabe acerca de los atracones. Asimismo, durante casi dos décadas he estado concentrado en desarrollar y evaluar nuevos tratamientos para éstos problemas. Este libro es mi respuesta a la necesidad de disponer de una fuente fiable de información y a la necesidad, aún mayor, de un programa de tratamiento que sea útil para un amplio rango de personas.

La obra se centra en dos objetivos diferentes pero interdependientes: la primera parte presenta un resumen del conocimiento científico actual acerca del problema de los atracones, mientras que la segunda parte expone un manual de autoayuda basado en el tratamiento más eficaz que existe en la actualidad para éste problema.

Si padeces atracones, puedes tener la tentación de empezar a leer directamente las instrucciones del tratamiento, etapa a etapa, que se hallan en la segunda parte de este libro, pero te recomiendo encarecidamente que leas también la primera parte. Si adquieres la información que se recoge en ella, estarás más capacitado para manejar tu problema. También espero que una vez conozcas los hechos, ayudes a difundirlos ya que, como explicamos en éste libro, existe una intrincada red de informaciones distorsionadas que no sólo impiden que mucha gente aprenda a detener sus atracones sino que también lleva a otros muchos a iniciarlos.

Recientemente, la amplia difusión de estos problemas a través de los medios de comunicación ha hecho que muchos de nosotros seamos conscientes de que el problema de los atracones es algo frecuente en la sociedad occidental. También se nos ha informado de que estas conductas son, en Estados Unidos, un problema típico de las jóvenes blancas, que está impulsado por un "ansia de carbohidratos" y que es un patrón de alimentación causado por las "dietas yo-yo"<sup>\*</sup>. Desafortunadamente, ninguna de estas últimas afirmaciones es verdadera. Todas reflejan interpretaciones erróneas muy comunes y son un ejemplo de los mitos que circulan en la actualidad acerca de este tema. Otros mitos son los reclamos extremos de algunas ramas de la industria dietética, que dan a la gente falsas esperanzas acerca del peso y la figura que puede lograr. El fracaso en alcanzar esas metas no realistas lanza a mucha gente a un círculo vicioso de dietas y atracones que puede ser difícil, aunque no es imposible, de romper.

Pero no es sólo la información errónea la que hace daño; las informaciones incompletas que omiten hechos importantes, también promueven conductas insanas. Por ejemplo, hay pruebas de que la gente que intenta controlar su peso mediante vómitos, o abuso de laxantes o diuréticos, comúnmente han iniciado esas prácticas porque han oído hablar de ellas a través de los medios de comunicación. ¿Cuántas de estas personas no hubiesen iniciado esas conductas si, cuando oyeron hablar de ellas, también hubiesen sido informadas acerca de sus efectos adversos y de su ineficacia como método de

---

<sup>\*</sup> **Nota del t:** En algunas publicaciones sobre bulimia nerviosa y anorexia nerviosa, los autores se dirigen al lector en femenino porque esos problemas son mucho más comunes en mujeres.

<sup>\*\*</sup> **Nota del t:** se refiere a que la mayoría de personas que hacen dietas estrictas para adelgazar, pierden mucho peso en poco tiempo pero después lo recuperan rápidamente. (Su peso sube y baja cómo un yo-yo ).

control de peso?. Los problemas de alimentación se agravan una vez que las personas empiezan a hacer "purgas" después de los atracones. Informar de la realidad acerca de estas conductas, es una forma de prevenir el desarrollo de problemas muy serios.

La primera parte de este libro presenta el estado actual del conocimiento en este campo con un resumen, inexistente en otro lugar, de lo que se conoce acerca de los problemas de atracones. Mis frecuentes viajes al extranjero, me han dado la oportunidad de aprender de la experiencia de otros clínicos e investigadores, al mismo tiempo que compartía con ellos la mía. Como resultado, este libro representa una verdadera síntesis del conocimiento actual, no sólo mis propias impresiones. Sin embargo, nuestra comprensión del problema de los atracones está aún lejos de ser completa. Para asegurar una visión equilibrada, este libro no sólo presenta lo que conocemos sino también lo que aún *no* sabemos acerca de este tema.

Los dos capítulos iniciales de la primera parte tratan los aspectos básicos de cómo se distingue un verdadero atracón de un episodio típico de sobreingesta, cuál es la diferencia entre los problemas de atracones y los trastornos de atracones y cuáles son los criterios que utilizan los clínicos para diagnosticar las principales formas de trastornos de alimentación. Si sufres atracones o conoces a alguien que los padece, es importante que comprendas exactamente las características de esta conducta. Si tienes un problema de atracones, el capítulo 3 te aclarará que estás muy lejos de ser el único: en él se recogen todos los datos de las investigaciones más recientes acerca de quiénes tienen atracones.

Los capítulos 4 y 5 profundizan más en la naturaleza de los problemas de atracones describiendo los problemas psicológicos, sociales y físicos asociados con esta conducta. En ellos puedes encontrar información acerca de las purgas y otros métodos de control del peso -de su ineficacia y de los daños que pueden ocasionar a la salud-. También hallarás información de cómo pueden afectar a otros aspectos de tu vida, los atracones y las conductas asociadas a ellos.

Las causas de los atracones son a menudo difíciles de identificar. Lo que sí que sabemos es que los factores responsables del inicio de este problema y los factores responsables de su mantenimiento, no son necesariamente los mismos. El capítulo 6 trata de los últimos hallazgos al respecto y el capítulo 7 aborda una cuestión que se plantea a menudo, sobre todo en Estados Unidos: ¿son los atracones una forma de adicción?.

El capítulo 8, pone fin a la parte primera del libro analizando las diferentes aproximaciones para el tratamiento de estos problemas que han sido utilizadas en los últimos 20 años, y concluyendo qué un tratamiento psicológico específico, denominado *terapia cognitivo-conductual* es claramente el más eficaz en producir cambios *duraderos*. En esa forma de tratamiento se basa el programa de autoayuda que se expone en la segunda parte del libro.

Mucha gente ignora que la gran mayoría de personas con problemas de atracones no está recibiendo ninguna forma de ayuda. Hay numerosas explicaciones para este hecho y como se explica en este libro, una de ellas es que muchas de las personas que sufren este problema son reticentes a revelarlo a alguien. Esta es una de las razones por las que los programas de autoayuda tienen mucho que ofrecer. Otro argumento que apoya el interés de estos programas es que la investigación sobre tratamientos sugiere que la autoayuda, sola o con una mínima guía ("autoayuda guiada") sería suficiente para que muchas personas pudiesen superar su problema de atracones. El programa de autoayuda, explicado en la segunda parte, puede ser utilizado por ti mismo o con la ayuda de un terapeuta, de un amigo íntimo o de un familiar, y puede también ser aplicado conjuntamente con otras formas de tratamiento si fuese necesario.

En mis veinte años de trabajo con personas que padecen problemas de atracones, he encontrado que mucha gente tiene escasa motivación para cambiar o que esta motivación no es constante. Estas personas han llegado a aceptar su problema de

atracones y han adaptado su vida a él. Además de intentar informar adecuadamente y de ayudar, otra de las metas de este libro es la de motivar a la gente que padece este problema a cambiar y a empezar de nuevo. Si tienes un problema de atracones, espero que este libro te estimule a superarlo o si ya estás trabajando para superarlo, espero fortalecer tu decisión.

### **AGRADECIMIENTOS**

Es un placer reconocer las muchas personas que me han ayudado a escribir este libro. Primero y principalmente debo dar las gracias a Peter Cooper, un viejo colega y amigo sin cuyo aliento el libro no se habría escrito. Peter ha ayudado de muchas formas, no sólo arreglando la mayoría de las citas ilustrativas intercaladas en el texto, sino que también me ha dado consejos útiles sobre las diferentes versiones del manuscrito. Asimismo, deseo expresar mi agradecimiento a las personas con problemas de atracones que han hecho comentarios que se recogen en el libro y que han utilizado el programa de auto-ayuda. Su contribución ha sido incalculable. Además, deseo agradecer a aquellos amigos y colegas que han leído el manuscrito y han contribuido a su evolución a través de sucesivas redacciones. En particular deseo dar las gracias a mi esposa Susan y a mis colegas Terry Wilson, Kelly Brownell, Marsha Marcus, Laura Hill, Jacqui Carter, Faith Barbour, Jenny Burton, Zafra Cooper, Beberley Davies, Valerie Dunn, Phillipa Hay, Pat Norman, Marianne O'Connor, Sue Shaw y Christina Wood.

Finalmente, deseo expresar mi agradecimiento a Christine Benton y Seymour Weingarten. Chris, como editora ha hecho un aporte significativo al libro a través de sus sabias observaciones y de sus ingeniosas sugerencias. Seymour, cómo editor-jefe de The Guilford Press, ha actuado cómo un excelente coordinador. Le estoy agradecido por el apoyo y el ánimo que me brindó y por su compromiso con este libro.

## Contenidos

### PRIMERA PARTE

#### Los Atracones: Los Hechos

CAPÍTULO 1. *¿Qué es un atracón?*

CAPÍTULO 2. *Atracones, trastornos de la alimentación y obesidad*

CAPÍTULO 3. *¿Quién tiene atracones?*

CAPÍTULO 4. *Problemas psicológicos y sociales relacionados con los atracones*

CAPÍTULO 5. *Problemas físicos asociados con los atracones*

CAPÍTULO 6. *Las causas de los problemas de los atracones*

CAPÍTULO 7. *Atracones y adicción*

CAPÍTULO 8. *El tratamiento de los problemas de atracones*

### SEGUNDA PARTE

#### Un Programa de Autoayuda para Quienes Padecen Atracones

INTRODUCCIÓN

ETAPA 1 . *El inicio*

ETAPA 2 . *Comer con regularidad*

ETAPA 3 . *Alternativas al atracón*

ETAPA 4 . *Resolución de problemas y revisión*

ETAPA 5 . *Dietas y formas relacionadas de evitar comidas*

ETAPA 6 . *¿Qué hacer ahora?*

APÉNDICE 1. *El índice de masa corporal*

APÉNDICE 2. *Si tienes sobrepeso*

APÉNDICE 3. *Organizaciones que pueden ayudarte*

APÉNDICE 4. *Una nota para familiares y amigos*

APÉNDICE 5. *Una nota para los terapeutas*

*Lecturas Complementarias*

*Índice*

## CAPÍTULO 1.

# ¿Qué es un Atracón?

*TODO EMPIEZA al pensar acerca de algún alimento que me prohíbo cuando estoy haciendo dieta. Pronto se convierte en un fuerte deseo de comer. Lo primero que noto es alivio y bienestar al comer y me siento bastante eufórica; pero después noto que no puedo parar y me doy el atracón. Como y como frenéticamente hasta que estoy absolutamente llena. Entonces me siento culpable y enfadada conmigo misma.*

Para mucha gente un atracón es algo perfectamente inocuo -sería algo así como salirse de la dieta o ser demasiado autoindulgente-. Para otros, sin embargo, tener un atracón significa una pérdida de control sobre la ingesta y esto es un problema grave para mucha gente, sobre todo para mujeres jóvenes de países occidentales como los Estados Unidos o el Reino Unido.

A pesar de que los atracones afectan a mucha gente, no suele existir una comprensión clara, basada en información científica, acerca de estas conductas. Para la mayoría de personas (tanto las que han experimentado atracones como las que no) el conocimiento real de este problema es comparativamente escaso, debido en parte a la gran cantidad de información distorsionada difundida a través de los medios de comunicación.

¿Todas las personas que tienen atracones llevan a cabo purgas?. ¿Los atracones son un problema crónico o pueden superarse?. ¿Son una alteración pasajera en la conducta de una persona que es normal en todo lo demás, o son una señal de que esta persona funciona mal a otros niveles?. ¿Qué tipo de persona es probable que tenga atracones y por qué?. ¿Cuándo se tienen los atracones y cuáles son sus desencadenantes?. ¿Cuánto tiempo dura un atracón típico?. ¿Cómo podemos distinguir, en nosotros mismos o en las personas que nos preocupan, si se trata de un atracón o de un simple episodio de sobreingesta?. Y, lo que suele ser más importante, ¿cómo pueden, las personas que padecen atracones, dejar esta conducta frecuentemente autodestructiva?.

Ninguna de estas cuestiones puede responderse sin una comprensión plena de qué son los atracones, y este es el objetivo de este capítulo inicial, que también responderá a las preguntas: ¿cómo son los atracones?, cuando una persona se da un atracón, ¿qué es lo que come y de qué forma lo hace?, y finalmente ¿hay diferentes tipos de atracones?.

## ¿QUÉ SIGNIFICA UN ATRACÓN?

Los diccionarios actuales suelen definir el atracón como sobreingesta de comida. También puede ser usado como equivalente el término descontrol.

Lo que llamamos descontrol con la comida es una experiencia que dicen tener al menos una de cada cinco jóvenes en la actualidad. Sin embargo, el significado de esta experiencia difiere considerablemente entre ellas. Algunas lo ven como una ruptura ocasional de sus pautas habituales que no tiene mayor efecto en sus vidas. Sin embargo, para otras, como la mujer cuya descripción iniciaba este capítulo, se trata de un verdadero problema, algo que tiene un impacto negativo en muchos aspectos de su vida.

---

<sup>1</sup> **Nota del t:** Tal como se indica en el Capítulo 3, este problema "se ha extendido recientemente a países mediterráneos como España e Italia"

La falta de comprensión de esa diferencia -entre el atracón benigno y el problema de atracones- está en la base de gran parte de la confusión acerca de esta conducta. De hecho, las confusiones van más allá, por ejemplo ¿cuándo debemos llamar a un episodio de sobreingesta atracón en vez de simple sobreingesta?. Reconociendo la necesidad de clarificar estas definiciones, los investigadores han hecho grandes esfuerzos para estudiar las experiencias de las personas que tienen atracones. Aunque no existen experiencias idénticas en las distintas personas, se ha visto que los verdaderos atracones tienen dos rasgos comunes: la cantidad de alimentos ingeridos es grande y durante el atracón existe una sensación de pérdida de control. La identificación de estos rasgos comunes, ha hecho posible que la Asociación Americana de Psiquiatría haya llegado a un acuerdo general acerca de la definición técnica del término atracón:

Un atracón se caracteriza por:

- 1) Comer, en un periodo discreto de tiempo (ej. dentro de un periodo de dos horas) una cantidad de comida que es claramente mayor que la que comería la mayoría de la gente en un periodo similar en circunstancias parecidas
- 2) Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (ej., la sensación de que no se puede parar de comer o de que no se puede controlar la cantidad de comida que se ingiere).

Lo que es primordial en el atracón es la sensación de pérdida de control. *Este rasgo, por encima de cualquier otro, distingue el verdadero atracón de la sobreingesta común y del mero descontrol.*

### LAS CARACTERÍSTICAS DE UN ATRACÓN

*Cojo cualquier alimento al azar y lo engullo, algunas veces sin ni siquiera masticarlo. Pero después empiezo a sentirme culpable y aterrorizada cuando comienza a dolerme el estómago y a subirme la temperatura. Es solamente entonces, cuando me siento realmente enferma, cuando paro de comer.*

Las descripciones personales de los atracones pueden ser tremendamente reveladoras. Sin embargo, por diferentes razones, esas informaciones pueden no ser del todo exactas. Por este motivo, algunos grupos de investigación han estudiado los atracones en laboratorios. Uno de los más sofisticados es el Laboratorio de Alimentación Humana de Pittsburgh, del Western Psychiatric Institute and Clinic de la Universidad de Pittsburgh (ver cuadro siguiente) y creemos que los descubrimientos que se están empezando a obtener en él, serán de un valor incalculable para las investigaciones sobre estos problemas.

Mientras tanto, la información anecdótica y los hallazgos de otros laboratorios continúan añadiendo detalles a la descripción de lo que sería un atracón "típico". Lo que emerge de todo ello es una descripción que puede que reconozcas, al menos en parte, si tienes atracones o si piensas que los tiene algún conocido:

**Sentimientos.** Los primeros momentos de un atracón pueden ser placenteros. El sabor y textura de la comida puede parecer intensamente agradables. Sin embargo, estos sentimientos suelen durar poco. Pronto son reemplazados por sentimientos de disgusto, cuando la persona consume más y más comida. Algunas personas sienten asco por lo que están haciendo, pero son incapaces de parar.

**Velocidad de la ingesta.** La forma típica de ingerir comida en un atracón es rápida. Los investigadores de la Universidad de Columbia, han encontrado que las mujeres con bulimia nerviosa ingieren comida con una velocidad de más del doble que las mujeres

que no tienen bulimia nerviosa: 81,5 calorías por minuto comparado con 38,4 calorías por minuto. Muchas se atiborran de comida engulléndola casi mecánicamente, sin apenas masticarla. Otras muchas también beben copiosamente para ayudarse a tragar. Esto contribuye a su sensación de estar llenas e hinchadas y también ayuda a algunas a vomitar después del atracón.

**Agitación.** Algunas personas se pasean de un lado a otro, o deambulan dando vueltas durante sus atracones. Pueden tener un aire de desesperación mientras los llevan a cabo. Sienten el ansia de comer como una poderosa fuerza que les empuja a seguir haciéndolo. Es por esto por lo que, a veces, se utiliza el término de ingesta compulsiva (ver en el capítulo 2, otro uso de este término). Obtener comida adquiere una importancia extrema; la persona en este estado puede coger alimentos que pertenecen a otros, robarla de las tiendas o ingerir comida que otros han tirado. La mayoría ven estas conductas como vergonzosas, desagradables y degradantes.

*Empiezo tomándome un tazón de cereales. Me lo como muy rápidamente e inmediatamente me tomo dos o tres tazones más. En esos momentos ya sé que he perdido el control y que voy a continuar hasta el final y darme un atracón. Me siento verdaderamente tensa y busco comida desesperadamente. Esto significa que tengo que merodear por el Campus en busca de comida que la gente haya tirado. Reconozco que esto es verdaderamente asqueroso. Me atiborro de comida rápidamente. A veces llego hasta el centro de la ciudad y me voy parando en las tiendas que encuentro en el camino. Compró sólo una pequeña cantidad de cada tienda para no levantar sospechas. Dejo de hacerlo cuando me he gastado todo el dinero o, más usualmente, cuándo estoy tan llena que físicamente no puedo comer más.*

**Sensación de conciencia alterada.** La gente a menudo describe que se siente cómo si estuviese en trance durante el atracón. Si has experimentado esto, ya sabes que tu conducta parece casi automática, como si no fueras realmente tú quien está comiendo. También cuentan que ven televisión, escuchan música con volumen alto, o utilizan algunas otras formas de distracción, para evitar tener que pensar acerca de lo que están haciendo.

*El problema puede empezar de buena mañana, si me despierto alterada. Si me siento infeliz o alguien ha dicho algo que me ha enojado, siento una fuerte necesidad de comer. Cuando me viene este impulso, noto un sudor pegajoso, se me queda la mente en blanco y automáticamente me dirijo hacia la comida. Como muy rápido, como si tuviese miedo de que si comiera más despacio, tendría demasiado tiempo para pensar en lo que estoy haciendo. Como estando de pie o caminando de un lado para otro; muchas veces viendo televisión o leyendo una revista. Esto lo hago para evitar pensar, porque pensar significaría afrontar lo que estoy haciendo.*

**Mantenerlo oculto.** Una característica destacada de los atracones típicos, es que estos se llevan a cabo en secreto. Algunas personas están tan avergonzadas de sus atracones que llegan muy lejos para ocultarlos y algunos lo consiguen durante años. Una de las formas en que consiguen ocultar su problema es comiendo de una manera relativamente normal cuando están con otras personas. Otra es llevando a cabo considerables subterfugios. Quizá estes familiarizado con alguna de las formas que se utilizan para ocultar estas conductas: después de comer una comida normal, algunas personas

retornan sin que nadie las vea para comerse todas las sobras y otras se llevan la comida al dormitorio o al cuarto de aseo, para comer sin temor a que las vean.

### El Laboratorio de Alimentación Humana de Pittsburgh

El laboratorio de alimentación humana de Pittsburgh, el único de este tipo existente en la actualidad, ha empezado a obtener hallazgos en los primeros años de la década de los 90. Su singularidad reside en que los sujetos que padecen un problema alimentario pueden permanecer en él durante largos periodos de tiempo -más de 24 horas-, mientras que se observan y evalúan las conductas relacionadas con su problema; por ej., el vómito autoinducido.

El laboratorio consiste en una habitación de 19 metros cuadrados situada junto a una unidad hospitalaria de tratamiento de trastornos de alimentación. Incluye una mesa, una silla, una cama, un televisor y una grabadora de vídeo, y tiene también un cuarto de aseo privado adyacente. Los sujetos pueden comunicarse con la habitación de control, mediante interfono.

La comida se obtiene de dos máquinas de distribución automática, una de ellas frigorífica, controladas por ordenador, y puede calentarse en un microondas. Las máquinas expendedoras contienen 38 tipos diferentes de comidas y bebidas; representativas de las que pueden hallarse en las cafeterías y del tipo de comidas que se ingieren en los atracones. Se conoce, la composición exacta de todas esas comidas.

Durante su estancia de varios días, pueden darse instrucciones a los sujetos. Por ej., se les puede pedir que tengan un atracón o que coman cómo lo harían en un día normal en que no tengan atracones. Se ha estudiado, tanto a personas con bulimia nerviosa cómo a otras sin ningún problema de alimentación. A las personas estudiadas se les da siempre una información exhaustiva de lo que se está haciendo y se pide su consentimiento para llevar a cabo el estudio.

Un laboratorio de este tipo nos proporciona una forma de obtener información detallada de la conducta alimentaria de los sujetos. Aunque somos conscientes, de la clara desventaja que supone el carácter artificial de un laboratorio como este, hay buenas razones para pensar que la conducta de los sujetos en el laboratorio es similar a la que se da fuera de él, en su ambiente natural, porque suele encajar con anteriores descripciones de sus conductas. Está muy claro que las personas con bulimia nerviosa tendrán atracones en un lugar cómo este.

*Fuente:* Kaye WH, Weltzin TE, Mc Kee M, Mc Conaha C, Hansen D y Hsu LKG. "Laboratory assessment of feeding behavior in bulimia nervosa and healthy women: Methods for developing a human-feeding laboratory". *American Journal of Clinical Nutrition* 1992; 55: 372-380.

*Dejo mi trabajo y voy a comprar comida a la tienda. Empiezo a comer antes de llegar a casa pero evito que me puedan ver, ocultando la comida en los bolsillos. Una vez en casa empieza el verdadero atracón. Como hasta que el estomago me duele y ya no puedo comer nada más. Es sólo en esos momentos, cuando puedo salir de mi estado de trance y pensar acerca de lo que he hecho.*

**Pérdida de control.** Como hemos explicado antes, es un rasgo fundamental en un atracón, pero varía considerablemente de una persona a otra: algunas sienten esta pérdida de control antes de empezar a comer, en otras se desarrolla gradualmente mientras van comiendo, y en un tercer grupo, la sensación de pérdida de control surge súbitamente cuando se dan cuenta de que han comido demasiado. Algunas personas que han tenido atracones durante muchos años cuentan que esa sensación de pérdida de control se ha debilitado con el tiempo, en ciertos casos porque la experiencia les ha llevado a pensar que sus atracones son inevitables y, por tanto, ya no hacen muchos esfuerzos para resistirse a ellos. Algunos incluso planifican lo que consideran atracones inevitables, con lo que los convierten en "profecías autocumplidas". Planificarlos, permite a estas personas ejercer cierto control acerca de cuándo y dónde ocurrirán sus atracones, minimizando así las interferencias que producen en sus actividades diarias. Por tanto pueden pensar que en realidad no han perdido el control, pero no es cierto, ya que siguen siendo incapaces de evitar sus atracones. Además, muchos informan de que son incapaces de parar la ingesta una vez se ha iniciado.

Esto último parece ocurrir, incluso cuando un atracón es interrumpido. Puede que las provisiones de comida se hayan acabado, que el teléfono suene o que alguien llame a

la puerta. Cuando esto ocurre, es común que la persona que está llevando a cabo el atracón, continúe con él una vez ha solucionado lo que lo interrumpió. Como dicen los Drs. Jannet Polivy y Peter Herman de la Universidad de Toronto, es como si la persona que experimenta un atracón estuviese en una "modalidad de pausa" en esos momentos.

## **CÓMO Y CUÁNDO SE DAN LOS ATRACONES**

Las personas difieren ampliamente en la frecuencia con que tienen los atracones y en qué alimentos comen en ellos; por tanto es difícil definir un atracón típico en esos términos. No es pues sorprendente que el cómo y cuándo se dan los atracones, continúe siendo objeto de numerosas investigaciones.

### **Frecuencia y Duración**

Para cumplir el diagnóstico del trastorno de alimentación denominado bulimia nerviosa (descrito en el capítulo 2) según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría, los atracones tienen que ocurrir con una regularidad de, al menos, dos por semana. Pero este umbral de dos a la semana es arbitrario -una reminiscencia de los intentos iniciales para definir este trastorno al final de los años 70- y ha sido criticado por ello: implica que la gente que sufre atracones con menos frecuencia está menos trastornada, cuando esto a menudo no es cierto. Muchos investigadores y clínicos creen que el umbral de un atracón a la semana sería más apropiado. Consecuentemente, los clínicos que tratan a personas con trastornos alimentarios, a menudo ignoran los umbrales arbitrarios de este tipo cuando hacen un diagnóstico.

El significado de la frecuencia también puede ser confuso para la persona que sufre los atracones. Si tienes un atracón "solamente uno de vez en cuando", ¿significa esto que no hay razones para preocuparte?. ¿Desde qué nivel de frecuencia el atracón se convierte en un problema?. ¿Son criterios cuantitativos como el número de veces que se dan atracones, lo espaciados que están, el tiempo que dura cada atracón o la cantidad de calorías consumidas, los que determinan la gravedad del problema?, ¿o el principal factor a tener en cuenta debería ser el grado en que los atracones interfieren en tu vida?. En la práctica, a los clínicos les preocupa sobre todo el deterioro -es decir, el grado en el que los atracones interfieren con tu salud física y con tu calidad de vida, en un sentido amplio-. No existe una relación simple entre este tipo de deterioro y la frecuencia del atracón. De hecho, al principio de los años 80, un estudio de cuarenta pacientes con bulimia nerviosa llevado a cabo en la Universidad de Minnesota, mostró que la mayoría sobrepasaban los dos atracones semanales (ver página 10), y estudios más recientes han confirmado este hallazgo. Por otro lado, también se ha observado que muchos pacientes que en otros aspectos presentan los rasgos típicos, tienen menos de dos atracones por semana.

¿Cuánto duran los atracones? Esto depende del tipo de problema o del trastorno alimentario que tiene cada persona. Los datos actuales de mi grupo de investigación de Oxford indican que, entre aquellos que efectúan purgas, -es decir, aquellos que compensan sus atracones mediante vómitos autoinducidos o abuso de laxantes o diuréticos-, muchos tienen atracones que duran alrededor de una hora. Pero, entre los que no utilizan purgas, los atracones suelen durar un promedio de casi dos horas. Esto ocurre, probablemente, porque los que realizan purgas sienten prisa por completar sus atracones tan pronto como sea posible, para poder purgarse rápidamente, minimizando así la cantidad de comida que absorben (ver capítulo 4).

### **Las Comidas Ingeridas en un Atracón**

*Generalmente se trata de cualquier alimento "prohibido": chocolate, tarta, galletas, mermelada, leche condensada, cereales, y comidas dulces improvisadas (por ejemplo, mezclas de masa para hacer tarta); comidas fáciles de ingerir y que no necesitan ninguna preparación. Normalmente no tomo esas cosas porque engordan, pero cuando tengo un atracón puedo comerlas en gran cantidad.*

#### **Frecuencia y Duración de los Atracones en Pacientes con Bulimia Nerviosa**

En este estudio, 40 pacientes con "bulimia" (el término original americano para la bulimia nerviosa; ver capítulo 2), cumplimentaron registros diarios acerca de la frecuencia y duración de sus episodios de atracones

Los principales hallazgos fueron :

1. La duración media de un atracón fue de 78 minutos, con un rango de 15 minutos a 8 horas.
2. El promedio de atracones fue de 11,7 durante la semana en que se realizó la evaluación, con un rango de 1 a 46 episodios. El patrón más común fue el de un atracón diario, usualmente en las primeras horas de la tarde o al anochecer.
3. El promedio de calorías consumidas por atracón fue de 3.415, con un rango entre 1.200 a 11.500 calorías (datos de 25 de los 40 pacientes).
4. Las comidas más comúnmente ingeridas fueron, en orden descendente de frecuencia: helados, pan, caramelos, donuts, ensaladas, sandwiches, galletas, palomitas, queso y cereales.

*Fuente: Mitchel JE, Pyle RL y Eckert DE. "Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with Bulimia". American Journal of Psychiatry 1981; 138: 835- 836*

Cuando a la gente que tiene atracones se le pregunta "¿qué comes cuando tienes un atracón?", dan dos tipos de respuestas típicas: unas están relacionadas con el tipo de comida, por ej., pueden responder "comida dulce" o "comida que llena", y el otro tipo de respuestas se relaciona con su actitud hacia la comida; por tanto, pueden responder "comida prohibida", "comida peligrosa" o "comida que engorda". Lo que queda claro es que muchos atracones se componen de comidas que la persona está intentando evitar.

**El mito del "ansia de carbohidratos."** Puedes haber leído que los atracones se caracterizan por su alto contenido en carbohidratos, y que se desencadenan por un "ansia de carbohidratos". Este es un mito muy extendido; pero, en realidad, la proporción de carbohidratos en los atracones no es particularmente alta, no más que en las comidas ordinarias. Lo que caracteriza a los atracones no es su composición en términos de carbohidratos, grasas o proteínas; sino más bien la cantidad excesiva de comida. Si tienes atracones o conoces a alguien que los tenga, sabrás que un atracón suele incluir tarta, galletas, chocolate, helados y cosas por el estilo. Pero, como ha señalado el Dr. Timothy Walsh de la Universidad de Columbia, aunque comúnmente se cree que esas comidas son de elevado contenido en carbohidratos, se describen mejor como comidas dulces con alto contenido en grasa. El Dr. Walsh da dos ejemplos: el 57% de las calorías de un helado de vainilla marca Haagen Dazs proceden de grasa, mientras que sólo el 36% proceden de carbohidratos, e incluso en los pasteles el 40% de calorías proceden también de grasa. El ansia de carbohidratos, aunque es una noción popular, es un mito que no corresponde a la realidad.

Sin embargo, es curioso observar que este término tuvo mayor relevancia hace algunos años. Mi impresión es que la composición de los atracones ha cambiado en los últimos 20 años, existiendo un mayor consumo de comidas con alto contenido en carbohidratos al final de los años 70 y principios de los 80. Si esto es así, puede reflejar un cambio en las prácticas dietéticas a través de los años: en aquellos años, las dietas se

centraban principalmente en excluir los carbohidratos mientras que, en la actualidad, su objetivo principal es la exclusión de grasas.

Día: <i>Miércoles</i>			Fecha: <i>8 de abril</i>		
Hora	Comida y bebida consumidas	Lugar	*	V/L	Contexto y comentarios
8'15	<i>Me peso</i>				<i>Ni lo anoto, peso mucho</i>
8'50	<i>Vaso de agua</i>	<i>cocina</i>			<i>Tengo sed</i>
10'10	<i>Coca-cola light</i>	<i>trabajo</i>			<i>Decido no tener atracones hoy</i>
11'30	<i>Entre 10 y 20 biscotes</i>	<i>trabajo</i>	*	V	<i>He empezado comiendo sólo un par y, antes de darme cuenta, he perdido el control</i>
12'05	<i>Agua</i>				
6'05	<i>Pastel de manzana y helado</i>		*		<i>He empezado a comer nada más llegar a casa, inmediatamente, sin ningún control</i>
	<i>4 tostadas con mantequilla</i>		*		
	<i>Cacahuets y pepsi light</i>		*		
	<i>6 pastelitos</i>		*	V	
	<i>1 rosco de pan de pasas</i>		*	V	
	<i>2 helados, pepsi light.</i>		*	V	
7'50	<i>2 vasos de agua</i>				
9'45	<i>1 vaso de agua</i>				<i>Me siento muy sola</i> <i>Me acuesto temprano</i>

**Figura 1.** Un registro de comidas muestra un atracón típico. Los asteriscos significan las comidas consideradas por la persona cómo excesivas. V/L significa vomitar o usar laxantes.

### La Amplitud y el Coste de los Atracones

La cantidad de alimentos ingeridos durante el atracón varía ampliamente de una persona a otra. Algunas consumen grandes cantidades de comida durante un atracón; ocasionalmente una persona puede ingerir de 15.000 a 20.000 calorías de una vez. Pero esto no es lo más habitual. Cuando se le pide a estas personas que describan exactamente lo que han comido y después se calcula el número de calorías, un atracón típico contiene entre 1000 y 2000 calorías. Alrededor de un cuarto de los atracones

contienen más de 2000 calorías -más del promedio de ingesta diaria de muchas mujeres-. Los estudios de laboratorio han apoyado de forma significativa estos cálculos: cantidades similares se han obtenido en personas que se han ofrecido voluntariamente para darse un atracón, al calcular después la composición precisa de los alimentos ingeridos. Un estudio reciente ha hallado que uno de cada cuatro pacientes con bulimia nerviosa tiene atracones de más de 5.000 calorías y uno de cada diez tiene atracones de más de 6.000 calorías.

Un hallazgo significativo de todos estos estudios es que, durante algunos atracones que por lo demás serían típicos, la persona come solamente una cantidad normal o incluso pequeña de comida. Estos episodios no cumplen los criterios de la definición técnica que hace la Asociación Americana de Psiquiatría de lo que es un atracón, por la pequeña cantidad de comida consumida, aunque la persona los considera cómo atracones porque se da la sensación característica de pérdida de control. La entrevista estructurada para evaluar los rasgos de los trastornos alimentarios (The Eating Disorder Examination) diseñada por el autor y por el Dr. Zafra Cooper, considerada la estándar en este campo, describe este tipo de atracones como *atracones subjetivos*. En contraste, los atracones en los que realmente se ingieren grandes cantidades de comida son denominados atracones *objetivos*. Un hecho revelador acerca de los atracones en general, es que los atracones subjetivos son bastante comunes y que también pueden causar un considerable malestar.

No es sorprendente que los atracones resulten caros. Las personas afectadas, que regularmente consumen grandes cantidades de comida, pueden llegar a tener dificultades financieras. La figura 2 ilustra el coste de un atracón. Muestra el precio de un único atracón en el comprobante de un supermercado. A principios de los años 80, un estudio llevado a cabo en Chicago mostró que el promedio del coste de un atracón era de 8,30 dólares (unas 1,200 pts.) con un rango entre 1 y 55 dólares (entre 150 y 8,250 pts.). El precio elevado de los atracones explica en parte por qué algunas personas recurren a robar comida.

#### ALMACENES CALABUIG

28/7/97 10:02 OP:040539 Nº 085320 Caja: 010 Sup.: 475.  
Horario de 9 a 20,30

1 Crema de cacahuete	261
1 Queso porciones	196
1 Agua de soda	100
1 Pan de molde	180
1 Coca cola light	165
1 Patatas chips	171
1 Pizza	299
1 Chocolate LYA	299
1 Tartalina	8071
1 Helado Haagen Dazs	682
1 Galletas	253
<hr/>	
Total	3.160 pts.

GRACIAS POR SU VISITA

**Figura 2:** El coste de un atracón. El tiket de un supermercado muestra lo que puede costar un atracón típico

**Nota de la traductora.** Hemos puesto comidas similares y precios equivalentes a los de la edición en lengua inglesa.

## ¿SON TODOS LOS ATRACONES IGUALES?

Los atracones varían considerablemente no sólo de persona a persona sino también en un mismo individuo. Muchas personas informan de que tienen más de un tipo de atracones, aunque algunos no se ajustarían a la definición técnica de un atracón (de un atracón objetivo). Una persona describía que tenía los siguientes tipos de atracón:

### Atracones Completos

*Como y como, usualmente muy rápido y sin disfrutar de la comida, aparte del placer inicial de saborear los alimentos, que de alguna forma está impregnado de culpabilidad. Normalmente lo hago a escondidas y en un mismo lugar (si estoy en casa en la cocina y si estoy en la Universidad en mi habitación). Como hasta que físicamente ya no puedo comer nada más. Este es el tipo de atracón en el que suelo utilizar laxantes -durante el atracón y después- lo que intensifica mi sensación de pánico y culpabilidad. Nada más acabar, estoy físicamente tan hinchada que mis emociones están amortiguadas, pero después me siento terriblemente mal.*

### Atracones Incompletos

*Normalmente tienen lugar durante la noche y son similares a los atracones completos, excepto en que como apresuradamente en algún lugar, sin disfrutar de ello pero también sin demasiado miedo. Suponen casi una reacción automática, a menudo causada por alguna situación. Este tipo de atracones puedo detenerlos.*

### Atracones Lentos

*Usualmente este tipo de atracones los tengo en casa, no en la Universidad. Puedo preverlos y darme cuenta de cómo se inician. A veces me resisto durante un rato pero, finalmente, cedo ante ellos con una sensación casi de placer. Constituyen una liberación de tensión en esos momentos, porque así dejan de preocuparme. En realidad, disfruto de esos atracones al menos en su inicio. Elijo alimentos que me agradan y que usualmente no me permito, o me permito sólo en pequeñas cantidades. A veces gasto tiempo en preparar la comida. En algún momento me doy cuenta de que estoy haciendo una tontería y de cuánto voy a aumentar de peso, y entonces me siento más culpable, pero aún siento una compulsión a continuar.*

Algunos grupos de personas tienen atracones distintivos. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa, a menudo tienen pequeños atracones subjetivos pero con la misma ansiedad y sentido de pérdida de control que se asocia a los atracones objetivos. Los atracones de la gente que tiene sobrepeso significativo, muchos de los cuales tienen "trastorno por atracones" (ver capítulo 2) tienden a no estar claramente definidos en el sentido de que es difícil saber con exactitud cuál es su principio y su final. Esos atracones generalmente son de mayor duración que los que tienen las personas con bulimia nerviosa y pueden durar casi todo el día. Además, su forma de comer es más lenta y menos desesperada. Sin embargo, el conjunto de alimentos ingeridos es verdaderamente cuantioso y también existe una sensación de pérdida de control durante ellos. La culpa y vergüenza asociadas son similares y también tienden a ocultarlos.

## EL ANTES Y EL DESPUÉS: COMO EMPIEZAN Y ACABAN LOS ATRACONES

Si tienes atracones o estás intentando comprender esta alteración conductual en alguna otra persona, probablemente te cueste comprender por qué se dan. ¿Por qué una

conducta que causa disgusto y vergüenza se repite una y otra vez?. Los factores responsables del inicio de los atracones y los factores responsables de su mantenimiento son dos amplios temas que se analizan en el capítulo 6. Pero también son importantes los desencadenantes inmediatos de cada atracón particular. ¿Qué circunstancias pueden hacer que se inicie un atracón?

### **Desencadenantes de los Atracones**

Muchos factores pueden desencadenar atracones. En 1982, un estudio realizado en Australia halló una serie de desencadenantes bastante dispares (ver cuadro siguiente). Algunos de los más comunes se describen en los epígrafes siguientes.

#### **Sentimientos desagradables**

*Los atracones se inician cuando estoy fatigada, deprimida o enfadada. Me llevo a sentir muy vacía, tensa y asustada. Intento superar el impulso a comer pero este se vuelve cada vez más fuerte. La única forma que conozco para liberarme de esos sentimientos es el atracón. El atracón enmascara los sentimientos de amargura y borra cualquier cosa que estuviese amargándome. El problema es que queda reemplazado por sentirme hinchada, agotada y culpable.*

Los sentimientos desagradables de cualquier tipo pueden desencadenar atracones. Sentirse deprimido es un estímulo particularmente poderoso. Otros desencadenantes emocionales son la ansiedad, la desesperanza, la soledad, el aburrimiento, la irritabilidad y el enfado.

#### **Los Desencadenantes de los Atracones**

En este estudio, realizado en Sidney (Australia) se obtuvo una detallada descripción de los atracones de 32 pacientes atendidas por un trastorno de alimentación, de intensidad clínica. Estas pacientes describieron los 12 principales desencadenantes de sus atracones:

- 91 % ansiedad
- 84 % comer algo (cualquier cosa)
- 78 % estar sola
- 78 % ansia de determinadas comidas
- 75 % pensar en comidas
- 72 % volver a casa (al salir de clase o del trabajo, o después de vivir una temporada fuera de casa)
- 59 % sentirse aburrida y sola
- 44 % sentirse hambrienta
- 44 % tomar alcohol
- 25 % salir con alguien del sexo opuesto
- 22 % comer fuera
- 22 % ir a una fiesta

*Fuente: Abraham SF y Beumont PJV. "How patients describe bulimia or binge eating". *Psychological Medicine* 1982 ; 12: 625-635*

**Sentirse obeso.** Sentirse obeso es un tipo particular de estado de ánimo muy desagradable, común entre la gente que está preocupada acerca de su figura (ver capítulo 4). Esto puede también desencadenar atracones.

**Aumentar de peso.** Mucha gente que está preocupada acerca de su peso reacciona negativamente ante cualquier incremento. Cualquier ganancia de peso, aunque sea muy

pequeña, puede precipitar una reacción negativa. En las personas propensas a los atracones, una forma de respuesta puede ser abandonar todos los intentos de controlar la ingesta y, como consecuencia de ello, tener un atracón.

### **La dieta y el hambre asociado a ella**

*El impulso a darme un atracón suele empezar hacia el mediodía en un día "normal"; es decir, un día en el cuál estoy intentando no comer. Durante las primeras horas de la tarde, los pensamientos acerca de la comida se convierten en una preocupación cada vez mayor y finalmente, alrededor de las cuatro de la tarde, mi capacidad de concentración está lo suficientemente anulada cómo para que los pensamientos acerca de la comida me dominen totalmente. Entonces, dejo mi trabajo y me voy a la tienda. Un factor que definitivamente desencadena el inicio de un atracón es el hambre. Si estoy hambrienta, en vez de comer algo adecuado para satisfacer ese hambre, me cómo cualquier cosa que pueda caer en mis manos. Es cómo si tuviera que probar todos los sabores, incluso de cosas que no me gustan.*

Mucha gente con un problema de atracones come muy poco fuera de ellos. Esta privación de comida puede tener muchas consecuencias indeseables, una de ellas es la de estar hambriento. Comer demasiado poco, da como resultado una presión psicológica y fisiológica hacia la ingesta, y una vez se inicia esta, las personas con propensión al atracón pueden encontrar difícil pararlo.

**Romper alguna regla de la dieta.** Mucha gente que tiene atracones también hace dieta y, su forma de hacerla, suele ser característica (ver capítulo 4). Por ejemplo, a menudo tienen reglas estrictas acerca de cuándo deben comer y en qué cantidad. Además tienen reglas sobre qué deben comer, considerando ciertos alimentos como prohibidos porque los ven como "engordadores". Romper una de estas reglas relativas a la dieta suele precipitar un atracón.

**Falta de estructuración del tiempo.** La falta de ocupaciones a lo largo del día también facilita los atracones en las personas propensas a ellos, mientras que el tener una rutina de actividades parece ser un factor protector. La falta de planificación del tiempo libre también puede estar acompañada por sentimientos de aburrimiento, uno de los estados de ánimo desagradables que tienden a desencadenar atracones.

**Estar solo.** Cómo ya hemos mencionado, los atracones casi siempre se realizan a escondidas. Para las personas más propensas a ellos, estar solas incrementa el riesgo de sufrirlos ya que no tienen las presiones sociales en contra de los atracones. Si además la persona se siente aislada, el riesgo es mucho mayor.

**Tensión premenstrual.** Algunas mujeres cuentan que les resulta especialmente difícil controlar sus comidas en los días anteriores al periodo menstrual. Esto puede ser una respuesta a sensaciones físicas, cómo el sentirse hinchada, o a estados de ánimo negativos como la depresión o la irritabilidad.

**Beber alcohol.** Algunas personas encuentran que tomar alcohol les hace vulnerables a los atracones. Hay una serie de razones para ello. El alcohol reduce la habilidad para resistir los deseos inmediatos y, por tanto, interfiere con la adherencia a las reglas de la dieta. Por ejemplo, uno tiene el propósito de comer solamente una ensalada y después de unos cuantos tragos de alcohol, puede abandonar ese objetivo rápidamente y tomar una comida completa. El alcohol también deteriora la capacidad de juzgar las cosas y, por tanto, puede hacer que infravalore lo mal que va a sentirse si se salta las reglas de su

dieta. Además, el alcohol hace que algunas personas se sientan deprimidas, por lo cual también se incrementa el riesgo de que tengan un atracón.

## **Las Consecuencias**

*Después de un atracón, me siento asustada y enojada. El miedo es un componente importante de lo que siento, porque me aterroriza el peso que puedo ganar. También me siento muy enfadada por haber permitido que me ocurriese otra vez; los atracones me hacen odiarme a mi misma.*

Después de un episodio de sobreingesta, la mayoría de la gente lo acepta cómo un descontrol ocasional pensando que ha sido algo "malo pero agradable", o bien experimentan algunos sentimientos de culpa arrepintiéndose sinceramente. Estas personas pueden decidir compensarlo comiendo menos y quizá haciendo algo de ejercicio, pero sus auto-recriminaciones y sus conductas compensatorias terminan ahí.

Las consecuencias de un atracón son bien diferentes. Quienes sufren atracones pueden experimentar algunos sentimientos agradables, pero por breve tiempo. Por ejemplo, pueden sentir una sensación de alivio, los sentimientos de hambre y privación pueden desaparecer, y si el atracón fue desencadenado por sentimientos de depresión o ansiedad, estas emociones pueden haber quedado desplazadas. Pero esos efectos positivos pronto son reemplazados por sentimientos de vergüenza, disgusto y culpabilidad. La depresión es, a menudo, una consecuencia de los atracones cuándo la persona se siente incapaz de controlar su ingesta. La ansiedad también es un resultado común, ligado al miedo a ganar peso. Los sentimientos negativos pueden ser exacerbados por los efectos físicos que siguen al atracón; por ejemplo, el cansancio y el dolor de estomago son muy comunes. El miedo a ganar peso puede ser tan intenso que lleve a algunas personas a tomar medidas compensatorias extremas (descritas en el capítulo 4). Esas conductas compensatorias son una de las características que distinguen a las personas que simplemente tienen atracones, de aquellas que sufren uno de los trastornos que se describen en el próximo capítulo.

## CAPÍTULO 2

### Atracones, Trastornos de Alimentación y Obesidad

ACTUALMENTE POCOS DESCONOCEN que los problemas de alimentación son algo frecuente en la sociedad occidental. La mayoría de nosotros hemos oído hablar de "los atracones y purgas" y de la "enfermedad de la delgadez", es decir, de la anorexia nerviosa. En efecto, los términos relacionados con los atracones se han convertido en parte habitual de la cultura popular de forma que, por ejemplo, la palabra "anoréxica" ha llegado a ser sinónimo de peso demasiado bajo. Desafortunadamente, en el proceso a través del cual estas cuestiones han llegado a formar parte del lenguaje de la calle, el verdadero significado de muchos términos que describen los problemas alimentarios ha quedado desdibujado. Los artículos de revistas no especializadas han popularizado denominaciones como problemas alimentarios o trastornos alimentarios, utilizándolos como sinónimos, sin tener en cuenta la diferencia que existe entre ambas. Lo cierto es que un problema alimentario no es lo mismo que un trastorno alimentario, del mismo modo que anoréxica no significa extremadamente delgada. Así pues, ¿qué es exactamente un problema alimentario? y ¿cuándo se convierte éste, en trastorno alimentario?

Las información para responder a estas cuestiones se expone en el capítulo 1 (donde se explica la diferencia entre sobreingesta y atracón, una distinción apoyada por la definición técnica de atracón) y en este capítulo, en el que se revisa: la forma en que psiquiatras y psicólogos clasifican los problemas de atracones, cómo se relacionan con los trastornos de alimentación, y la relación de estos problemas y trastornos con la obesidad.

#### "PROBLEMAS ALIMENTARIOS" Y "TRASTORNOS ALIMENTARIOS"

La gran mayoría de personas que tienen atracones, no tienen un problema alimentario ni tampoco un trastorno alimentario. Sus atracones son ocasionales, más que frecuentes, no implican una gran cantidad de comida y tampoco deterioran su calidad de vida. Sin

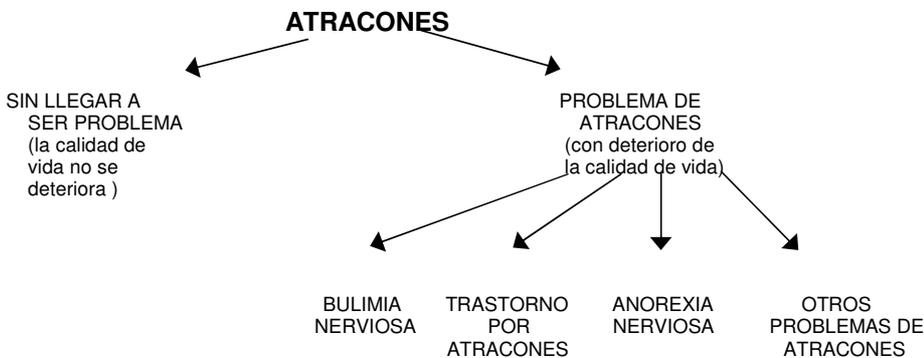


Figura 3. Clasificación de los atracones.

embargo, hay un número significativo de personas cuyos atracones interfieren, en mayor o menor medida, con su calidad de vida. Sus atracones pueden ser frecuentes, causarles alteraciones emocionales o afectar a su salud física. Puede decirse que estas personas tienen un *problema alimentario*.

Muchos problemas de atracones cumplen también los criterios de uno de estos dos *trastornos alimentarios*: la bulimia nerviosa o, el recientemente descrito, trastorno por atracones. Una minoría de sujetos con problemas de alimentación presentan un trastorno diferente como la anorexia nerviosa. En otros casos se trata de problemas parecidos, pero que no cumplen exactamente esos criterios diagnósticos (ver figura 3). Este capítulo describirá lo que psicólogos y psiquiatras entienden por: bulimia nerviosa, trastorno por atracones y anorexia nerviosa.

## BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa, originalmente conocida en Norteamérica simplemente como "bulimia", ha llegado a ser un tema de interés en el campo de la medicina sólo durante los últimos veinte años. En el cuadro de la página siguiente se enumeran los principales hitos en la historia de este trastorno.

Aunque los diferentes criterios diagnósticos utilizados en la actualidad, difieren en algunos detalles, todos coinciden en que para afirmar que alguien padece bulimia nerviosa tiene que presentar 3 características:

1. Tener frecuentes atracones (objetivos), es decir, debe consumir grandes cantidades de comida, teniendo en cuenta el contexto en el cual se ingiere. También ha de experimentar una sensación de pérdida de control durante el episodio del atracón.
2. Utilizar con regularidad alguna medida extrema para controlar su peso y figura. Estas medidas incluyen: vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, ejercicio extremo y dieta intensa o ayuno.
3. Estar excesivamente preocupada acerca de su peso, su figura o ambos (ver capítulo 4) y tener un intenso miedo a ganar peso y engordar. Esta preocupación debe llegar al extremo de que la persona se sienta obesa y sufra por su apariencia física; más aún, toda su vida debe estar dominada por la preocupación acerca del peso o la figura corporal.

Otro requisito para el diagnóstico de bulimia nerviosa es que el sujeto *no* cumpla los criterios de anorexia nerviosa, un trastorno alimentario diferente que se describe más adelante en este capítulo. Esto significa que la persona no debe estar significativamente por debajo de su rango saludable de peso. En la práctica, la gran mayoría de personas con bulimia nerviosa, tienen un peso corporal dentro del rango normal (definido como índice de masa corporal entre 20 y 25. Ver anexo I)

Como se explica en el capítulo 3, la bulimia nerviosa se da mayoritariamente en mujeres, la mayoría de ellas con edades comprendidas entre los veinte y los treinta años. El problema suele iniciarse en la adolescencia tardía, tras un periodo de dieta estricta. En, alrededor de un tercio de los casos, esta dieta puede ser tan extrema que la persona inicialmente desarrolle anorexia nerviosa evolucionando después a bulimia nerviosa. Por tanto, aunque los criterios diagnósticos estipulan que una persona no puede tener los 2 trastornos al mismo tiempo, es obvio que ambos están íntimamente relacionados.

Las personas con bulimia nerviosa, tienen hábitos alimentarios caóticos. Por definición, todas tienen atracones objetivos. Generalmente, sus atracones ocurren en el contexto de una restricción dietética extrema. Algunos no comen prácticamente nada entre un atracón y otro y, del resto, la mayoría hace una dieta estricta. Muchos se autoprovoan el vómito después de cada atracón, en un intento de librarse de la comida que han ingerido. Los laxantes o diuréticos pueden ser utilizados también con este

propósito. Una vez establecido, este patrón de alimentación tiende a auto-mantenerse, aunque puede aumentar o disminuir en cuanto a su severidad. En el momento en que la gente busca tratamiento, es frecuente que hayan estado comiendo de esta forma desde hace muchos años.

#### Breve Historia de la Bulimia Nerviosa

- 1976: Informes sobre "Bulimarexia" entre universitarias americanas (ver capítulo 3)
- 1979: Publicación del profesor Gerald Russell de su artículo clásico "Bulimia Nerviosa: An ominous variant of Anorexia Nerviosa" que proporcionó la primera descripción de este trastorno
- 1980: El síndrome "bulimia" es introducido en el DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tercera edición, de la Asociación Americana de Psiquiatría)
- 1980-82: Estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Gran Bretaña indican que la bulimia nerviosa es un problema bastante común (ver capítulo 3)
- 1981-82: Se publican varios artículos describiendo dos tratamientos prometedores: terapia cognitivo-conductual y fármacos antidepresivos (ver capítulo 8)
- 1987: El síndrome de la "bulimia" es redefinido y llamado ahora "bulimia nerviosa" en el DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tercera edición, revisada), en forma más acorde con el concepto original de Russell

### TRASTORNO POR ATRACONES

Es el otro trastorno de alimentación en el que los atracones son un rasgo central. Se trata de un criterio diagnóstico nuevo, cuyo estatus es todavía algo controvertido. En efecto, muchos clínicos pueden no estar familiarizados con el término, aunque la mayoría conocerá bien el problema que describe.

A finales de los años cincuenta el Dr. Albert Stunkard de la Universidad de Pensylvania observó que algunas personas obesas tenían problemas significativos con los atracones. Esta observación fue en general ignorada u olvidada hasta finales de los años ochenta, cuando empezaron a existir evidencias crecientes de que, aproximadamente una cuarta parte de aquellos que buscan tratamiento para la obesidad tienen problemas de atracones, aunque pocos cumplen los criterios para bulimia nerviosa. Alrededor de estos años, los estudios comunitarios sobre la prevalencia de la bulimia nerviosa, mostraban que la mayoría de personas con atracones no tenían bulimia nerviosa (ver capítulo 3). Estos hallazgos llevaron a un grupo de investigación, liderado por el Dr. Robert Spitzer de la Universidad de Columbia, a proponer que esas personas sufren un trastorno de alimentación diferente del de la bulimia nerviosa al que llamó *síndrome de sobreingesta patológica*, que fue reemplazado después por el término más sencillo de *trastorno por atracones*.

Las personas con trastorno por atracones tienen atracones repetidos, pero no adoptan las medidas extremas para controlar su peso, que utilizan las personas con bulimia nerviosa. En el pasado, frecuentemente, la gente que encajaba con esta descripción ha sido llamada -por profesionales y paraprofesionales- personas con *sobreingesta compulsiva*, a pesar de que el término de *ingesta compulsiva* no tiene un significado específico reconocido. La experiencia clínica, al igual que la investigación, sugieren que el trastorno por atracones tiene una distribución más amplia que la bulimia nerviosa. Hombres y mujeres están afectados en forma más nivelada; las personas de raza negra parecen tener un riesgo similar a las de raza blanca en Estados Unidos y los grupos de edad parecen ser amplios, con edades que van desde los veinte hasta los cincuenta años.

Un malentendido común es pensar que *todas* las personas con trastorno de atracones presentan exceso de peso. Los estudios comunitarios indican que sólo la mitad tienen sobrepeso (definido como tener un índice de masa corporal de 27 o más: ver anexo I).

### **ANOREXIA NERVIOSA**

La mayoría de la gente ha oído hablar de la anorexia nerviosa, la "enfermedad de los que están a dieta" ("slimmers", en Gran Bretaña) quizá a causa de unas pocas muertes, ampliamente difundidas por los medios de comunicación, asociadas con este trastorno y también porque sus efectos físicos son muy obvios. Aunque la anorexia nerviosa difiere de la bulimia nerviosa y del trastorno por atracones en algunos aspectos importantes, como señalábamos antes está íntimamente relacionada con la bulimia nerviosa.

Para decir que alguien tiene anorexia nerviosa ha de cumplir dos criterios básicos:

- 1) Tener un peso significativamente inferior al normal, como resultado de sus propios esfuerzos.
- 2) Estar muy preocupada acerca de su peso, su figura o ambos. Pero, en vez de preocuparse de su bajo peso, está aterrorizada por la posibilidad de ganar peso y volverse obesa. Es más, muchas personas con anorexia nerviosa se perciben a sí mismas como "gordas" a pesar de su delgadez. Por esta razón se ha dicho a menudo que tienen un "miedo patológico a engordar" o que tienen "fobia a ganar peso", y su forma de hacer dieta se dice que esta dirigida por una "búsqueda implacable de la delgadez". Estas actitudes hacia el peso y la figura son similares a las que encontramos en la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa afecta principalmente a chicas adolescentes y mujeres jóvenes. Las personas con este trastorno logran su bajo peso comiendo muy poco, aunque también puede contribuir un ejercicio físico excesivo. Estas personas evitan las comidas que consideran que les pueden engordar y, en ocasiones, hacen ayunos. Alrededor de un tercio de estos pacientes presentan también atracones, durante los cuales su actitud de restringir la ingesta se rompe y pierden el control sobre el comer. El Dr. David Garner, una autoridad en el campo de la anorexia nerviosa, ha destacado que sorprendentemente se conoce muy poco acerca de los atracones en personas con anorexia nerviosa. Los informes clínicos sugieren que estos atracones son a menudo pequeños en cantidad y, por tanto, serían considerados como atracones subjetivos, tal como se define en el capítulo 1. Sin embargo, en otros aspectos se parecen a los atracones objetivos: se da una sensación de pérdida de control sobre la ingesta y la cantidad de comida consumida es *considerada* excesiva. Por ejemplo, un "atacón" puede consistir simplemente en una pocas galletas pero, incluso esta cantidad de comida, parecerá excesiva para la mayoría de personas con anorexia nerviosa. Independientemente de su cantidad, estos "atracones" se asocian con una ansiedad considerable y son seguidos por sentimientos de vergüenza y culpabilidad.

La clasificación y descripción de los problemas de atracones es un proceso en evolución. Las investigaciones futuras evidenciarán formas de conducta y tipos de atracones que aún no se han descrito en la literatura científica, y al mismo tiempo nos ayudarán a comprender más plenamente la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones y la anorexia nerviosa. Por ahora, las definiciones generales de este capítulo te ayudarán a determinar si alguno de estos diagnósticos es aplicable a tu caso. Si esto es así, puedes estar seguro de que no eres el único con este problema -como se pone de relieve en el capítulo 3-.

## CAPÍTULO 3.

# ¿Quiénes Tienen Atracones?

PARA CUALQUIERA QUE SUFRA ATRACONES, el tema que trata este capítulo puede resultar el más apremiante de todos. Muchos de los afectados se sienten solos (en un problema que perciben como vergonzoso), a pesar de las evidencias contrarias que les proporcionan los medios de comunicación. Esta sensación de vergüenza y aislamiento tiende a mantener el problema ya que les impide buscar ayuda para salir de él. Pero espero que si padeces este problema, las páginas siguientes te ayuden a superar ambos sentimientos, despejando el camino hacia tu recuperación.

En primer lugar consideraremos cómo esos sentimientos de vergüenza y aislamiento, y la consecuente tendencia a ocultar el problema, han hecho difícil para los investigadores determinar exactamente quiénes sufren los atracones. Como las personas con problemas de atracones que buscan tratamiento son una minoría, determinar la incidencia de estos problemas es más difícil que contabilizar el número de casos de sarampión o de artritis. Por consiguiente, no está del todo claro cuántas personas sufren un problema de atracones y cuántas padecen solamente sobreingestas ocasionales. Hecha esta advertencia, en este capítulo revisaremos lo que se conoce acerca de quiénes tienen atracones.

## LA EMERGENCIA DE LA BULIMIA NERVIOSA

El interés por conocer el porcentaje de personas que sufren atracones, se originó con la emergencia de la bulimia nerviosa a mediados de los años 70. La primera evidencia de la existencia de éste trastorno se obtuvo con la publicación de una serie de informes que describían lo que llamaban "bulimarexia" o "síndrome del atracón-purga" entre estudiantes femeninas de Universidades americanas. El trastorno captó aún más atención con la publicación, en 1979, de un artículo titulado "Bulimia nerviosa: una variante nefasta de la anorexia nerviosa", escrito por el profesor Gerald Russell de Londres, una respetada autoridad en la anorexia nerviosa. En este artículo describía las características de 30 pacientes (28 mujeres y 2 hombres) que había tratado durante seis años y medio, entre 1972 y 1978. Esos pacientes padecían lo que hoy llamamos bulimia nerviosa.

Simultáneamente, en Edimburgo, yo estaba tratando a un grupo similar de pacientes. Lo más llamativo de ellos era que, en la mayoría de los casos, cada uno pensaba que él era el único con ese tipo de problema alimentario. Pensaban que sólo ellos tenían ataques repetidos de sobreingesta descontrolada, seguidos por vómitos o abuso de laxantes. Su forma de ver el problema no es sorprendente porque la bulimia nerviosa todavía no había atraído la atención del público. En realidad, en aquellos momentos, el problema de los atracones era algo prácticamente desconocido.

La mayoría de mis pacientes de Edimburgo habían ocultado con éxito su problema alimentario durante muchos años. Lo habían hecho así, en parte a causa de la vergüenza y el autorrechazo y en parte porque pensaban que nada podría ayudarles. Además, ocultar este problema no era demasiado difícil ya que su peso solía ser normal y, en la mayoría de casos, podían comer en forma relativamente normal cuando estaban con otra gente. Sus atracones se producían en privado. Algunos describían cómo habían reunido el coraje necesario para ir al médico de familia, sólo para escuchar que no podían tener un problema alimentario ya que su peso era normal.

El hecho de que la bulimia nerviosa pudiese ser ocultada durante muchos años significaba que no podía ser una variante inusual de la anorexia nerviosa como sugería el

profesor Russell; más bien parecía ser un importante trastorno de la conducta alimentaria con sus propias características. Mi problema fue cómo averiguar si esto era así. ¿Cómo podría encontrar casos con este trastorno de alimentación si quienes lo padecían, al parecer, tendían a ocultarlo?.

La solución fue buscar la ayuda de la revista *Cosmopolitan*. Como las personas que padecen bulimia nerviosa están muy preocupadas por su apariencia y, al parecer, la mayoría eran mujeres jóvenes, supuse que muchas de ellas leerían esta revista. Por tanto, preparé un pequeño anuncio que se publicó en el número de abril de 1980 de la edición británica (ver figura 4). El resultado fue espectacular. En pocos días recibí cartas de más de un millar de mujeres, la mayoría de las cuales parecían tener bulimia nerviosa. Este estudio se describe con más detalle en la página siguiente.

### **Nuevo patrón de alimentación**

*Algunos psiquiatras están preocupados por lo que podría ser la aparición de un nuevo y extraño trastorno alimentario que afecta a mujeres jóvenes en los últimos años de la adolescencia o en la década de la veintena. Los principales rasgos son el vómito autoinducido frecuente, llevado a cabo a escondidas, y un profundo temor a llegar a ser obesas.*

*Quienes lo padecen tienen un deseo irresistible de comer y beber, pero conservan su peso normal mediante los vómitos.*

*El problema es difícil de tratar -y muchos psiquiatras pueden no estar plenamente familiarizados con sus síntomas y con los peligros que entraña- pero, incluso en sus formas leves, este problema puede tener serias repercusiones físicas y psicológicas.*

*Los psiquiatras desearían conocer más datos acerca de la prevalencia de este trastorno. Cualquiera que haya experimentado vómitos de este tipo podría ayudarnos en la investigación respondiendo un cuestionario confidencial.*

**Figura 4:** El anuncio del *Cosmopolitan* (del número de abril de 1980, páginas de salud)

Aproximadamente por esas fechas, en Chicago, el Dr. Craigh Johnson y sus colegas estaban reuniendo un amplio número de peticiones de información tras la publicación de varios artículos sobre bulimia nerviosa. Ellos también enviaron una serie de cuestionarios y de esta forma identificaron a 361 mujeres con bulimia nerviosa (todavía llamada *bulimia* en Estados Unidos, en aquel tiempo). Esas mujeres presentaban rasgos muy similares a los de las identificadas a través del *Cosmopolitan*, aunque había algunas diferencias curiosas y aparentemente inexplicables entre las dos muestras que se comparan en la tabla 1.

Alrededor de estas mismas fechas, en Nueva York, la Dra. Katherine Halmi y sus colegas de la Universidad Cornell estaban realizando una investigación sobre los problemas de atracones entre los estudiantes que asistían a una escuela de verano. Encontraron que más del 10% reconocían problemas significativos de atracones. De estos, la gran mayoría eran mujeres, y casi el 2% se autoprovocaba el vómito al menos una vez a la semana. Visto retrospectivamente, parece probable que muchos de ellos tuviesen bulimia nerviosa.

### Estudio del Cosmopolitan

Para hallar en qué medida la bulimia nerviosa era un problema de salud significativo, aunque no detectado, se publicó una noticia en la página de artículos de salud, de abril de 1980, en la revista femenina *Cosmopolitan* (ver figura 4). Se pedía a las personas que estaban utilizando el vómito autoinducido como forma de controlar su peso, que escribiesen si deseaban completar un cuestionario confidencial. Se eligió el vómito como rasgo distintivo para identificar los casos potenciales de bulimia nerviosa, porque es la menos ambigua de las tres características principales del trastorno (capítulo 2).

En unos días se recibieron más de un millar de respuestas. A las primeras 800 se les envió un cuestionario diseñado para obtener información sobre: peso, hábitos alimentarios y actitudes hacia la figura y el peso. Se devolvieron 669 cuestionarios (84%) con todas las preguntas cumplimentadas. Al analizar los cuestionarios devueltos, quedó claro que en 499 casos la probabilidad de que tuviesen bulimia nerviosa era muy alta.

Las 499 que respondieron eran mujeres (recordar que se trataba de una revista femenina). Su edad media era de 24 años y dos tercios estaban dentro de la década de la veintena. más de las tres cuartas partes (83%) tenía un peso corporal dentro del rango normal para su edad y altura. En la mayoría de los casos el problema alimentario se había iniciado en sus años de adolescencia, y tenían atracones desde hacía un promedio de 5 años. Una cuarta parte (27%) respondían que tenían al menos un atracón diario y más de la mitad (56%) vomitaban diariamente. El 90% abusaba de los laxantes.

El grado de malestar expresado por estas mujeres era extremadamente alto. Muchas escribieron extensas cartas suplicando ayuda. Dos tercios (68%) tenían niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva y ansiosa. En su mayoría expresaban sorpresa y alivio al conocer que ellas no eran las únicas que tenían este problema.

Aunque más de la mitad de estas mujeres, tenían claro que necesitaban ayuda médica, sólo el 2'5% estaba recibiendo alguna forma de tratamiento. De aquellas que deseaban ayuda, menos de la mitad (43%) habían mencionado alguna vez este problema a un médico.

Los hallazgos de este estudio sugerían claramente que la bulimia nerviosa era un importante problema de salud, generalmente no detectado.

*Fuente:* Fairburn CG y Cooper PJ. "Self-induced vomit and bulimia nervosa: an undetected problem". *British Medical Journal* 1982; 284: 1153-1155.

**Tabla 1. Comparación de las Muestras Recogidas en Dos de los Primeros Estudios sobre Bulimia Nerviosa, llevados a cabo en Gran Bretaña y Estados Unidos.**

	Muestra de Gran Bretaña	Muestra americana
Edad (en años)	23.8	23.7
Estado civil (% de casados)	20.7	18.4
Atracones <sup>a</sup>		
Edad de inicio	18.4	18.1
Años de duración	5.2	5.4
Frecuencia de 1 o más al día (%)	27.2	50.0
Vómito autoinducido		
Frecuencia de 1 o más al día (%)	56.1	45.7
Abuso de laxantes		
Utilización habitual (%)	18.8	33.0
Peso		
Normal <sup>a</sup> (%)	83.2	61.6
sin historia de sobrepeso	45.2	50.1
Alteraciones en la menstruación (%)	46.6	50.7

*Fuentes:* Muestra de Gran Bretaña: Fairburn CG y Cooper PJ. "Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem". *British Medical Journal* 1982; 284:1153-1155. Muestra americana: Jhonson CL, Stuckey MK, Lewis LD y Schwartz DM. "A survey of 509 cases of self-reported bulimia. In *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*". Edited by PL Darby, PE Garfinkel, DM Garner, DV Coscina y Alan Liss, Nueva York, 1983.

<sup>a</sup> Se usaron definiciones diferentes en los dos estudios

Desde que se llevaron a cabo esos estudios, la bulimia nerviosa ha sido reconocida como un importante problema de salud en un amplio número de países, concretamente en aquellos en que la anorexia nerviosa tiene una notable incidencia. Ahora sabemos que es común en Norteamérica, norte de Europa, Australia y Nueva Zelanda, y que recientemente se ha extendido a países mediterráneos como España e Italia. También parece estar emergiendo en países de Europa central como la República Checa.

### EL TEMA DE LA DETECCIÓN

El estudio de 1980 del *Cosmopolitan* halló que sólo el 2'5% de los casos identificados como bulimia nerviosa estaban en tratamiento, una situación que no ha cambiado mucho desde entonces. Por ejemplo, un reciente estudio del Reino Unido encontró que de 40 casos de bulimia nerviosa severa, sólo 6 (12%) estaban recibiendo tratamiento, aunque más de la mitad pensaban que necesitaban ayuda profesional. Un amplio estudio sobre problemas psiquiátricos entre adolescentes en Nueva Jersey obtuvo resultados similares: pocos de aquellos que padecían bulimia nerviosa habían hablado jamás de sus problemas de alimentación con un profesional, a pesar de que su vida diaria estaba muy deteriorada por este problema. De hecho, la bulimia nerviosa presentaba la tasa más baja de búsqueda de ayuda profesional de todos los problemas estudiados (depresión, pánico, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo). Asimismo, existe evidencia de que el trastorno por atracones también permanece en gran parte sin ser detectado.

¿Por qué hay tan poca gente con problemas de atracones en tratamiento? Existen numerosas razones:

- 1- Estos problemas están acompañados por sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Al buscar tratamiento, corren el riesgo de que otros se enteren de su problema y de que han pasado años mintiendo constantemente y llevando a cabo diversas maniobras, algunas de ellas consideradas vergonzosas, para mantener oculto su problema.
- 2- La gente comúnmente espera que el problema desaparezca por si solo.
- 3- Algunas personas piensan que su problema alimentario no es tan severo como para que valga la pena tratarlo, o que ellos no merecen ser ayudados.
- 4- Pueden existir problemas económicos para buscar ayuda. Los pacientes pueden carecer de recursos suficientes o no estar asegurados; por tanto, algunos no pueden cubrir los costes del tratamiento.
- 5- Puede resultar difícil contarle a los médicos. Muchos han consultado anteriormente a algún médico acerca de otros problemas que pueden ser secundarios a los problemas de atracones (por ejemplo problemas en la menstruación, ver capítulo 5) y, a veces, no cuentan su verdadera causa aunque ellos la sepan. En ocasiones, llegan a acudir al médico con la intención de contarle el problema, pero cambian de opinión en el último momento.
- 6- Algunos médicos encuentran difícil admitir los problemas de este tipo. Por ejemplo, pueden restarles importancia.
- 7- Algunos pacientes hablan al médico del problema pero este no hace nada para ayudarles; puede no tomarlo en serio, no saber qué hacer, o no tener acceso a los medios adecuados de tratamiento.
- 8- El médico puede proporcionar una ayuda que no es la apropiada. Por ejemplo, algunos médicos simplemente recomiendan que se atengan a una dieta y no hacen nada más.

El hecho de que sólo una pequeña proporción de las personas que padecen problemas de atracones estén obteniendo ayuda profesional, crea la necesidad de que existan otras fuentes de ayuda, una de las cuales se proporciona en la segunda parte de este libro. Esta situación también hace difícil responder a la cuestión ¿quiénes tienen atracones?, ya que las estadísticas hospitalarias o clínicas infravaloran enormemente la magnitud del problema. Por esta razón, los investigadores han estado estudiando muestras comunitarias.

## LOS HALLAZGOS DE ESTUDIOS COMUNITARIOS

Desde 1980, se han realizado por todo el mundo, más de sesenta investigaciones acerca de la prevalencia de la bulimia nerviosa. Muchas de ellas han incluido también el estudio de los atracones. Estas investigaciones se han centrado principalmente en mujeres con edades entre 14 y 40 años ya que están consideradas como el grupo de mayor riesgo. En la mayoría de estos estudios se han recogido los datos mediante una serie de cuestionarios que preguntaban a la persona entrevistada sobre la existencia de este problema. Uno de los principales hallazgos ha sido que muchas mujeres jóvenes reconocen tener atracones. Sorprendentemente, según estos estudios, cerca de 1/3 tiene atracones y el 16% responde que tienen al menos uno por semana. Estas son cifras muy elevadas. ¿Podemos considerarlas fiables?

Existen una serie de razones, por las que la fiabilidad de estas tasas debe ser cuestionada. Una de ellas es que la mayoría de estudios no han utilizado la definición técnica del atracón de la Asociación Americana de Psiquiatría (capítulo 1). En su lugar, en muchos se limitaban a hacer preguntas como ¿tienes atracones? y luego tomaban las respuestas de la gente en sentido literal. Como resultado, estas tasas probablemente están reflejando alguna forma de "sobreingesta percibida" más que un verdadero atracón. Otro problema es que más de la mitad de los estudios se han centrado en estudiantes universitarias; a menudo, en las pertenecientes a universidades privadas de alto prestigio, y estas estudiantes pueden no ser representativas de las mujeres jóvenes en general.

Son más fiables los pocos estudios en que se han entrevistado muestras de la población general que, en la mayoría de casos, tenían como objetivo hallar la prevalencia de la bulimia nerviosa, más que la de los atracones. Estos estudios han obtenido datos, relativamente consistentes, que indican que la bulimia nerviosa afecta a una tasa que oscila entre el 1 y el 2% de las mujeres adultas jóvenes. La mayoría de estos estudios no evaluaron las tasas de prevalencia de atracones, tal como se definen en la actualidad; pero esto se investigó en un estudio de Oxfordshire (Inglaterra) que encontró que, entre las mujeres con edades entre 16 y 35 años, el 10% tenía atracones al menos una vez al mes, y el 3% tenía atracones al menos semanalmente. Estas tasas son mucho más bajas que las obtenidas en los primeros estudios, pero son probablemente más fiables porque la evaluación se obtuvo por entrevistas y en base a la definición técnica actual, que no estaba disponible cuando se hicieron los primeros estudios.

Así pues, parece que alrededor del 1% de mujeres adultas jóvenes tienen bulimia nerviosa y que, alrededor del 3%, tienen atracones habituales. Estas tasas son inquietantes dado que los problemas de atracones son a menudo crónicos y que pueden

---

\* Nota de las traductoras: Los estudios comunitarios son los que se llevan a cabo en muestras de sujetos de la población general, a diferencia de otros estudios que se llevan a cabo en sujetos que han buscado tratamiento para su problema (muestras clínicas)

deteriorar notablemente la calidad de vida (ver capítulo 4) así como la salud física (ver capítulo 5).

## ESTUDIOS DE OTROS GRUPOS DEMOGRÁFICOS

Aunque los estudios que acabamos de señalar se han centrado principalmente en la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes, cada vez está más claro que ni la bulimia nerviosa ni el trastorno por atraques se limitan a este grupo.

### Mujeres Mayores

La edad de distribución de la bulimia nerviosa indica que es primordialmente un problema de mujeres jóvenes, más que de mujeres mayores. Como muestran los estudios realizados al respecto, la gran mayoría de casos se dan entre veinteañeras. Nuestros datos, basados en estudios comunitarios llevados a cabo en Oxford sugieren que esto también puede ser cierto en el trastorno por atraques, aunque en este caso los pacientes que buscan tratamiento parecen tener una edad promedio algo más mayor.

Uno de los pocos estudios que ha investigado a mujeres mayores con este problema encuentra que, en comparación con las jóvenes, pocas han tenido una historia de bulimia nerviosa (ver cuadro siguiente). Esto sugiere que la vulnerabilidad a este trastorno es un fenómeno relativamente reciente.

### Hombres

Los clínicos ven pocos casos de bulimia nerviosa en hombres; por tanto, parece lógico concluir que el trastorno es poco común entre ellos. Sin embargo, recientemente se ha lanzado la alerta de que el número de casos entre hombres estaba incrementándose y se han planteado dudas como las siguientes: ¿estaban equivocadas las conclusiones anteriores?, ¿es posible que los hombres afectados no busquen ayuda, que los médicos no detecten este trastorno o que no les recomienden su tratamiento?. Pero ninguna de estas hipótesis puede explicar los hallazgos de los pocos estudios llevados a cabo en poblaciones generales que han incluido hombres. Estos estudios -incluyendo el de Christchurch que se describe en el cuadro de la página siguiente y uno que realizamos el Dr. Peter Cooper y yo conjuntamente con el British Broadcasting Corporation (cuadro de la página 28)-, han identificado pocos casos. Por tanto, no hay base real para las afirmaciones de que la incidencia de la bulimia nerviosa se esté incrementando entre los varones.

La prevalencia del trastorno por atraques entre hombres es desconocida. Los resultados de un estudio publicado en 1991 sugieren que se distribuye casi por igual entre los dos sexos, pero la fiabilidad de este hallazgo es cuestionable porque la definición de atraques utilizada difería de la definición técnica actual y, además, la evaluación se hizo a través de cuestionarios en vez de llevarse a cabo mediante entrevistas. En las muestras clínicas de pacientes con trastorno por atraques las mujeres sobrepasan ampliamente a los hombres.

### Grupo Étnico

La experiencia clínica parecía indicar que la bulimia nerviosa se da principalmente entre las mujeres blancas. Sin embargo, como hemos explicado anteriormente, los datos basados en muestras de pacientes que están en tratamiento pueden ser engañosos. Estudios recientes realizados en Estados Unidos sugieren que el trastorno por atraques puede ser tan común entre las mujeres negras de este país como en las blancas.

### El Estudio de Christchurch

Se obtuvo una muestra de la población general de adultos, con edades entre los 18 y los 64 años, que fue reclutada del área urbana de Christchurch, Nueva Zelanda. De las 1498 personas entrevistadas, 994 fueron mujeres con la siguiente distribución por edades:

187: 18-24 años  
590: 25-44 años  
217: 45-64 años

En la entrevista se determinaba si la persona había tenido en algún momento de su vida bulimia nerviosa (prevalencia de por vida). Los resultados obtenidos fueron:

4'5%: 18-24 años  
2'0%: 25-44 años  
0'4%: 45-64 años

Puesto que, pocas de las mujeres mayores habían tenido bulimia nerviosa en el pasado, se concluyó que la vulnerabilidad para el desarrollo de la bulimia nerviosa parece ser reciente. Entre los 504 hombres estudiados, las tasas de incidencia a lo largo de su vida fueron mucho más bajas:

0'0%: 18-24 años  
0'7%: 25-44 años  
0'0%: 45-64 años

*Fuente:* Bushnell JA, Wells JE, Hornblow AR, Oackley-Browne, MA y Joyce P. "Prevalence of three bulimia syndromes in the general population". *Psychological Medicine* 1990; 20: 671 - 680.

### Sujetos de Países en Vías de Desarrollo

Se han llevado a cabo muy pocos estudios para clarificar las tasas de atracones entre la población de los países en vías de desarrollo, pero parece ser un problema poco común.

### Personas Obesas

La prevalencia de atracones entre las personas obesas es incierta, pero probablemente los afectados oscilen entre un 5 y un 10%. En aquellos que participan en programas de control de peso, del 20 al 40% han experimentado atracones. Un estudio de la Universidad de Rutgers -uno de los más fiables hasta la fecha, por el tipo de muestra y por los métodos de evaluación utilizados- sugiere que la cifra más baja de ese rango, es decir el 5%, es más probable que sea la correcta (ver cuadro página siguiente). Por el contrario, la bulimia nerviosa es poco común entre las personas obesas ya que pocos utilizan el vómito autoinducido o el abuso de laxantes.

### Personas con Diabetes Mellitus

Una serie de estudios realizados mediante cuestionarios indicaban que las mujeres jóvenes con diabetes mellitus tienen un riesgo particularmente elevado de desarrollar problemas alimentarios. Sin embargo, estudios recientes realizados a través de entrevistas, sugieren que esto no es así. Parece que los intentos de seguir los regímenes mente la información de los cuestionarios, restando validez a sus respuestas.

### ¿LOS PROBLEMAS DE ATRACONES SE ESTAN VOLVIENDO MÁS FRECUENTES?

Estudios como el de Christchurch, descrito anteriormente, sugieren que la bulimia nerviosa se observa más en nuestros días que hace unos años. Esto nos lleva a plantearnos una importante pregunta: ¿Están empezando a ser más comunes los proble-

mas de atracones?. Sólo disponemos de información fiable en cuanto a la incidencia de la bulimia nerviosa en las últimas décadas, pero no disponemos de información respecto a los atracones o al trastorno por atracones. Un amplio estudio de gemelas, basado en el Registro de Gemelos de Virginia, halló que las nacidas a partir de 1960 tenían mayor probabilidad de tener una historia de bulimia nerviosa que las nacidas entre 1950 y 1959 -

#### **El Estudio de la B.B.C.**

Tras la publicación del anuncio del *Cosmopolitan*, en abril de 1980, la British Broadcasting Corporation (BBC) realizó un documental televisivo sobre bulimia nerviosa. Se emitió en enero de 1981 y fue la primera vez, en Gran Bretaña, en que la bulimia nerviosa recibió una amplia publicidad. En el programa se describió el problema detalladamente y algunos afectados (incluyendo un hombre) contaron sus experiencias. Al final del programa se pidió a los espectadores que, si pensaban que tenían bulimia nerviosa y accedían a responder un cuestionario confidencial acerca de su problema, escribieran al autor para enviárseles. La respuesta fue sobrecogedora. De los 1827 cuestionarios enviados, 1391 (76%) fueron devueltos con todas las respuestas completadas. De las mujeres que respondieron a ellos, 579 parecían altamente probable que tuviesen bulimia nerviosa.

También respondieron 45 hombres, de los cuales 2 parecían tener anorexia nerviosa y 9 bulimia nerviosa. Los problemas alimentarios de esos 9 hombres eran muy similares a los de las 579 mujeres.

Estos hallazgos sugieren que la bulimia nerviosa es poco frecuente en hombres.

*Fuente:* Fairburn C.G y Cooper P.J. "Binge eating, self-induced vomiting and laxative abuse: A community study". *Psychological Medicine* 1984; 14: 401-410

#### **El Estudio de la Corporación de la Unidad de Control de Peso**

Se pidió a los 170 participantes en el programa para el control del peso de la Unidad de la Corporación de Control de Peso (71 hombres y 99 mujeres) que completaran un cuestionario diseñado para identificar a aquellos con problemas de atracones. La definición de un atracón fue la que se acepta generalmente en la actualidad, que se expone en el capítulo 1.

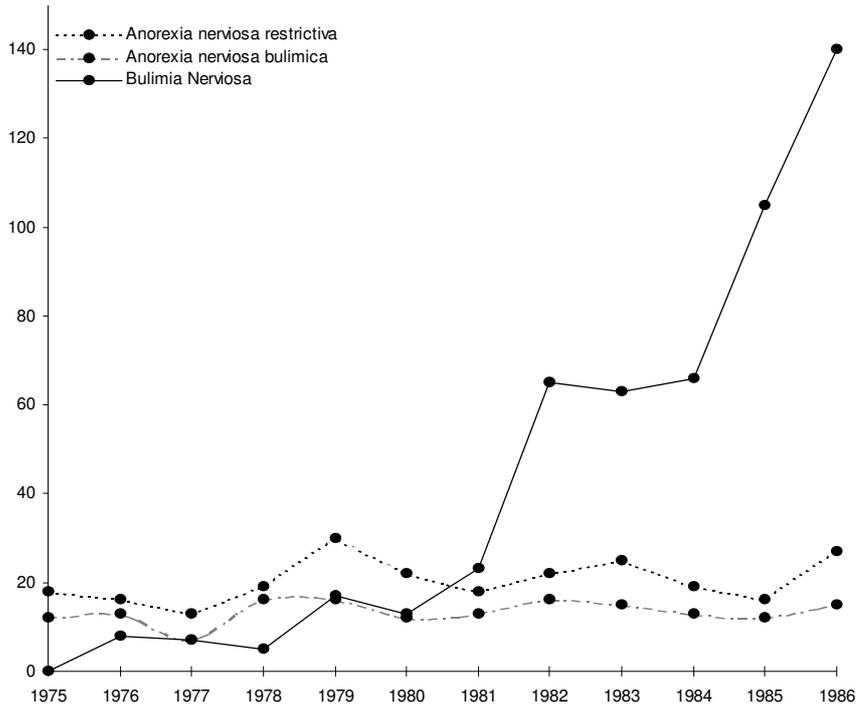
El 18% del total (22% de las mujeres y 13% de los hombres) tenían problemas de atracones. La edad promedio era de 41 años. Aunque su peso no era mayor que el del resto, los que tenían atracones se diferenciaban en que se sentían más obesos, tenían más miedo a engordar, mostraban mayor insatisfacción por su peso y era más probable que juzgasen su autovalía en función de su figura y de su peso. Por tanto, tenían muchos rasgos en común con las personas que padecen bulimia nerviosa.

*Fuente:* Wilson GT, Nonas CA y Rossenblum GD, "Assessment of binge eating in obese patients". *International Journal of Eating Disorders* 1993; 13:25-33.

la bulimia nerviosa en las últimas décadas, pero no disponemos de información respecto a los atracones o al trastorno por atracones. Un amplio estudio de gemelas, basado en el Registro de Gemelos de Virginia, halló que las nacidas a partir de 1960 tenían mayor probabilidad de tener una historia de bulimia nerviosa que las nacidas entre 1950 y 1959 - que tenían un riesgo intermedio-, y que las nacidas antes de 1950 eran las que presentaban menor número de casos.

Los clínicos también han encontrado evidencias de que la bulimia nerviosa se ha vuelto más común. En lugares tan alejados como Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá se ha observado un gran incremento en el número de personas diagnosticadas con este

trastorno. La bulimia nerviosa ha pasado de ser un problema comparativamente raro en los años 70, a ser en la actualidad una causa común de tratamiento. Entre 1977 y 1986 los psiquiatras de Wellington, Nueva Zelanda, observaron un crecimiento de la tasa anual de casos diagnosticados: de 6 a 44 casos por cada cien mil mujeres jóvenes en la población local. Un aumento similar se ha registrado en Londres. La figura 5 muestra el marcado incremento de casos hallado en un centro de Toronto que trata problemas de alimentación de intensidad severa. (ver figura 5) ¿Por qué ha tenido lugar este incremento en el número de casos que buscan tratamiento?. No tenemos una respuesta segura para esta pregunta, pero lo que los investigadores han descubierto acerca de las causas (ver capítulo 6) puede darnos algunas pistas. El hecho es que nadie sabe con certeza por qué la bulimia nerviosa parece ir en aumento o qué puede ocurrir en un futuro próximo.



**Figura 5.** Tasas de admisión en un centro de trastornos de alimentación en Toronto. Fuente: Garner, DM y Fairburn, CG: "Relationship between anorexia nervosa and bulimia nervosa: Diagnostic implications". En *Diagnostic issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Compilado por DM Garner, PE Garfinkel, Brunner/Mazel, New York, 1988. Copyright 1988. Brunner/Mazel. Reproducido con permiso.

## CAPÍTULO 4

### **Problemas Psicológicos y Sociales Asociados a los Atracones**

ALGUNAS VECES UN ATRACÓN ES SOLAMENTE UN ATRACÓN, es decir, se trata de una conducta aislada que, incluso si es recurrente, no afecta a la calidad de vida. Pero lo más común es que los atracones se asocien con otros problemas, y puede que estés leyendo este libro porque esos problemas han empezado a interferir en tu salud y tu felicidad o en la de alguien próximo. Hay una serie de problemas asociados, que suelen hallarse en las personas con atracones, pero cuya relación con estos suele ser compleja: unos son una clara consecuencia de los atracones, otros son asociaciones accidentales sin una significación particular y, finalmente, algunos de ellos pueden promover los atracones. Para hacer el tema aún más confuso, algunos de estos problemas asociados, son tanto desencadenantes como consecuencias; esto es, forman parte de ambos lados de la ecuación: tanto de las causas como de los efectos de los atracones. De este modo, ponen en marcha un círculo vicioso que es difícil romper.

Dicho de otra forma, en el problema que nos ocupa algunos factores actúan en determinados momentos como causas de los atracones, y en otros momentos son resultado de ellos. Por tanto, para resolver esta compleja red de problemas, la mejor manera no siempre es centrarse sólo en controlar los atracones y esperar que los demás problemas desaparezcan como una consecuencia automática.

El objetivo de este capítulo y del siguiente es describir todos los problemas asociados con los atracones y examinar sus posibles roles en el inicio y mantenimiento del problema alimentario. Comprender cómo se relacionan todos ellos con los atracones, puede ser crucial para conseguir una correcta aproximación al tratamiento. En este capítulo se revisan los problemas psicológicos y sociales asociados a los atracones mientras que los problemas relacionados con la salud física se examinan en el capítulo 5. Para obtener más información de cómo estos problemas y otros, pueden contribuir a causar los problemas de atracones, ver el capítulo 6.

### **HACER DIETA**

La mayoría de personas que padecen problemas de atracones también hacen dieta. La dieta, de hecho, es un buen ejemplo de cómo algunos problemas asociados con los atracones pueden desafiar su clasificación como *causas* o como *efectos*. La dieta muchas veces precede a los atracones en el desarrollo de estos problemas pero, con frecuencia, es también una respuesta a la sobreingesta. Como mostrará este capítulo y el capítulo 6, hay buenas razones para creer que la dieta juega un papel primordial en el inicio y mantenimiento de muchos problemas de atracones.

La dieta, interrumpida por episodios de atracones, es un patrón común de alimentación en estos pacientes, sobre todo en la bulimia nerviosa y en la anorexia nerviosa, donde la dieta es generalmente extrema y persistente. De hecho, algunas personas con esos trastornos alimentarios comen poco o nada fuera de sus atracones. Un patrón de alimentación similar es mantenido por muchos de los que tienen un trastorno por atracones, aunque en estos la dieta suele ser mucho menos extrema, especialmente en los que tienen también sobrepeso. Estos pacientes tienden a hacer dieta en forma intermitente más que en forma continuada. En las personas con trastorno por atracones es bastante común alternar entre fases en las que consiguen hacer dieta,

que pueden durar varios meses, y periodos de sobreingesta. Como resultado, su peso corporal puede fluctuar notablemente.

Muchas personas que han experimentado alguno de estos patrones de alimentación, llegan a la conclusión errónea de que la dieta es simplemente una respuesta a los atracones. Si bien es cierto que la tendencia a hacer dieta resulta indudablemente fortalecida por el hecho de tener atracones, especialmente entre aquellos que están muy preocupados por su apariencia y su peso (como veremos después en este capítulo), la mayoría de personas con problemas de atracones ya estaban haciendo dieta cuando empezaron a tener atracones. Y, entre aquellos que hacen una dieta estricta, los atracones están *causados*, al menos en parte, por la dieta. Como ilustramos en la figura 6, hay un círculo vicioso, que puede resultarte muy familiar, en el cual la dieta facilita el atracón pero es al mismo tiempo una respuesta a él. El patrón puede repetirse a sí mismo casi indefinidamente: constituye un círculo vicioso que se automantiene y que puede permanecer sin romperse durante años.

Como la dieta es uno de los principales factores que hace a la gente vulnerable a los atracones, reducir la tendencia a hacer dieta es una de las metas de la mayoría de tratamientos (ver capítulo 8). Si deseas romper este círculo vicioso que mantiene tu problema de atracones o ayudar a alguien a romperlo, puedes encontrar una forma de lograrlo en la segunda parte de este libro.

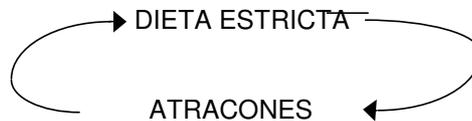


Figura 6 El círculo vicioso de dieta y atracones

## Las Tres Formas de Hacer Dieta

Hay tres formas de hacer dieta y la gente que tiene atracones -particularmente quienes padecen bulimia nerviosa- tienden a practicar las tres.

**Evitar comer.** Algunas personas no ingieren ningún alimento en los periodos comprendidos entre un atracón y otro. En algunos casos, no comen durante días pero, lo más común, es que eviten todo lo posible comer; por ejemplo, pueden pasar todo el día sin ingerir nada y tomar algún alimento por la noche. Alrededor de una cuarta parte de personas con bulimia nerviosa hacen ayunos de este tipo, mientras que sólo 1 de cada 20, de quienes padecen trastorno por atracones los hacen. Entre la población general, sólo alrededor de 1 de cada 100 personas hacen ayunos que duren todo el día.

**Restringir la cantidad de comida ingerida.** Usualmente, esta forma de hacer dieta supone intentar comer por debajo de un límite concreto de calorías. Para muchas personas con bulimia nerviosa este límite es de 1000 o 1200 calorías por día, muy por debajo de lo necesario para un funcionamiento normal. Algunas personas se proponen límites calóricos aún más extremos. Las dietas a base de líquidos, por ejemplo, suelen suponer una ingesta de sólo 450 a 800 calorías al día.

**Evitar ciertos tipos de comida.** Las personas que sufren atracones pueden evitar ciertas comidas porque consideran que engordan o porque comerlas ha desencadenado sus atracones en el pasado. A menudo describen tales comidas como "prohibidas", "malas" o "peligrosas". La investigación ha mostrado que alrededor de 1 de cada 5 mujeres en la población general practica este tipo de dieta. En contraste, esta forma de hacer dieta se ha observado en 3 cuartas partes de las mujeres con bulimia nerviosa y en la mitad de personas con trastorno por atracones.

Los tipos de alimentos que evitan las personas que hacen dieta varían enormemente. Entre los que hacen dietas extremas, pocos alimentos -excepto aquellos manufacturados y etiquetados como "comidas de dieta"- son ingeridos libremente. La figura 7 muestra una lista de comidas evitadas por una paciente con bulimia nerviosa.

<i>pasta</i>	<i>tarta</i>
<i>pizza</i>	<i>chocolate</i>
<i>mantequilla</i>	<i>patatas fritas</i>
<i>mermelada</i>	<i>arroz</i>
<i>huevos</i>	<i>mayonesa</i>
<i>sandwichs</i>	<i>bollería</i>
<i>yoghurt</i>	<i>frutos secos</i>
<i>pan</i>	<i>paté</i>
<i>mermelada</i>	<i>cerdo</i>
<i>helados</i>	<i>flanes</i>
<i>plátanos</i>	<i>bocadillos</i>
<i>dulces</i>	<i>paella</i>
<i>chocolate</i>	<i>arroz</i>
<i>salazones</i>	<i>patatas</i>
<i>garbanzos</i>	<i>crema</i>
<i>cordero</i>	

**Figura 7:** Lista de comidas evitadas por una persona con bulimia nerviosa

**Otras formas de hacer dieta.** Una cuestión de interés es el desarrollo reciente de publicidad adversa con respecto a las dietas, particularmente en los Estados Unidos. Allí las campañas en contra han llegado tan lejos que hasta se ha declarado un día "anti-dieta" y ahora, en algunos ambientes, admitir que se hace dieta es considerado como algo "pasado de moda". Como resultado, algunas personas pueden describir su forma de hacer dieta como una pauta de alimentación sana o justificar sus restricciones en la alimentación con la excusa de que son vegetarianos o de que tienen alergia a ciertos alimentos. Pero, aunque esté racionalizada, cualquier restricción dietética que se mantenga con la intención de influir en el peso o la figura debe ser considerada como una dieta.

## Los Efectos de Hacer Dieta

*Mientras estoy despierta, la comida me obsesiona en todo momento. Incluso cuando duermo, mis sueños se centran en ella.*

Los efectos físicos de la dieta se describen en el capítulo 5. Un importante efecto psicológico es que la persona que hace dieta estricta suele estar preocupada con la comida y la ingesta. Algunas personas se encuentran totalmente obsesionadas con el mismo tema que están intentando evitar, siendo incapaces de pensar en algo que no sea la comida. Estas personas encuentran difícil involucrarse en las actividades diarias que requieren concentración, como leer o conversar y ciertas actividades que demandan una mínima concentración mental, como ver televisión, les resultan prácticamente imposibles. Los pensamientos acerca de la comida y el comer permanecen intrusivamente en sus mentes, sin que importe lo que estén haciendo. Como muestra la tabla 2, esta preocupación extrema por la comida es rara entre las mujeres jóvenes en general, pero 1 de cada 4 de las personas con problemas de atracones están afectadas por ella, en mayor o menor grado. No es difícil deducir que es probable que esto deteriore su capacidad para mantener la dieta.

### Dieta Estricta Versus Dieta Ordinaria

Los 3 tipos de dieta descritos hasta ahora se refieren a dietas *extremas*; es decir, las restricciones en cuanto a qué, cuánto y cuándo se come, son severas. La forma de hacer dieta de algunas personas que tienen atracones, particularmente de las que padecen bulimia nerviosa, también tiende a ser estricta. En lugar de plantearse unas pautas generales, estas personas tienen metas muy específicas, y si no las logran sienten que han fracasado. Por lo general, las personas que hacen dieta no estricta, se proponen mantener una ingesta calórica de unas 1500 calorías al día y se dan por satisfechas si lo consiguen la mayor parte del tiempo; pero, quienes hacen dietas estrictas sienten que *deben* lograr ese objetivo, en forma rigurosa, y que han "fracasado" cada vez que comen más de lo que sus "reglas" permiten.

Cuando la dieta es al mismo tiempo estricta y extrema -incluyendo pautas muy específicas y que exigen muchas restricciones- los fracasos reiterados son inevitables. Esto es desmoralizante. Para empeorar las cosas, esos fracasos tienden a favorecer los atracones. Lo que ocurre habitualmente en quienes hacen dietas estrictas es que, cuando fracasan en cumplir alguna de sus reglas dietéticas, abandonan temporalmente y se dan un atracón. Otro factor que contribuye a facilitar este tipo de reacción ante la ruptura de una regla dietética es el estilo de pensamiento característico de muchas de las personas que sufren atracones, llamado pensamiento "todo o nada" o "pensamiento dicotómico" que describiremos más adelante, en este mismo capítulo.

Por tanto, hacer una dieta regida por normas estrictas, muchas veces perpetua un círculo vicioso de atracones y dieta, en el que cada uno de ellos promueve al otro. No obstante, es importante observar que este círculo vicioso no actúa en todas las personas que tienen atracones, sino sólo en aquellas que adoptan reglas dietéticas estrictas.

**Tabla 2. Preocupación por la Comida en Mujeres con Problemas de Atracones y Mujeres de la Población General**

	Mujeres en la población general (%)	Trastorno por atracones (%)	Bulimia Nerviosa (%)
Escasa o nula.....	95.....	57.....	49
Ligera.....	3.....	18.....	23
Moderada.....	2.....	21.....	13
Marcada.....	0.....	4.....	15

## **SOBREINGESTA GENERAL**

Las pautas habituales de ingesta en las personas con trastorno por atraques, son algo diferentes del patrón dieta-atraques que acabamos de describir. Las personas con bulimia nerviosa oscilan entre las actitudes todo-o-nada al alimentarse, mientras que quienes padecen un trastorno por atraques también pueden comer en exceso en general, además de sus atraques. Los grupos de Investigación del Instituto Nacional de la Salud y de la Universidad de Columbia han hallado que las personas con trastorno por atraques comen habitualmente cantidades excesivas de alimentos y también picotean en exceso entre comidas. Por tanto, parece que en el trastorno por atraques puede haber una tendencia general a sobrealimentarse, añadida a la vulnerabilidad específica para los atraques.

## **OTRAS MEDIDAS PARA CONTROLAR LA FIGURA O EL PESO**

Además de la dieta, que es la forma de controlar el peso más habitual en las personas con problemas de atraques, algunos adoptan medidas más extremas, como el vómito autoinducido y el abuso de laxantes y diuréticos. Esas conductas son comunes en la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa; pero por definición (ver capítulo 2), raramente ocurren en el trastorno por atraques.

### **Vómito Autoinducido**

*Había sido anoréxica alrededor de un año y estaba intentando empezar a comer bien. Un día, inesperadamente, me comí un pastel de chocolate. A continuación empecé a comer de todo lo que yo misma me había prohibido. No fue un atracón grande, en comparación a los que suelo tener, pero tomé más calorías de las que consumía en toda una semana. Cuando salí de esa especie de estado de trance, me sentí aterrorizada por lo que había hecho. Inmediatamente me fui al baño, me metí los dedos en la garganta y empecé a vomitar hasta liberarme de toda la basura que tenía dentro.*

*Empecé a vomitar un día, porque había comido demasiado chocolate. Parecía una forma genial de seguir delgada sin hacer dieta: podía comer tanto como desease y después deshacerme de la comida; parecía mucho más fácil que hacer dieta.*

Con frecuencia se ignora que, entre el 5 y el 10% de mujeres jóvenes reconocen que se provocan el vómito y que el 2% de mujeres adultas jóvenes vomitan al menos una vez a la semana. Se han descrito "epidemias" de vómitos autoinducidos, por ejemplo, en algunas residencias universitarias. Como muestra la tabla 3, el vómito autoinducido es algo habitual en las personas con bulimia nerviosa, y también se da en alrededor de la mitad de personas con anorexia nerviosa. En los pacientes con trastorno por atraques es mucho menos común y cuándo se produce se trata de algo ocasional. Aunque la mayoría de estas personas vomitan para deshacerse de la comida que han ingerido -esto es, en un esfuerzo para limitar la cantidad de comida que van a absorber- algunas pueden tener también otras razones, siendo la más común la reducción de la ansiedad.

El hecho de que alguien se provoque vómitos, no prueba necesariamente que exista un trastorno de alimentación como los descritos en el capítulo 2. Lo más importante es discernir si la persona tiene control sobre su conducta. Para determinadas personas que eligen provocarse algún vómito ocasional, aunque se trate de una conducta no aceptada

socialmente, no implica que tenga que existir un trastorno de la alimentación. Pero si el vómito es frecuente o la persona no puede resistirse a él, es casi seguro que existe un problema alimentario significativo.

**Tabla 3. Métodos Comunes (además de la Dieta) para Controlar el Peso en la Bulimia Nerviosa**

	Muestra comunitaria (%)	Muestra clínica (%)
Vómito autoinducido .....	54.....	76
Abuso de laxantes.....	35.....	38
Vómitos más laxantes.....	19.....	23
Abuso de diuréticos.....	10.....	12

Por lo general, el vómito autoinducido se provoca introduciendo algún objeto en la parte posterior de la garganta para inducir el reflejo de náusea. Muchas veces se utilizan los dedos, pero algunas personas se ayudan de algún utensilio como un cepillo de dientes. La facilidad para conseguirlo varía bastante entre unas personas y otras: mientras que algunas pueden regurgitar a voluntad doblándose o encorvándose y quizá presionando su estomago, otras no conseguir provocárselo por más que lo intenten.

*Paro de comer cuando empiezo a tener molestias físicas. Entonces siento una necesidad abrumadora de deshacerme de todo lo que he comido. Me meto los dedos en la garganta y vomito una y otra vez hasta que me siento completamente vacía. Esto me hace sentir liberada y limpia, pero también me deja exhausta.*

*Como hasta que, literalmente hablando, no me cabe nada más. Entonces utilizando los dedos me provocho el vómito. Durante la media hora siguiente bebo agua entre vómito y vómito, para hacer salir toda la comida que tengo en el estomago. Me siento desesperada, deprimida y terriblemente preocupada porque he perdido otra vez el control. Físicamente me encuentro muy mal: exhausta, débil, mareada y con dolor de garganta. También siento miedo, porque sé que vomitar es peligroso. Después de un par de sesiones de vómitos, cuando empiezo a tirar sangre, intento parar; pero continuo comiendo y el miedo a engordar se hace tan grande que empiezo de nuevo a provocarme el vómito.*

La mayoría de personas con este tipo de problemas vomita después de comer grandes cantidades, pero algunas vomitan después de comer casi cualquier cosa; sobre todo si consideran que lo que han comido es algo que engorda. Algunas personas vomitan en cuanto acaban de ingerir los alimentos y así eliminan su ansiedad por lo que han comido. Otras vomitan una y otra vez, hasta que ya no pueden sacar nada más. Este proceso puede llevarles una hora o más y les deja físicamente agotadas. Una minoría utiliza una técnica de "lavado": beben algo y después vomitan, beben otra vez y vomitan de nuevo, y repiten este proceso hasta que el líquido sale ya sin ningún resto de comida. Sólo entonces se sienten tranquilos pensando que ya han eliminado toda la comida que pueden. Esta práctica es bastante peligrosa (ver capítulo 5).

Quizá hayas escuchado que algunas personas utilizan alimentos "marcadores" (por ejemplo tomates) al inicio de su atracón y después vomitan repetidamente hasta que los restos de ese alimento (por ejemplo la piel del tomate) aparecen en su vómito. No saben

que cometen un error al creer que lo primero que entra en el estómago es lo último que sale. Lo que ocurre en realidad es que el contenido del estómago está removiéndose continuamente; por tanto la aparición de esos marcadores no significa necesariamente que el estómago se haya vaciado de todo lo que han comido.

La creencia de que el vómito es una forma eficaz de controlar el peso es también errónea. Es obvio que el vómito saca fuera parte de la comida que se ha ingerido, pero un estudio de 70 mujeres con bulimia nerviosa realizado en el Laboratorio de Alimentación Humana de Pittsburgh (ver capítulo 1) muestra que el vómito autoinducido elimina menos de la mitad de la comida consumida durante un atracón promedio. A las mujeres de este estudio, todas las cuáles vomitaban habitualmente después de sus atracones, se les pidió que se diesen un atracón y que vomitaran después como si estuviesen en su casa. Cuando se midió la ingesta de calorías y las calorías que contenían sus vómitos, se halló que el atracón promedio contenía 2,132 calorías, mientras que el vómito promedio contenía 979 calorías; es decir, menos de la mitad. Esto explica por qué, incluso aquellos que vomitan siempre tras ingerir cualquier alimento, no necesariamente están bajos de peso. Pueden estar viviendo de los residuos de sus atracones. ¿Cuántas de estas personas dejarían de utilizar el vómito autoinducido si supieran que, pese al vómito, su cuerpo aún puede absorber más del 50 % de lo que han comido?.

*Empecé a vomitar para poder comer lo que quería sin sentirme culpable y sin ganar peso. Vomitar fue sorprendentemente fácil y me sentía muy contenta por poder hacerlo. Sólo más adelante fui consciente de que se había convertido en un problema.*

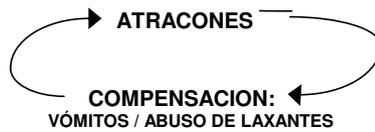
*Durante los últimos 8 años, muchas veces me he dicho a mi misma "Es la última vez que vomito". Al principio no era algo preocupante: pensaba que podría controlarlo si así lo deseaba. Pero pronto quedó claro que eran los vómitos los que me dominaban a mi. Ahora, dejar de vomitar es algo que me resulta totalmente imposible.*

Desde una perspectiva a largo plazo, se hace aun más obvio el carácter desaconsejable del vómito autoinducido. Las personas describen con frecuencia lo bien que se sentían cuando descubrieron que podían provocarse el vómito. Parecía la solución a sus problemas: en lugar de luchar para controlar su impulso de comer, podían comer cuanto quisieran sin temor a ganar peso; no se daban cuenta de que, en realidad, iban a pagar un alto precio. En efecto, los vómitos autoinducidos facilitan la sobreingesta como resultado de dos mecanismos: en primer lugar, como estas personas piensan que al vomitar no absorben lo que han comido, tienden a relajar su autocontrol y por tanto comen más; en segundo lugar descubren que es más fácil vomitar si su estómago está bien lleno. De esta forma se establece un círculo vicioso en el cual la persona se hace cada vez más dependiente del vómito (ver figura 8). El impulso a vomitar después de comer, puede ser extremadamente fuerte. Así, los investigadores de la Universidad de Vermont han encontrado que, en la bulimia nerviosa, el vómito es uno de los principales factores que mantienen los atracones. Estos autores afirman que muchas personas con bulimia nerviosa son capaces de resistirse a tener un atracón si saben que no van a tener oportunidad de vomitar.

Los vómitos autoinducidos también tienen efectos físicos peligrosos. Esto se describe en el capítulo 5.

## **Abuso de Laxantes y Diuréticos**

*Empecé a utilizar laxantes porque estaba preocupada ya que estaba comiendo mucho y podía engordar rápidamente. Pensaba que si tomaba laxantes podría deshacerme de todo lo que comía.*



**Figura 8.** El círculo de atracones, vómitos y abuso de laxantes

*Leí en una revista que algunas personas utilizaban laxantes como forma de purgarse. Había intentado vomitar en algunas ocasiones, pero no lo había conseguido; por tanto, me compré laxantes y empecé a tomarlos después de cada atracón. En el fondo estaba convencida de que no contrarrestaba el atracón, pero usarlos me hacía sentir vacía y limpia por dentro.*

El uso de laxantes o diuréticos para controlar el peso es menos común que el vómito autoinducido. Los laxantes son utilizados aproximadamente por un tercio de personas con bulimia nerviosa, mientras que sólo el 10% usa diuréticos (ver tabla 3). Los laxantes y diuréticos se pueden utilizar solos o combinados con el vómito autoinducido. Estas tres conductas son poco comunes entre los pacientes con trastorno de atracones, pero se dan más en la anorexia nerviosa.

Las personas con problemas de atracones abusan de los laxantes de dos formas: unas los usan en grandes cantidades, para compensar episodios específicos de sobreingesta, siendo una conducta similar al vómito, y otras los utilizan de forma regular, independientemente de que hayan tenido algún episodio de sobreingesta, tratándose entonces de una conducta más parecida a las dietas. Los diuréticos suelen utilizarse de esta última forma.

*Después de un atracón, lo peor de todo es quedarse esperando a que se calmen sus efectos. No soporto sentirme tan inútil, sin ser capaz de hacer algo para remediarlo. Algunas veces, mi repulsión por lo que he hecho es tal, que siento que podría rajarme el estómago para sacarme fuera todo lo que he comido. Si no consigo vomitar, la mejor solución a mi alcance es tomar laxantes.*

Los efectos físicos del abuso de laxantes y diuréticos se describen en el capítulo 5. Por ahora señalaremos que los laxantes son muy poco eficaces en reducir la absorción de calorías, mientras que la eficacia de los diuréticos es nula. Sin embargo, algunas personas encuentran alivio al utilizar esos fármacos, sobre todo porque les ayudan a perder algo de peso a corto plazo, debido a que producen diarrea o exceso de orina y así se pierden líquidos. Además, algunos encuentran que el tomar laxantes les da una sensación de "haberse limpiado" de la comida ingerida. De esta forma los laxantes, al igual que los vómitos autoinducidos, pueden propiciar posteriores atracones. Estas personas pueden sentir que su abdomen está vacío y a algunas les gusta especialmente la apariencia lisa de su barriga que pueden conseguir temporalmente gracias a los laxantes. Una minoría también busca sus efectos físicos desagradables, considerando los espasmos o calambres abdominales y la diarrea que producen, como un castigo justo por haber comido en exceso.

## Pastillas Para Adelgazar

Algunas personas que tienen atraques utilizan píldoras para adelgazar (supresores del apetito), que empezaron a tomar por prescripción médica o por su propia cuenta, con la esperanza de controlar su ingesta, y siguen tomándolas a pesar de que no existen evidencias de que puedan tener efecto alguno en las personas con verdaderos problemas de atraques.

## Exceso de Ejercicio

Algunas personas con atraques hacen ejercicio en exceso para influir en su peso o figura. Como mencionábamos en el capítulo 2, el exceso de ejercicio también se utiliza con frecuencia por las personas con anorexia nerviosa para reducir su peso.

Cuando las personas con problemas de atraques hacen ejercicio en exceso, lo llevan a cabo de una forma impulsiva o "compulsiva"; tienden a ocupar un tiempo excesivo y, además, hacen un ejercicio extremadamente extenuante. Otro rasgo distintivo es que les resulta difícil dejar de hacerlo, incluso aunque les perjudique. Como resultado, las lesiones son bastante frecuentes. Cuando a las personas con bulimia nerviosa se les pregunta por qué hacen ejercicio de ese modo, suele ser difícil interpretar su respuesta. Algunas reconocen que esperan quemar así grasa o calorías, pero otras no. Incluso parece que, para algunas, el hacer ejercicio es, en sí mismo, la principal motivación. En casos extremos, comer y hacer ejercicio, pueden estar tan íntimamente vinculados que estas personas no comen hasta que piensan que ya han quemado las calorías que consideran que tienen que eliminar. A esto le llaman algunos "estar en deuda".

Por el contrario, no hacer ejercicio es un problema frecuente en las personas con sobrepeso que tienen problemas de atraques, muchas de las cuales tienen un estilo de vida sedentario. Esto contribuye tanto a su obesidad como a los riesgos asociados para la salud, por lo que esa tendencia debe modificarse en el tratamiento (ver anexo II).

## PREOCUPACIONES ACERCA DE LA APARIENCIA Y EL PESO

La mayoría de personas que tienen atraques están muy preocupadas por su apariencia y su peso. De hecho, esas preocupaciones son tan intensas en quienes tienen bulimia nerviosa, que llegan a dominar su vida: ninguna de las demás cosas les parece tan importante. La mayoría desean perder peso y casi todos están aterrorizados por la posibilidad de engordar.

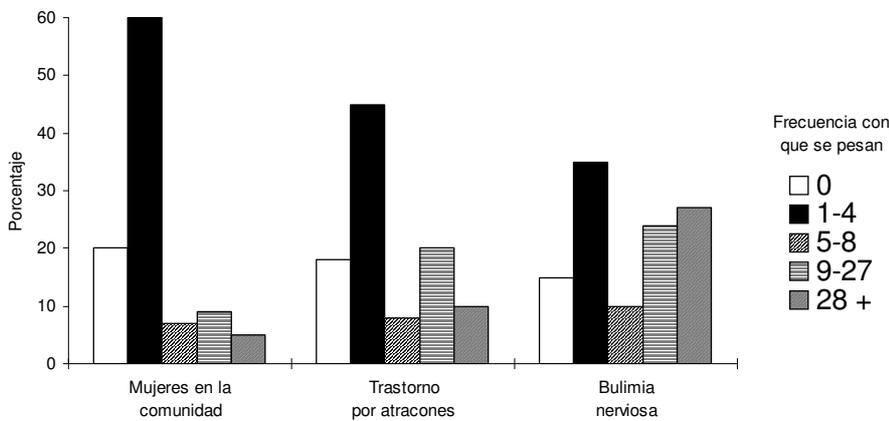
En contra de lo que parecería lógico a primera vista, esas preocupaciones no anteceden necesariamente al inicio del problema de alimentación. En el capítulo 6 se explica cómo los factores que causan el inicio de problemas de atraques no siempre son los mismos que aquellos que los mantienen. En el caso de la dieta, sí que está demostrado que es un factor que influye tanto en la etiología, como en el mantenimiento de estos problemas; pero por lo que se refiere a las preocupaciones acerca del peso y la figura, lo único que sabemos con seguridad es que ayudan a mantener los problemas de atraques en la medida en que empujan a hacer dieta.

*Mi seguridad y mi autoestima se basan en la idea de que necesito ser físicamente atractiva y delgada. Cuando aumento de peso, aunque sólo sea un kilo, me siento menos atractiva y veo ante mí un futuro sombrío en la más completa soledad. Esos pensamientos me llenan de desesperación y, por tanto, me fuerzo a comer lo menos posible.*

El peso se convierte en algo primordial. Muchos atraviesan periodos durante los cuales se pesan con frecuencia, en algunos casos muchas veces al día. Como muestra la figura 9, una cuarta parte de mujeres con bulimia nerviosa se pesan al menos una vez al día, en comparación con 1 de cada 22 mujeres en la población general. No obstante, a largo plazo, a muchos se les llega a hacer insoportable el pesarse y por tanto lo evitan, aunque siguen muy preocupados por su peso.

*Estoy obsesionada con mi peso. Me peso con mucha frecuencia; algunos días más de quince veces. En otras ocasiones estoy tan disgustada con mi cuerpo que no me peso durante semanas o meses.*

Las preocupaciones acerca de la apariencia son al menos tan comunes, entre los pacientes que padecen atraques, como las referidas al peso, si no lo son más. Por tanto, además de pesarse suelen adoptar otros métodos para monitorizar su apariencia. Algunos miden regularmente ciertas partes de su cuerpo, sobre todo los muslos, o vigilan lo ajustadas que les quedan determinadas prendas de vestir.



**Figura 9** Con qué frecuencia se pesa la gente.

La vergüenza acerca de como creen que se ven, puede interferir con su vida diaria. Muchos evitan que otros vean su cuerpo o incluso verse a si mismos. Pueden ser incapaces de ir a nadar (por no ponerse bañador) o de vestir ropas de verano que muestren más su cuerpo, y algunos evitan tener espejos en casa. Puede resultarles difícil, dejar que su pareja les vea desnudos y, a menudo, su vida sexual resulta afectada porque les desagrada ser tocados en zonas del cuerpo que consideran "gordas". Decir a estas personas que están delgadas raramente les consuela; muchos reaccionan mal a comentarios de este tipo o los interpretan negativamente.

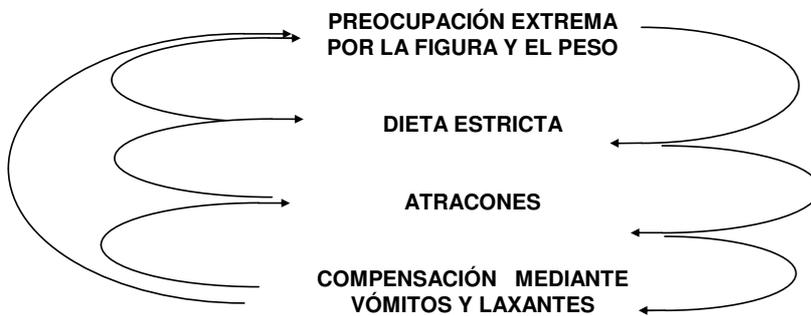
*No puedo expresar en palabras cuanta repulsa siento hacia mi cuerpo. Intento, siempre que es posible, vestir ropas que disimulen completamente mis formas. No soporto ver mi cuerpo y, por tanto, no tengo espejos en casa. Me ducho, en vez de bañarme para evitar mirarme. Hace más de tres años que no voy a comprar ropa a ninguna tienda.*

*Me siento segura de mi misma en muchos aspectos, pero odio mi cuerpo y no soporto verlo. Me siento hinchada, blanda y sobre todo enorme. Esto me impulsa a tener atracones. Si mi novio me quiere, ¿por qué no puedo gustarme a mi misma?*

Si has observado o experimentado esas preocupaciones acerca de la apariencia y el peso, sabrás que van más allá de lo que los investigadores de la Universidad de Yale han denominado el "descontento normativo": la preocupación de la mayoría de las mujeres de la población general, en la actualidad, por su aspecto y su peso. Por ejemplo, alrededor de una de cada diez mujeres dice "sentirse gorda" casi todo el tiempo, y lo mismo ocurre con la mitad de las personas con bulimia nerviosa. La naturaleza extrema de esta preocupación en los pacientes con bulimia nerviosa es más llamativa si tenemos en cuenta que la mayoría de ellos tienen un peso dentro del rango de la normalidad (ver capítulo 5) y, como ya sabrás si has conocido a alguien con anorexia nerviosa, es aún más chocante cuando la persona tiene un peso muy por debajo de la normalidad.

Las personas con trastorno por atracones, particularmente aquellas que tienen sobrepeso, también están preocupadas por su apariencia y su peso. Esto no es sorprendente dadas las presiones sociales para estar delgado. Sin embargo, sus preocupaciones tienden a tener una cualidad diferente de las de las personas con bulimia nerviosa. Son algo más comprensibles a la vista de su peso y, además, son menos extremas. Sin embargo, también ellos tienen un problema. Por ejemplo, en forma similar a las personas con bulimia nerviosa, muchas personas obesas que tienen atracones llegan muy lejos para impedir que otros vean su cuerpo y también pueden evitar el verse a sí mismas. Algunos ven su cuerpo con disgusto y repulsa.

Las preocupaciones por la apariencia y el peso (que se incrementan cuando se producen atracones) tienen una relevancia especial en la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Son un factor crucial en el mantenimiento de estos trastornos porque impulsan a hacer dieta, vomitar y abusar de laxantes o diuréticos (ver figura 10 y capítulo 6). Por tanto, reducir la intensidad de estas preocupaciones es una de las principales metas del tratamiento (ver capítulo 8 y segunda parte).



**Figura 10.** El papel central de las preocupaciones acerca del peso y la figura.

## EFFECTOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

*Mi problema de alimentación se ha extendido a todas las áreas de mi vida. He perdido los amigos a causa de mis radicales cambios de humor. Nunca hablo con mis padres porque ellos no comprenden todo lo que he pasado, a pesar de que estábamos muy unidos. Tengo muy poca confianza en mi misma; estoy terriblemente deprimida y ansiosa y no soporto estar con gente.*

*Mi vida gira en torno a la comida. No puedo concentrarme en mi trabajo mucho tiempo, por lo que mi rendimiento se ha deteriorado. Mi problema ha causado peleas en mi propia familia. No puedo disfrutar comiendo con familiares o amigos. Me he convertido en una persona huidiza e introvertida y he perdido por completo la confianza en mi misma. No me apetece salir de casa. No me gusta nada.*

Como sabrás si tienes un problema de atracones, particularmente si se trata de bulimia nerviosa, con estos problemas la calidad de vida se deteriora. Puedes sentirte deprimido y desmoralizado. Muchas personas están avergonzadas de su falta de voluntad y se sienten culpables por sus mentiras y por ocultar su problema; en una actitud muy autocrítica. Algunas están tan desesperadas que intentan acabar con su vida. En la mayoría de casos la depresión, aunque sea severa, parece ser secundaria al problema de alimentación y suele desaparecer una vez que el individuo recupera el control sobre su ingesta. En cambio, en algunos casos, tras la mejoría en el problema alimentario pueden permanecer los sentimientos de inutilidad. Esto suele ocurrir en personas que ya tenían una baja autoestima desde hace muchos años. En una minoría, quizá uno de cada diez, la depresión no parece secundaria al problema de alimentación; en estos casos, puede estar indicado realizar un tratamiento dirigido a superar la depresión.

Las personas con atracones son también propensas a tener problemas de ansiedad y algunos evitan situaciones sociales, especialmente las relacionadas con las comidas. Esto puede significar perderse la boda de un amigo íntimo, la fiesta de graduación del primo favorito, la fiesta de cumpleaños de un familiar, etc.; todo lo cual hace daño, tanto a la persona con el problema de alimentación como sus amigos o familiares. Además, cuando existen estas alteraciones emocionales, las oscilaciones bruscas en el estado de ánimo son muy frecuentes por lo que algunas personas están muy irritables y son propensas a explosiones de ira. Un pequeño número llega incluso a autolesionarse, a veces como forma de relajar la tensión. También pueden estar presentes los problemas con el alcohol y con las drogas (ver capítulo 7).

Para empeorar las cosas, los problemas de atracones afectan a cualquier aspecto de la vida sin que quede nada a salvo. Se dedica tanto tiempo y esfuerzo a intentar manejar este problema que queda poco espacio para otros asuntos, y las relaciones con familiares y amigos pueden llegar a ser insostenibles.

La crianza de los hijos, también puede resultar deteriorada. Aunque, hasta el presente, nuestro conocimiento de la influencia de los problemas de atracones en el cuidado de los hijos se basa sólo en la observación de casos en los que se dan dichas dificultades, existen evidencias de que a algunas personas con bulimia nerviosa les desagrade la apariencia redondeada de su bebé e intentan adelgazarlos. Algunos limitan la disponibilidad de comida en la casa, para reducir el riesgo de darse un atracón o compran sólo comida de dieta. Ambas costumbres suponen una restricción de alimentos disponibles para el niño y pueden resultar perjudiciales para sus necesidades nutricionales. Además, cuando se hacen mayores, sobre todo las chicas, pueden verse presionadas a unirse a sus madres en la dieta. No es difícil que todo esto pueda ponerles en riesgo de desarrollar un problema de alimentación (ver capítulo 6).

Al igual que los sentimientos de depresión; muchos problemas interpersonales mejoran notablemente, si no desaparecen del todo, cuando se supera el problema de los atracones. Uno de los aspectos más gratificantes de ayudar a los afectados a superar sus

problemas de atracones, es ver cómo la persona va emergiendo gradualmente cuando el problema va desapareciendo. La depresión, tensión e irritabilidad se van diluyendo, la capacidad de concentración mejora, y los viejos intereses reaparecen.

## **CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD**

Los problemas de atracones enmascaran la verdadera personalidad de quienes los padecen. Sin embargo, ciertos rasgos de carácter son comunes entre aquellos que tienen atracones y, a menudo, son evidentes incluso antes de que se inicie el problema de alimentación.

### **Baja Autoestima**

Los sentimientos de inadecuación e inutilidad son comunes en estos pacientes. Muchas veces forman parte de la desmoralización y depresión secundarios al problema de atracones y, por tanto, mejoran si se resuelve este problema; pero a veces pueden ser la expresión de un rasgo de personalidad existente desde mucho tiempo antes. Algunas personas describen tales sentimientos como enraizados en su infancia.

### **Perfeccionismo**

Otro rasgo de personalidad característico es el perfeccionismo. Muchas personas con atracones presentan actitudes o normas excesivamente exigentes hacia sí mismas. Su perfeccionismo tiende a afectar a todos los aspectos de su vida, pero es particularmente evidente en los objetivos dietéticos que se autoimponen. Este rasgo tiene, por supuesto, su lado positivo. Los perfeccionistas pueden rendir excepcionalmente bien, por ejemplo en el trabajo y en los deportes. El asunto clave es ver si sus normas y objetivos son realistas. Si no es así, estas personas experimentan repetidos "fracasos", incluso aunque sus conductas o sus logros pudiesen ser considerados muy buenos por la mayoría de personas, con normas menos perfeccionistas. Estos fracasos repetidos pueden llegar a ser desmoralizadores, especialmente si la autoestima ya es baja. De hecho, se ha observado que la combinación de baja autoestima y perfeccionismo es especialmente común entre las personas con atracones, y probablemente contribuye al desarrollo de estos problemas (ver capítulo 6).

### **Pensamiento Todo-o-Nada**

El pensamiento todo-o-nada, (pensamiento dicotómico) es también común entre las personas con atracones, que tienden a ver las cosas en términos extremos de blanco o negro. Por ejemplo, pueden clasificar los días en buenos o malos, sentir que tienen autocontrol o que no tienen ningún control, considerar los alimentos como peligrosos o seguros, etc. Este estilo de pensamiento tiende a impregnar toda su visión de las cosas, no sólo lo concerniente a la comida. A menudo está asociado con el perfeccionismo. Así, por ejemplo, las personas con atracones pueden definir el éxito en cualquier contexto, por ejemplo en un examen, como "ser el primero" y considerar cualquier otra posición como un fracaso.

El pensamiento todo-o-nada facilita los atracones porque lleva a las personas a abandonar el control después de cualquier pequeña transgresión de la dieta. Este estilo de pensamiento también les lleva a mantener reglas dietéticas muy estrictas y específicas, en vez de seguir pautas o tendencias más generales.

### **Impulsividad**

Como explicaremos en el capítulo 7, una minoría de personas con problemas de atracones tiene a la vez problemas con el alcohol o las drogas. Los clínicos también han hallado que algunos tienen otros problemas con el control de impulsos, por ejemplo pueden ser promiscuos o tener problemas con el juego. El profesor Hubert Lacey del hospital St. George de Londres, ha sugerido que estas personas tienen un trastorno del control de los impulsos (trastorno multiimpulsivo) y que su problema de atracones es una expresión de este.

La tabla 4 muestra una serie de datos de mi grupo de investigación acerca de tasas de problemas de control de impulsos entre mujeres con problemas de atracones, mujeres con trastornos del estado de ánimo y mujeres de la población general; todas reclutadas directamente de la comunidad. De estos datos se deduce claramente que los problemas de control de impulsos afectan sólo a una minoría en los dos grupos de personas con atracones. Sus conductas problemáticas más comunes al respecto son fumar y morderse

**Tabla 4. Problemas de Control de los Impulsos en Mujeres con Problemas de Atracones, Mujeres con Trastornos Emocionales y Mujeres de la Población General.**

	Mujeres de la comunidad (%) a	Trastorno por atracones (%) b	Bulimia Nerviosa (%) c	Trastornos Emocionales (%) d
Problemas de control en:				
Beber alcohol	2	14	10	2
Drogas ilegales	0	0	1	0
Tabaco	6	25	23	12
Morderse las uñas	13	31	21	18
Conducta sexual	0	2	6	2
Juego	0	0	1	0

**Total = 100      b Total = 49      c Total = 100      d Total = 50**

las uñas. Sin embargo, el profesor Lacey tiene razón al afirmar que algunas personas con problemas de atracones tienen una dificultad general en el control de los impulsos. Como esas conductas muchas veces parecen llevarse a cabo para relajar la tensión, el tratamiento de estos pacientes deberá incluir el desarrollo de habilidades para manejar el estrés en formas menos dañinas.

### Trastorno de Personalidad Límite

Una propuesta que se solapa con lo que acabamos de ver acerca del trastorno del control de los impulsos, es que el "trastorno de personalidad límite" es muy frecuente entre quienes padecen problemas de atracones (los rasgos de la personalidad límite, también denominada borderline, se enumeran en la tabla 5). Pero existen al menos 2 problemas con esta propuesta: el primero es que la misma noción de trastorno de personalidad límite es algo controvertida; el segundo es que ciertos rasgos del trastorno de personalidad límite pueden aparecer en algunas personas, como resultado de su problema de alimentación. Este punto de vista es apoyado por la observación de que los supuestos rasgos de personalidad límite, a menudo desaparecen, una vez el problema de alimentación se ha resuelto. Esto lleva a cuestionar la asociación entre ambos problemas ya que, si

Comment: A

existiese realmente el trastorno de personalidad, este permanecería cuando el problema de alimentación se supera.

Sin embargo, algunas personas con problemas de atracones si que parecen presentar muchos de los rasgos típicos del trastorno de personalidad límite. La investigación llevada a cabo en la Universidad de Chicago y más recientemente en la de Standford, sugiere que estas personas necesitan un tratamiento más intensivo que otras que sólo presentan el problema de atracones.

---

**Tabla 5.** Los Rasgos del Trastorno de Personalidad Límite

---

*Nota:* No todos los rasgos tienen que estar presentes en un individuo

Relaciones inestables e intensas

Ejemplos: oscilaciones entre idealización y devaluación, y temor a ser abandonado

Alteraciones en el sentido de la propia identidad

Ejemplos: escaso sentido del si mismo, alteraciones en la autoimagen y sentimientos de vacío

Alteraciones en el estado de ánimo

Ejemplo: estados de ánimo intensos y con fluctuaciones repentinas

Comportamientos impulsivos

Ejemplos: gasto excesivo, sexo, abuso de sustancias, conducción imprudentemente, atracones y explosiones de ira

Amenazas recurrentes de autolesiones o autolesiones reales

Ejemplo: amenazas de suicidio o conductas de automutilación

---

Fuente: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth ed.)*. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. Copyright 1994 de the American Psychiatric Association. Adaptado con permiso.

## EMBARAZO

*Estoy obsesionada con no alcanzar más de 63 Kilos, porque sé que luego puede ser difícil perderlos. Espero poder dar de mamar a mi bebé porque eso me ayudará a adelgazar. Como he dejado de trabajar he podido hacer mucho ejercicio: nado 30 largos cinco veces a la semana, hago pesas dos veces por semana y hago bicicleta (más de 9 km.) la mayoría de tardes. También practico los ejercicios de aerobio de Jane Fonda.*

*Intento controlar mis comidas, pero me resulta muy difícil. Después de provocarme el vómito me siento extremadamente culpable, porque no puedo olvidar que cualquier daño que me haga a mi misma dañaría de paso a mi bebé; pero estoy contenta de haber dejado de utilizar laxantes.*

*Me preocupa que mi problema de alimentación afecte mi relación con el bebé y mi capacidad para cuidarlo. Desearía tener tres niños pero no me gusta la idea de estar embarazada otra vez. Quizá la próxima vez ya no sea bulímica.*

*Conseguí controlar realmente bien mis comidas. Dejé de vomitar y tomar laxantes en el momento en que supe que estaba embarazada. También paré mis atracones. Estaba intentando algo realmente difícil que es comer solamente comidas sanas. Un día fui al médico y cuando examinó mi barriga me dijo "lo siento, lo estoy intentando pero no puedo decir hasta donde llega el bebé y donde empieza tu propia barriga".*

*Sé que estaba bromeando pero me enfadé mucho. Al volver a casa lloré desconsoladamente. Los días siguientes no comí nada, y cuando empecé a comer otra vez, con la ayuda de mi marido, encontré que no podía resistir por mucho tiempo el volver a vomitar.*

La gran mayoría de personas que tienen atracones son mujeres en edad de ser madres. Pese a esto, se conoce muy poco acerca de los efectos de los atracones en el embarazo (ver en el capítulo 5, la descripción de sus efectos físicos). La escasa investigación realizada hasta la fecha, ha tendido a centrarse en mujeres con bulimia nerviosa, mientras que en mujeres con trastorno por atracones no se ha llevado a cabo ningún estudio.

El trabajo con pacientes afectadas por bulimia nerviosa sugiere que los problemas de atracones generalmente mejoran una vez la mujer sabe que está embarazada. El deseo de no dañar al feto es fuerte y, en algunas, es suficientemente poderoso para impedir que tengan atracones durante el embarazo. La tasa de vómitos autoinducidos también tiende a declinar y la mayoría deja de abusar de los laxantes. Sin embargo, en muchas ocasiones, los problemas persisten. Los "antojos" relacionados con la ingesta se producen de forma similar a lo que ocurre en el embarazo de otras mujeres. Esos antojos pueden llevar al consumo de comidas que de otra forma habrían sido evitadas (ej., helados) y, como resultado, pueden desencadenar atracones.

*Aunque quería controlar mis comidas, me resultaba muy difícil. Sentía impulsos de tomar cosas que nunca había tenido costumbre de comer. Me dejaba llevar por esos impulsos, de vez en cuando, pero después me sentía extremadamente culpable.*

Mientras dura el embarazo, muchas mujeres con problemas de atracones experimentan cierto alivio en las preocupaciones por su apariencia y su peso. Sienten que no son tan primordiales para ellas ya que los cambios en su apariencia y peso son inevitables. Como resultado, algunas dejan los intentos de controlar su ingesta y empiezan a comer en exceso. Esto les pone en riesgo de ganar un peso excesivo, lo cual a su vez incrementa el riesgo de complicaciones en el embarazo. También les supone tener que perder más peso después del parto.

*A medida que avanzaba mi embarazo, intentaba controlar lo que comía. Contaba el contenido calórico de cualquier alimento e intentaba mantenerme por debajo de las 1500 calorías al día. También hacía ejercicio diariamente. Seguía teniendo atracones pero bastante menos de lo habitual porque no quería hacer ningún daño a mi bebé. Tuve un atracón incluso el día que me empezaron los dolores del parto.*

Por otro lado, una minoría de mujeres con problemas de atracones permanecen igual de preocupadas por su apariencia y su peso, e incluso más. La perspectiva de los cambios en su silueta y del aumento de peso, debidos al embarazo, les aterroriza y luchan contra ellos. Hacen dieta y algún tipo de ejercicio intensivo, muchas veces como sustituto del vómito o de los laxantes. Como resultado, su aumento de peso escaso o nulo y, al nacer, sus bebés pueden tener un peso inferior al normal.

*Hace tres meses que di a luz y nunca me he sentido tan agotada. Intento salir a correr tres o cuatro veces a la semana y hago un montón de ejercicios abdominales. Quiero perder 7 kilos para caber dentro de la ropa que usaba antes del embarazo. Mis intentos de hacer dieta han fracasado; la mantuve muy bien los primeros días al volver a casa, pero, poco a poco, fueron volviendo los atracones y otra vez forman parte de mi vida diaria.*

Después del parto todo cambia. Muchas mujeres encuentran que cualquier mejoría de su problema de atracones es temporal y que retornan de nuevo, a veces con más fuerza. No es sorprendente porque muchas están dispuestas a recuperar su peso anterior con la mayor rapidez posible y, para ello, reanudan una dieta muy estricta casi inmediatamente. Esto es lo que les hace caer porque, como explicábamos antes, las dietas estrictas predisponen a los atracones. Además, hacer dieta es particularmente difícil después del parto, ya que muchas están dando pecho y, por tanto, están sujetas a un aumento de las presiones fisiológicas para comer, y sus actividades habituales se ven interferidas por sus obligaciones de cuidar al bebé.

## CAPÍTULO 5

### Problemas Físicos Asociados con los Atracones

LOS ATRACONES ESTÁN ASOCIADOS a una serie de problemas psicológicos y sociales. Con el paso del tiempo pueden transformar una existencia normal y feliz en miserable, dañando no sólo a la persona afectada sino también a sus relaciones con familiares y amigos. El capítulo 4 puede haberte ayudado a comprender los comportamientos extraños de alguien que conoces y la conexión con su problema de atracones; o bien, puede haberte aclarado cómo ha resultado afectada tu propia vida. A estas alturas debería resultarte obvio que los atracones no son una conducta inocua y este capítulo explica que sus efectos adversos no se dejan sentir solamente a nivel psicológico. Los atracones pueden dañar el cuerpo en muchas formas; como resultado directo de los atracones o a consecuencia de conductas asociadas a ellos -dirigidas a controlar el peso- como la dieta y el vómito.

Muchos de los efectos físicos de los atracones son reversibles, pero algunos son permanentes y la mayoría empeoran con el paso del tiempo, por lo que no deberían ser ignorados.

#### LOS EFECTOS FÍSICOS DE LOS ATRACONES

##### Efectos en el Estómago

*Sólo paro de comer cuando me es imposible seguir porque estoy llena. Después del atracón me siento tan hinchada que me duele el estómago y me cuesta moverme. Me siento enferma y, a veces, cuando he tenido un atracón especialmente fuerte me resulta difícil y doloroso incluso el respirar.*

El atracón tiene pocos efectos físicos inmediatos. La mayoría de atracones objetivos hacen que la persona se sienta muy llena, y en algunos esa sensación es intensa y dolorosa. Como muestra la tabla 6, las personas con bulimia nerviosa es más probable que se sientan extremadamente llenas después de un atracón que aquellas que padecen trastorno por atracones. Esto probablemente refleja la velocidad relativa con la que ingieren la comida.

**Tabla 6: Cómo se Siente de Llena la Gente después de un Atracón**

---

##### Bulimia nerviosa

7% - no se sienten llenos

7% - se sienten ligeramente molestos. (algo hinchados, con sensación física de haber comido en exceso)

60% - sienten molestias moderadas (se sienten hinchados pero sin dolor)

26% - notan que es físicamente imposible continuar comiendo, debido a una dilatación intensa y dolorosa

##### Trastorno por atracones

17% - no se sienten llenos

32% - Sienten ligeras molestias (como hinchados, y con sensación física de haber comido en exceso)

47% - se sienten moderadamente molestos (hinchados pero sin dolor)

4% - sienten que es físicamente imposible continuar comiendo, debido a un dolor intenso

---

Las personas que comen hasta que están verdaderamente llenas describen que, en ocasiones, empieza a faltarles el aire para respirar. Esto se produce porque la distensión del estómago presiona hacia arriba el diafragma. Muy raramente, la pared del estómago se dilata tanto que al hacerse más fina se daña o incluso se desgarran, lo cual supone una emergencia médica severa. Si sientes dolor abdominal mientras te das un atracón, es esencial que pares y, si el dolor es extremo, busca ayuda inmediatamente.

## **Obesidad**

La relación entre atracones y obesidad no es algo sencillo; se trata de un tema complejo que queda lejos de estar totalmente claro. La obesidad es poco frecuente en personas con bulimia nerviosa, pero es un problema común entre personas con trastorno por atracones. Esta característica distintiva ha sido mencionada en capítulos anteriores y la figura 11 muestra en detalle como estos dos grupos difieren en términos de índice de masa corporal (una medida de peso explicada en el anexo I). Parece lógico concluir que esta diferencia se deriva del hecho de que la gente con bulimia nerviosa ejerce medidas extremas de control sobre su peso, tales como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes, mientras que las personas con trastorno por atracones tienden a no utilizar esas medidas extremas. Pero, por diversas razones, la relación entre obesidad y trastorno por atracones no es tan sencilla. ¿Son los atracones los que causan la obesidad o es la "obesidad" la que propicia los atracones, o es algún otro mecanismo el causante?. Veamos algunas de las posibles relaciones.

En primer lugar, parece lógico predecir que los atracones hagan a la gente obesa, o al menos le hagan ganar peso, (camino 1).

### *Camino 1:*

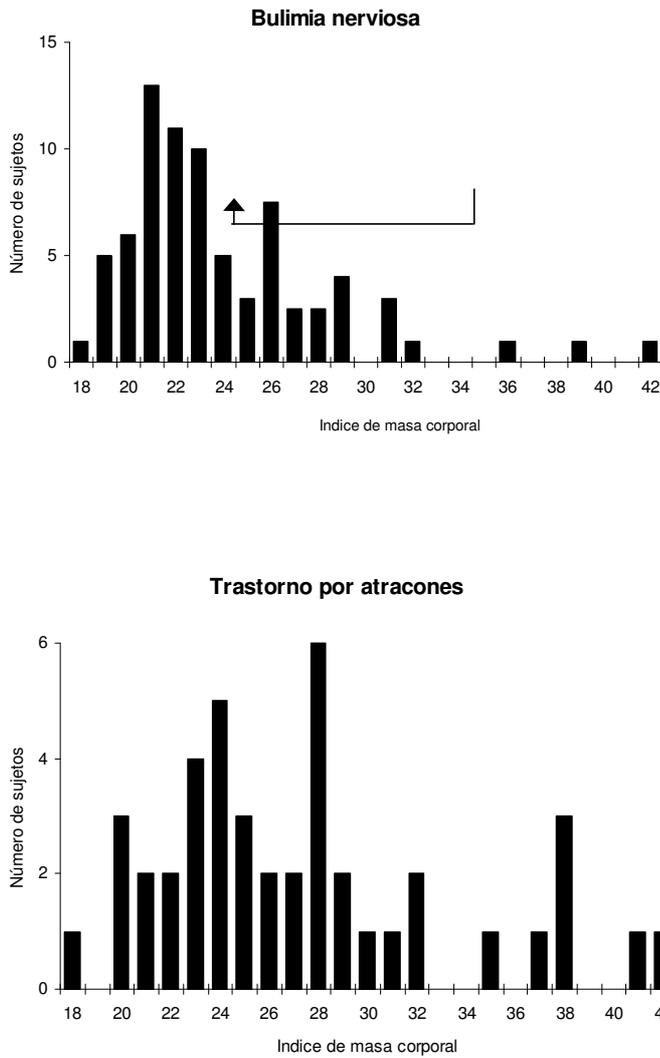
#### Atracones → Obesidad

De hecho, la prevalencia de obesidad entre las personas con trastorno por atracones parece confirmar esta relación causa-efecto. Pero por otro lado ha quedado establecido, más allá de cualquier duda, que la forma y la figura corporal están fuertemente determinadas por factores genéticos. Por tanto, podría ser que las personas con problemas de atracones estén genéticamente programadas para tener sobrepeso y que esa característica les lleve a hacer dieta lo cual a su vez produzca como resultado el que empiecen a tener atracones (a través del mecanismo explicado en el capítulo 4). En otras palabras, más que decir que los atracones lleven a la obesidad, puede que lo cierto sea lo contrario: que la tendencia a la obesidad produzca como resultado los atracones (camino 2).

### *Camino 2:*

#### Obesidad → Dieta → Atracones

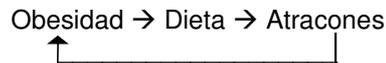
La única forma fiable de saber si son los atracones los que causan la obesidad o si es al contrario, es rastrear cómo evolucionan las personas afectadas con el paso del tiempo para descubrir qué ocurrió antes, y esto es lo que debemos investigar. Ciertamente, una de las formas en que se desarrollan los problemas de atracones puede



**Figura 11.** Medidas de peso para personas con bulimia nerviosa y con trastorno por atracones. Un "índice de masa corporal" por encima de 27 indica sobrepeso. El peso corporal saludable está entre 20 y 25.

ser a consecuencia de la obesidad. Pero, incluso cuando la obesidad precede a los atracones (camino 2) parece probable que, una vez iniciados, los atracones contribuyan directamente al mantenimiento o empeoramiento de la obesidad, porque se pone en marcha un círculo vicioso (camino 3). Por esta razón, como explicamos en la segunda parte del libro, las personas con problemas de atracones que tienen sobrepeso pueden esperar perder algo de peso si dejan de tener atracones, aunque el peso perdido puede ser escaso y no tanto como a ellas les gustaría.

*Camino 3:*



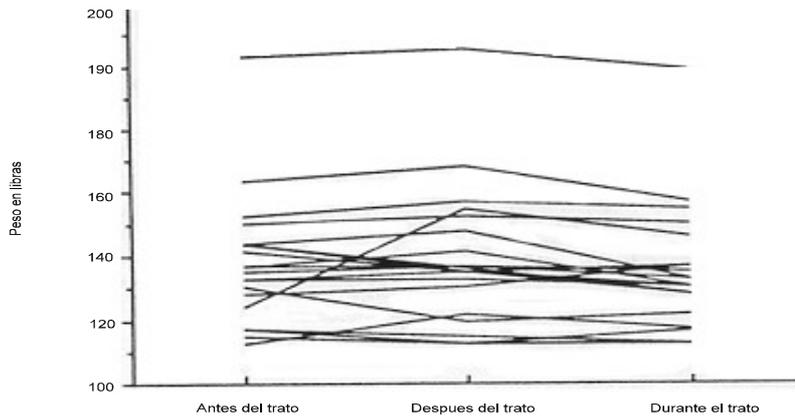
¿Cómo se relacionan el peso y los atracones en cada trastorno alimentario específico?. Sabemos que muchas personas con trastorno por atracones tienden a la sobreingesta en general, además de a tener atracones (ver capítulo 4) y esto, por supuesto, afecta a su peso. Al comer en exceso fuera de sus atracones es improbable que pierdan mucho peso una vez dejen de tener atracones, a menos que el tratamiento de sus atracones también incluya el de su tendencia general a la sobreingesta (ver segunda parte).

¿Qué ocurre a quienes padecen bulimia nerviosa?, ¿cómo evoluciona su peso durante el tratamiento?. Como mencionábamos anteriormente y cómo se muestra en la figura 11, la gran mayoría inicia el tratamiento con un peso normal. No obstante, algunos expertos han argumentado que, aunque su peso sea normal desde el punto de vista estadístico, pueden estar en realidad por debajo de su "peso natural"; en otras palabras, piensan que las personas con bulimia nerviosa serían, por naturaleza, personas con sobrepeso. Apoyan este punto de vista en la observación de que existe una tasa más alta de obesidad entre los familiares de las personas con bulimia nerviosa que en la población general, y en que algunas personas con bulimia nerviosa tenían sobrepeso antes de desarrollar este trastorno. Pero, si este planteamiento fuese correcto, los pacientes que se recuperan plenamente de la bulimia nerviosa logrando una completa normalización de sus hábitos alimentarios, incluyendo el dejar de hacer dieta, deberían ganar peso. Sin embargo, los resultados de nuestras investigaciones indican que esto no es así. Por ejemplo, los hallazgos de un reciente estudio de tratamiento llevado a cabo por mi grupo en Oxford, indican que las personas plenamente recuperadas de su bulimia nerviosa no cambian prácticamente nada en cuanto a su peso, desde el inicio del tratamiento hasta la finalización del mismo, ni en su seguimiento dieciséis meses después. En estos pacientes el peso medio fue de 62,14 kilos antes del tratamiento y de 60,78 kilos 16 meses después. Estos datos se refieren a la media, pero existen diferencias individuales: como muestra la figura 12, algunos pacientes pierden mucho más peso, mientras que otros lo ganan. Un análisis de estos datos nos lleva a la conclusión de que no existen indicios de que las personas con bulimia nerviosa tengan una predisposición natural a tener un peso más alto que el de la población general.

También hemos de tener en cuenta que la relación entre la obesidad y los problemas de atracones difiere según el problema de atracones del que se trate. En el trastorno por atracones, cualquier problema de sobrepeso es probable que sea mantenido por los atracones y por la tendencia general a la sobreingesta. En cambio, en la bulimia nerviosa, aunque la vulnerabilidad a la obesidad pudiese suponer un mayor riesgo para desarrollarla, la verdadera obesidad es raramente un problema; el problema es el *miedo* a la obesidad que, como se explica en los capítulos 4 y 6, parece desempeñar un papel decisivo en el mantenimiento de este trastorno.

## EFFECTOS FÍSICOS DE LA DIETA

Además de los efectos psicológicos descritos en el capítulo 4, la dieta puede tener efectos físicos adversos. Por ejemplo, se ha sugerido que los ciclos repetidos de pérdida de peso seguidos de recuperación, a veces llamados dietas "yo-yo" (es decir, las oscilaciones en el peso debidas a que los sujetos emprenden y dejan dietas) pueden alterar la composición corporal y el metabolismo de forma que los posteriores intentos de perder peso resulten más difíciles. Pero algunas investigaciones recientes no apoyan esta idea. No obstante, el doctor Kelly Brownell y sus colegas han obtenido evidencias de que las oscilaciones en el peso se asocian con un incremento en la tasa de mortalidad, en



**Figura 12.** Cambios en el peso al recuperarse de la Bulimia Nerviosa.

particular con un aumento de muertes por enfermedades cardiovasculares. Por ahora no se conocen los mecanismos por los que ocurre esto.

La dieta y la pérdida de peso, pueden afectar también a las hormonas, dando como resultado una menstruación irregular o ausente. Como la menstruación regular requiere cierto nivel mínimo de grasa corporal (ver cuadro siguiente), las mujeres con anorexia nerviosa no la tienen. Pero, incluso cuando la grasa corporal es adecuada, el hacer dieta puede afectar a la menstruación a través de algún mecanismo subyacente desconocido. Este trastorno hormonal se encuentra en la mitad de las mujeres con bulimia nerviosa y en una de cada cuatro con trastorno por atracones.

Además, la dieta provoca alteraciones en ciertos mecanismos fisiológicos que controlan la ingesta. En la actualidad se sabe que la composición nutricional de la comida (particularmente el conjunto de carbohidratos, grasas y proteínas) tiene una influencia importante en los mecanismos que controlan el apetito. Por ejemplo, un efecto normal de ingerir carbohidratos es su potente y rápida supresión del hambre; por tanto, una persona que evita las comidas que los contienen se priva de un supresor natural del apetito. Se ha demostrado que la dieta afecta a ciertos neurotransmisores en el cerebro, particularmente la serotonina y que este efecto es más pronunciado en las mujeres que en los hombres. Como se cree que la serotonina juega un papel en el control normal de la alimentación, así como en la apetencia por las comidas, este hallazgo es muy interesante. Nos ofrece también una posible explicación fisiológica para la observación de que una historia familiar o personal de depresión incrementa el riesgo de desarrollar después una bulimia nerviosa (ver capítulo 6), ya que el funcionamiento anormal de la serotonina cerebral está implicada en la etiología de la depresión. Es decir, parece que una anomalía en el funcionamiento de la serotonina cerebral puede poner a la gente en riesgo de desarrollar bulimia nerviosa y que el hacer dieta puede aumentar este riesgo, especialmente en las mujeres.

### ¿Pueden tener la Regla las Modelos?

Para poder tener la menstruación en la pubertad, al menos el 17% del peso corporal tiene que ser de grasa, y para poder tener ciclos menstruales regulares, la proporción de grasa debe ser, como mínimo, del 22%.

Investigadores de Helsinki (Finlandia) midieron la altura y otras dimensiones de las modelos, desde 1920 hasta nuestros días, y calcularon su porcentaje de grasa corporal. Hallaron que, antes de los años 50, el porcentaje de grasa corporal se encontraba dentro del rango normal en la mayoría. Después de los años 50, este porcentaje era considerablemente menor. Concluyeron que, es poco probable que una mujer con las formas corporales de una modelo actual tenga la regla.

*Fuente:* Rintala M y Mustajoki P. "¿Could mannequins menstruate?". *British Medical Journal*, 1992; 305:1575-1576

## EFFECTOS FÍSICOS DEL VÓMITO AUTOINDUCIDO

Como explicábamos en el capítulo 4, el vómito autoinducido es común en la bulimia nerviosa. También se da en la anorexia nerviosa, particularmente en quienes tienen atracones, y en una de cada 10 personas con sobrepeso que tiene atracones; pero en estas últimas, el vómito suele ser algo ocasional.

Los vómitos autoinducidos repetidos tienen una serie de efectos físicos adversos, que se manifiestan con mayor intensidad entre quienes vomitan con más frecuencia y desde hace más tiempo. Como se explica a continuación, algunos de esos efectos son potencialmente graves.

***Daños en los dientes.*** Los vómitos repetidos durante un largo periodo de tiempo erosionan los dientes, destruyendo gradualmente el esmalte dental, principalmente en la cara interior de los incisivos. Los empastes no resultan afectados y, por tanto, destaca más el desgaste de la superficie del esmalte. Los dentistas pueden identificar fácilmente este patrón característico de erosión y, por tanto, pueden deducir su causa. La erosión del esmalte es irreversible pero no progresiva; es decir, se detiene una vez cesan los vómitos. La práctica de enjuagar la boca con agua después de vomitar, parece acelerar la erosión dental en lugar de retardarla.

***Hinchazón de las glándulas salivares.*** En la cavidad bucal se encuentran las glándulas que segregan saliva. En algunas personas que se autoinducen vómitos esas glándulas se hinchan gradualmente. Esta hinchazón no es dolorosa, pero puede incrementar la producción de saliva. Muchas veces es la glándula parótida (que suele afectarse cuando hay paperas) la que se hincha más, dando al rostro una apariencia algo redondeada, como "regordeta". Las personas con esa hinchazón en las parótidas tienden a ver su cara como "gorda" y concluyen que el resto de su cuerpo también lo está. Naturalmente esto incrementa su preocupación por el peso y la figura, contribuyendo a mantener el problema alimentario.

La hinchazón de las glándulas salivares es reversible y desaparece gradualmente cuando mejoran los hábitos alimentarios.

***Lesiones en la garganta.*** Como describimos en el capítulo 4, la mayoría de personas se inducen el vómito mediante la estimulación mecánica del reflejo de náusea. Esto puede ser un proceso costoso y difícil. Muchas veces tiene como resultado lesiones superficiales

en la parte posterior de la garganta, que se pueden infectar fácilmente. Las quejas de dolores de garganta recurrentes y de afonía o ronquera, son bastante comunes.

**Heridas en el esófago.** Aunque es muy poco frecuente, los vómitos violentos pueden tener como resultado el desgarro y sangrado de la pared del esófago, el tubo que comunica la boca con el estómago, y esto conlleva un riesgo, aunque remoto, de ruptura del esófago lo que constituye una emergencia médica. La presencia de cantidades significativas de sangre fresca en el vómito, debe ser tomada muy en serio y, si ocurre así, se debe buscar ayuda médica ya que podría proceder de una herida en el esófago.

**Llagas o cicatrices en las manos.** Otro efecto mecánico del vómito autoinducido, que puede observarse en algunas personas que utilizan sus dedos para estimular el reflejo de náusea, son las lesiones en la piel que recubre los nudillos de la mano que utilizan. Inicialmente parecen abrasiones en la mano y a veces se forman escaras, una anomalía muy característica conocida en los textos médicos como "signo de Russell" porque fue descrita por primera vez por el profesor Gerald Russell de Londres, en su publicación ya clásica sobre bulimia nerviosa.

**Desequilibrio de los electrolitos.** Los efectos fisiológicos del vómito frecuente pueden ser severos, particularmente entre aquellos que intentan "lavar" su estómago al beber y vomitar repetidamente hasta que no aparece ningún signo de comida en lo que expulsan. El equilibrio de los fluidos corporales y de los electrolitos (sodio, potasio, etc.) puede resultar alterado en diferentes formas, algunas de las cuales son graves. El trastorno de electrolitos de mayor interés es la hipocalemia (potasio sérico bajo), porque puede dar como resultado irregularidades en el ritmo cardíaco.

Los síntomas de desequilibrio en los fluidos o en los electrolitos pueden incluir sed extrema, mareo, retención de fluidos con hinchazón de piernas y brazos, debilidad o letargia, tensión muscular y espasmos. Sin embargo, pese al hecho de que hasta una mitad de personas con bulimia nerviosa muestran tener algún tipo de anomalías en los fluidos y en los electrolitos, la mayoría no tiene ninguno de esos síntomas, y la alteración en sus electrolitos es ligera. También debemos tener en cuenta que todos esos síntomas pueden derivarse de otras causas; su presencia no necesariamente indica la existencia de una anomalía subyacente en los electrolitos.

Estos trastornos de los electrolitos son reversibles y desaparecen rápidamente una vez cesan los vómitos. Raramente requieren ser tratados en sí mismos y cualquier tratamiento debe ser supervisado por un médico; por ejemplo, no debes tomar suplementos de potasio sin análisis de sangre regulares.

Un pequeño número de personas se inducen los vómitos químicamente, por ejemplo, bebiendo agua salada. Esto es particularmente desaconsejable porque es otra causa añadida de desequilibrios en los electrolitos. Otros toman una droga llamada Ipecacuana para inducirse el vómito; una práctica peligrosa por los efectos tóxicos graves, derivados de su utilización a largo plazo.

## EFFECTOS FÍSICOS DEL ABUSO DE LAXANTES

Como explicábamos en el capítulo 4, la gente que tiene atracones puede tomar laxantes para influir en su peso y figura, aunque esta práctica es menos común que el vómito autoinducido y se utilizan principalmente por personas con bulimia nerviosa. Algunos toman cantidades verdaderamente grandes, de hasta 50 o 100 dosis de una vez. Independientemente de la cantidad, los laxantes tienen un escaso efecto en la absorción de calorías porque actúan en la parte baja del intestino, mientras que las calorías son

absorbidas en la parte alta. Lo que producen los laxantes es una diarrea que elimina el agua y una disminución temporal de peso debida exclusivamente a la pérdida de líquidos. La persona recupera el peso perdido casi inmediatamente, en cuanto el cuerpo se rehidrata. Sin embargo, las personas con bulimia nerviosa notan esa pérdida de peso y creen que se debe a que no se han absorbido las calorías, y esta es la principal razón por la cual persisten en tomar laxantes. Al igual que ocurre con el vómito autoinducido, cabe preguntarse cuántas personas no habrían iniciado nunca el abuso de laxantes si supiesen lo ineficaces que son.

El abuso de laxantes, de forma parecida a lo que ocurre con los vómitos autoinducidos, produce una serie de desequilibrios en los fluidos y en los electrolitos, con síntomas parecidos a los que hemos descrito antes. Los individuos que vomitan y además abusan de laxantes tienen un riesgo aún mayor. Algunos laxantes, cuando se toman en grandes dosis durante largos periodos de tiempo, pueden ocasionar un daño permanente en la pared intestinal; pero por lo general, los efectos físicos adversos suelen ser reversibles. Si alguien que toma laxantes de forma habitual, los deja súbitamente, puede retener líquidos, aproximadamente durante una semana. Obviamente, esto producirá un aumento temporal de peso.

### **EFFECTOS FÍSICOS DEL ABUSO DE DIURÉTICOS**

Algunas personas toman diuréticos, por lo general en dosis mayores de las indicadas, para modificar su peso y figura. De nuevo se trata de una práctica inútil ya que los diuréticos no producen ningún efecto en la absorción de calorías. Como explicábamos en el caso de los laxantes, los diuréticos producen una pérdida de líquidos, en este caso mediante la producción de un exceso de orina y, por tanto, tienen un efecto de pérdida de peso pero dura muy poco tiempo. Cuando se toman en grandes cantidades, pueden producir desequilibrios en los fluidos y los electrolitos que suelen ser reversibles. Al igual que ocurría con los laxantes, las personas que dejan de tomar diuréticos después de haberlos utilizado por algún tiempo pueden experimentar una retención temporal de fluidos. Lógicamente no deben tomar diuréticos para librarse de esa retención porque, si lo hacen, se establecería un círculo vicioso.

### **EFFECTOS EN LA FERTILIDAD Y EL EMBARAZO**

Hasta ahora disponemos de escasa investigación sobre los efectos de los atracones en la fertilidad y el embarazo. Sabemos que la dieta y la pérdida de peso dificultan la fertilidad, un efecto que generalmente es reversible (ver cuadro página siguiente). La influencia de los atracones, por sí mismos, no ha sido estudiada por separado.

Parece poco probable que los atracones afecten al curso o al resultado del embarazo, aunque cuando se asocian con la obesidad, el riesgo de complicaciones como el aumento de tensión arterial se incrementa. Seguramente serán más peligrosas las conductas que se llevan a cabo para intentar controlar el peso, como la dieta extrema, los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos. Está bien establecido que, durante el embarazo, las mujeres con anorexia nerviosa tienen el riesgo de no ganar suficiente peso y pueden dar a luz bebés con peso excesivamente bajo, y lo mismo puede ocurrir en algunas madres con bulimia nerviosa. Los hallazgos de un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Minesotta sugieren que, entre las mujeres con bulimia nerviosa, el riesgo de embarazos que no llegan a término parece estar incrementado. No obstante, este hallazgo necesita ser confirmado con más estudios.

### **La Dieta como Causa de Esterilidad**

Algunas mujeres con esterilidad (no explicada por otras causas) hacen dietas estrictas. Un grupo de 29 de estas mujeres fueron remitidas a un programa de tratamiento para ganar peso y 26 de ellas aumentaron lo suficiente, aproximándose al peso ideal que les correspondía por su estatura. De las 26 que normalizaron su peso, 19 (el 73%) quedaron embarazadas a continuación, sin ningún otro tratamiento. Tres de ellas no aceptaron la idea de que la dieta pudiese ser responsable de su esterilidad. Ninguna de estas mujeres volvió a solicitar tratamiento.

*Fuente:* Bates GW, Bates SR y Whitworth NS. "Reproductive failure in women who practice weight control". *Fertility and Sterility* 1982; 37: 373-378

## CAPÍTULO 6

### Las Causas de los Problemas de Atracones

*EMPECÉ A TENER ATRACONES cuando tenía diecisiete años. Era una chica tímida y solitaria y tenía una autoestima muy baja. Cada atracón me hacía sentir peor, me hacía odiarme aún más. Me castigaba a mi misma con más y más comida y aumenté de peso rápidamente. Me aborrecía pero continuaba con mis actividades cotidianas, tratando de aparentar que todo era "normal".*

*Las circunstancias mejoraron y empecé a tener menos atracones, pero mis hábitos de alimentación seguían siendo caóticos y siempre estaba pensando en la comida. Nunca admití mi problema ante nadie; me justificaba negando lo que había comido o la cantidad ingerida.*

*Ahora, mirando hacia atrás, veo los años que he perdido (casi dieciséis) pensando continuamente en la comida y en lo gorda que estaba. Son muchos años desperdiciados, sintiéndome deprimida y odiándome a mi misma.*

Historias parecidas a esta nos llevan a plantearnos una pregunta obvia: ¿Qué es lo que hace que se desarrolle un problema de atracones y por qué persisten? Como explicamos en diversos apartados de este libro, no todos los problemas de atracones son tan severos o tan crónicos, pero cualquiera que haya sentido alguna vez el intenso malestar que acompaña a la pérdida de control sobre la ingesta, probablemente se habrá preguntado ¿por qué ocurre?.

Desgraciadamente, no existe una respuesta sencilla ni está totalmente claro por qué sucede. Nuestra comprensión sobre las causas de los problemas de atracones es aún limitada, pero lo que sí que podemos afirmar es que *no existe un único factor responsable*. De hecho, hemos encontrado una serie de factores psicológicos, sociales y físicos que pueden considerarse causantes de los problemas de atracones y, algunos de ellos, pueden ser tanto causas como consecuencias (ver capítulos 4 y 5). En este capítulo analizaremos con mayor profundidad estos factores. Obviamente no estarán todos presentes en cada persona afectada; pero hacer un repaso de lo que conocemos acerca de ellos puede proporcionar una perspectiva útil para comprender mejor cada problema individual, y por tanto también puede ayudar a lograr un tratamiento más eficaz.

### ¿POR QUÉ LAS CAUSAS ESTÁN TAN POCO CLARAS?

Como se explica en el capítulo 8 y en la segunda parte, los problemas de atracones raramente pueden ser resueltos de la noche a la mañana. No es un planteamiento realista el buscar una causa clara y simple, y esperar poder erradicarla con un método sencillo: por ejemplo, considerar los problemas de atracones como una adicción a ciertas comidas y recomendar la abstinencia a ellas (como defienden los llamados programas de doce-etapas que se comentan en el capítulo 7). No obstante, antes de que acabes desanimándote al ver cuán a menudo reconocemos en este capítulo que no sabemos ciertas cosas, te ayudaremos a comprender por qué las causas de los atracones son tan difíciles de desenmarañar. También te adelantamos algo esperanzador: aunque las causas de estos problemas no están del todo claras, se sabe mucho más acerca de cómo tratarlos (ver capítulo 8).

### Los Factores Implicados son Numerosos

Hay una serie de factores sociales, psicológicos y físicos, que desempeñan un papel parcial en el inicio de los problemas de atracones. En el capítulo 3 se mencionaba, por ejemplo, que la bulimia nerviosa ha emergido recientemente y sólo en ciertos países, lo cual sugiere que los factores ambientales juegan un importante papel como causa de este trastorno. Dado que ciertos factores ambientales, como los agentes infecciosos, han sido descartados parece lógico atribuirlos, al menos en parte, a factores sociales. También se ha constatado que entran en juego ciertos factores psicológicos como la baja autoestima o el perfeccionismo (descrito en capítulo 4) y, finalmente, tal como se explica en este capítulo, también se ha comprobado la influencia de factores genéticos hereditarios, lo que demuestra que la fisiología también juega un papel en el desencadenamiento y/o mantenimiento de la bulimia nerviosa.

### **Distintos Caminos Pueden Conducir a Estos Problemas**

La escasa investigación que se ha realizado sobre el desarrollo de los problemas de atracones sugiere que hay más de una forma de llegar a ellos. Existen al menos cuatro caminos:

**Camino 1.** Como mencionábamos anteriormente, está bien establecido que la bulimia nerviosa sigue muchas veces a la anorexia nerviosa; la cual, a su vez, está comúnmente precedida por la dieta:

Dieta → Anorexia nerviosa → Atracones → Bulimia nerviosa

Típicamente la persona empieza a hacer dieta y a perder peso hacia la mitad de la adolescencia a pesar de que, en muchos casos, no ha existido sobrepeso anteriormente. Cuando la pérdida de peso es extrema, esto lleva al desarrollo de la anorexia nerviosa. A veces, después de un tiempo variable, el control de estas personas sobre su ingesta empieza a quebrarse, iniciándose así los atracones. El control se deteriora progresivamente y el peso de la persona retorna gradualmente hasta llegar aproximadamente al nivel original.

**Camino 2.** Un camino bien diferente es el descrito por muchas personas con trastorno por atracones, particularmente aquellas con sobrepeso. Estas informan de haber tenido un problema de sobrepeso en su infancia, bastante antes de que empezaran a tener atracones. Para ellas la progresión parece ser desde la obesidad a hacer dieta y desde la dieta a los atracones:

Obesidad → Dieta → Atracones

Al contrario que en el camino 1, estas personas parecen haber empezado a hacer dieta como respuesta a su obesidad más o menos acusada.

**Camino 3.** El tercer camino hacia los atracones es probablemente menos común que los anteriores. Este es directo, sin pasar por la dieta. Se observa con mayor frecuencia en personas con diversos problemas del control de impulsos (ver capítulos 4 y 7). En estas personas el factor clave parece ser la puesta en marcha de conductas impulsivas dirigidas a relajar la tensión, y la dieta no parece jugar un papel significativo.

El momento exacto en que empieza el problema de peso en cualquiera de estas secuencias, parece variar de una persona a otra.

Ni el camino 2 ni el camino 3 presentan una fase en la cuál la persona tenga un peso significativamente bajo aunque, a veces, se puede perder una gran cantidad de peso como resultado de las dietas.

Aunque esos tres caminos son los más comúnmente referidos, es importante reconocer que, en algunas personas, se da una combinación de varios de ellos y que también pueden haber otras formas de llegar a los atracones.

### **El Curso de los Problemas de Atracones es Variable**

La tercera razón por la cuál es tan difícil conocer las causas de los atracones es que su curso varía de unas personas a otras. Para algunas, el problema dura un tiempo limitado y no hay recaídas; mientras que en otras, las recurrencias y recaídas son lo habitual. En otros casos el problema permanece de forma estable durante muchos años. Esto parece indicar que existen factores adicionales, muchas veces diferentes de aquellos que fueron responsables del inicio del problema, que entran en juego en el mantenimiento del mismo.

Los factores responsables de que un problema de atracones persista o remita, no están del todo claros. En el capítulo 4, hemos apuntado que la dieta estricta, el pensamiento todo o nada y la baja autoestima contribuyen a perpetuar los atracones. Como veremos en este capítulo, las dificultades en las relaciones interpersonales, así como determinados sucesos y circunstancias, también pueden influir en su mantenimiento.

### **Identificar las Causas: Un Problema Bipartito**

Como acabamos de señalar, los problemas de atracones pueden presentar un curso diferente en distintas personas. Por tanto, es importante identificar los factores responsables de que el problema se inicie y, por otro lado, los factores que hacen que se mantenga. Por ejemplo las circunstancias que llevan a las mujeres a hacer dieta durante la adolescencia parecen relevantes para el desarrollo de los problemas de atracones, ya que el hacer dieta suele anteceder al inicio de los atracones. Por su parte, los estresores vitales pueden tener mayor impacto después del inicio.

Así pues consideraremos dos cuestiones: 1) ¿por qué se inicia el problema de atracones?, y 2) ¿por qué persiste?, que nos llevarán a dividir los problemas de atracones en dos fases: la fase de desarrollo (hasta su inicio) y la fase de mantenimiento (después de su inicio).

Esta distinción no sólo nos ayuda a comprender el papel de todas las causas posibles, sino que también tiene importantes implicaciones prácticas para la prevención y el tratamiento de los problemas de atracones. Así, cuando el objetivo sea la prevención, la tarea será identificar aquellos factores que ejercen su influencia antes del inicio - durante la fase de desarrollo- e intentar detener su acción. Por el contrario, cuando el objetivo sea el tratamiento, serán los factores que influyen en el mantenimiento, los que deberán identificarse y superarse, para que el problema alimentario no persista ni recurra.

Por tanto, la cuestión global "¿cuáles son las causas de los problemas de atracones?" debe considerarse en dos apartados, cada uno de los cuales se analizará por separado en este capítulo:

1. ¿Qué factores aumentan o disminuyen el riesgo de desarrollar un problema de atracones?
2. ¿Qué factores incrementan o disminuyen la probabilidad de recuperarse, una vez que el problema de atracones se ha iniciado?

## FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DE LOS PROBLEMAS DE ATRACONES

Las circunstancias que se exponen seguidamente parecen influir en el inicio de los atracones, aunque hay que tener en cuenta que la investigación hasta la fecha es limitada, por lo que esta información es provisional.

### Factores Sociales

Como se explica en el capítulo 3 la bulimia nerviosa emerge en los años 70 y 80, en aquellas zonas del mundo donde la anorexia nerviosa está también presente: Norteamérica, Europa del norte, Australia y Nueva Zelanda. Como estos países tienen en común que es muy deseable para sus mujeres el estar delgadas y además, en ellos, el hacer dieta es algo muy común entre las jóvenes; se supone que los factores sociales que empujan a las mujeres a hacer dieta pueden contribuir al desarrollo de los problemas de alimentación. Entre estos factores hay uno que parece haber jugado un papel clave: el cambio en el aspecto de las modelos. La bulimia nerviosa emergió cuando se puso de moda el estar *extremadamente* delgada, como la popular modelo inglesa Twiggy.

La distribución geográfica del trastorno de atracones no ha sido estudiada aún, pero sería interesante averiguar si es la misma que la de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

### Sexo

El capítulo 3 expone el hecho de que, tanto la bulimia nerviosa como el trastorno por atracones son mucho más comunes en mujeres que en hombres, aunque esta disparidad entre los sexos parece ser menos marcada en el trastorno por atracones. (Para más información de los trastornos alimentarios en hombres, ver el libro compilado por el Dr. Arnold Andersen que puede encontrarse en *Lecturas Complementarias*). ¿Por qué las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de atracones? Una razón importante es, probablemente, el hecho de que hacer dieta es mucho más común en mujeres que en hombres y, como vamos a explicar seguidamente, el hacer dieta incrementa enormemente el riesgo de desarrollar un problema de atracones.

Esto nos lleva a plantearnos otra cuestión: ¿por qué el hacer dieta es más común en las mujeres que en los hombres? Hay varias razones: en primer lugar, las presiones sociales para estar delgadas se han centrado mucho más en las mujeres y, en segundo lugar, las mujeres son más propensas que los hombres a basar su sentido de autovalía en su apariencia. Estas actitudes tienen sus raíces en importantes cuestiones relacionadas con las diferencias en la socialización entre hombres y mujeres y con los roles conflictivos y competitivos de las mujeres en las sociedades occidentales. (para una perspectiva feminista sobre las causas de los problemas de atracones, ver el artículo de la Dra. Ruth Striegel-Moore de la Universidad de Wesleyan, incluido en *Lecturas Complementarias* y resumido en el cuadro de la página siguiente).

### Grupo Étnico

Como se mencionaba en el capítulo 3, cuando se contabiliza la incidencia de casos estudiando *muestras de pacientes en tratamiento*, en Estados Unidos la bulimia nerviosa es mucho más frecuente en las mujeres blancas que en las negras; pero está claro que las muestras de pacientes son objeto de sesgos; por ejemplo, es posible que las mujeres blancas busquen tratamiento con mayor frecuencia que las negras. Por el contrario, los estudios llevados a cabo en la población general (muestras comunitarias) sugieren que el trastorno por atracones ocurre por igual entre personas blancas o negras en Estados

### Feminidad y Atracónes: Una Perspectiva Social

En "Etiology of binge eating: A developmental perspective" (Etiología de los atracones: una perspectiva de desarrollo), Ruth Striegel-Moore describe cómo la forma en que las mujeres se definen a sí mismas y las expectativas que la sociedad les impone, se combinan para hacer a las mujeres en general y a las jóvenes en particular, vulnerables al desarrollo de los problemas de atracones.

Striegel -Moore afirma que la identidad o autoconcepto de una mujer se basa en la conciencia de sus características únicas pero "articuladas dentro del contexto de sus relaciones interpersonales significativas", lo cual hace a las mujeres particularmente vulnerables a las opiniones de los demás. Por otro lado como "el atractivo físico contribuye significativamente al éxito en el dominio social, no es sorprendente que las mujeres hagan de su apariencia y de su peso algo muy prioritario en sus vidas". Esto sigue siendo cierto en nuestros días, aunque los roles sociales de las mujeres parecen estar expandiéndose a más áreas; porque la imagen socialmente deseable, incluso en esos nuevos roles, sigue siendo la de mujeres jóvenes, delgadas y muy atractivas. Desgraciadamente los estereotipos persisten: "Las mujeres que se salen del papel tradicionalmente visto como femenino, a causa de su orientación política (por ejemplo, feministas) o a causa de su orientación sexual (por ej., lesbianas) son estereotipadas muchas veces, como físicamente desagradables".

El problema de estas definiciones de la identidad femenina, dice la autora, es que conducen a hacer dieta, lo cual puede llevar a los atracones. "Las chicas que se sienten inseguras acerca de su identidad, especialmente acerca de cómo son evaluadas por los demás, pueden centrarse en su apariencia física porque esto les proporciona una forma concreta de construirse una identidad"

De hecho, como afirma Striegel -Moore, "para la mayoría de chicas, el actual ideal de belleza femenina es biológicamente inalcanzable". Su maduración física les lleva a estar muy lejos de él. Cuando se enfrentan al fracaso en lograr este ideal a través de las dietas, es probable que estas chicas desarrollen una baja autoestima. Entonces empieza un círculo vicioso.

Fuente: Stiegel- Moore R.H. "Etiology of binge eating: A developmental perspective". En *Binge Eating: Nature, Assessment, and treatment*. Compilado por C.G. Fairburn y G.T. Wilson, Guilford Press, Nueva York, 1993.

Unidos. No obstante, estos resultados necesitan ser confirmados porque hasta ahora, esos estudios tienen importantes déficits, especialmente en cuanto a la evaluación de los atracones.

### Clase Social

Por lo que se refiere a *las muestras clínicas*, existen evidencias de que la mayoría de personas con bulimia nerviosa proceden de las clases media y alta, más que de la clase baja. Pero, una vez más, esto puede significar que los de clase media o alta es más probable que busquen tratamiento.

La distribución del trastorno por atracones en cuanto a clase social aún no se ha investigado en forma fiable.

### Edad

Hay muchas evidencias, (tal como se ilustra en la figura 13), de que los problemas de atracones suelen iniciarse en la adolescencia o en el inicio de la vida adulta. El inicio en esta edad puede deberse a que el hacer dieta entre las mujeres, es particularmente común en estas edades. El motivo por el que se hacen más dietas en estas edades, puede derivar de dos cuestiones: 1) que, como hemos mencionado antes, las mujeres son más propensas que los hombres a juzgar su autovalía en términos de su apariencia; sobre todo en esas edades, y 2) que, en la pubertad, muchas mujeres jóvenes desarrollan una figura corporal que se aleja bastante del ideal actual, puesto de manifiesto en las formas corporales de los modelos de éxito. No es sorprendente, que una mujer joven cuyo desarrollo corporal no se parece a ese ideal, se esfuerce en intentar lograrlo a través de la dieta.

Otro factor relacionado con la edad es que la adolescencia, como sabemos, supone importantes desafíos con cambios en la apariencia, fluctuaciones en el estado de ánimo, y cambios en los roles y expectativas sociales. Los adolescentes con los rasgos de perso-

nalidad que se cree que predisponen a desarrollar problemas de atracones (ver más adelante, en este capítulo, "Características de Personalidad") son particularmente propensos a experimentar una sensación de pérdida de control, y algunos encuentran que hacer dieta les ayuda a restablecer ese sentido de autocontrol. Además, como es una forma de conducta considerada socialmente aceptable por la gente de su edad, les proporciona una fuente tangible de logro que les ayuda a sentirse seguros de sí mismos. Desde su punto de vista, el hacer dieta les proporciona una sensación de autocontrol mayor que cualquier otra cosa, y esto puede permanecer así durante años.

También parecen relevantes ciertos cambios de vida dependientes de la edad, por ejemplo, dejar el hogar para ir a la Universidad. De hecho, es frecuente que los problemas de alimentación se inicien o empeoren en esa época y es fácil comprender por qué ocurre así, ya que se trata de una transición estresante y, además, para algunos adolescentes es la primera vez que tienen un control pleno acerca de su alimentación. Por tanto, algunos empiezan una fase de subalimentación descontrolada, mientras que otros comen en exceso y aumentan significativamente de peso.

## **Obesidad**

Como mencionábamos en el capítulo 5, actualmente sabemos que el peso y la figura están fuertemente determinados por factores genéticos. Los hallazgos de la investigación sugieren que las personas que desarrollan bulimia nerviosa pueden tener un riesgo incrementado de obesidad. Esta suposición se basa en la observación de que muchos tienen una historia de sobrepeso en la infancia y en el hecho de que existe una tasa más elevada (que en la población general) de obesidad entre los familiares. Naturalmente esta vulnerabilidad hacia la obesidad es probable que les lleve a hacer dieta, dadas las presiones sociales antes mencionadas. Además, tener a un familiar con un problema significativo de peso puede sensibilizar a la persona al temor a engordar, llevándola a luchar para evitarlo mediante la dieta. No disponemos de datos similares con respecto al trastorno por atracones pero parece estar bastante relacionado con la obesidad.

## **Trastornos y Problemas de Alimentación Dentro de la Familia**

Diversos estudios han hallado que los trastornos de alimentación tienen una mayor incidencia familiar, es decir, los familiares de un paciente con un trastorno de alimentación tienen mayor probabilidad (que la población general) de padecer problemas o trastornos alimentarios. Esto puede deberse a factores hereditarios (genéticos) y la mejor forma de investigar esta posibilidad es examinando las tasas de problemas alimentarios en pares de gemelos idénticos y no idénticos. Los gemelos idénticos tienen los mismos genes por lo que tendrían el mismo riesgo si el trastorno fuese hereditario, mientras que los gemelos no idénticos comparten sólo la mitad de sus genes, igual que los hermanos no gemelos. El mejor estudio de gemelos que se ha llevado a cabo hasta la fecha (ver cuadro página 63) muestra que existe una influencia genética significativa en la bulimia nerviosa, pero no sabemos exactamente qué es lo que se hereda. Existen muchas posibilidades, desde la tendencia a tener un peso particular, las respuestas biológicas y psicológicas al hecho de hacer dieta, o ciertos rasgos de personalidad. Hasta ahora no se han realizado estudios de gemelos con trastorno por atracones.

El hecho de que los trastornos de alimentación se den con más frecuencia en determinadas familias no indicaría necesariamente que los factores hereditarios sean total o parcialmente responsables. Su mayor incidencia en determinadas familias también podría deberse a que algunos miembros de la familia "contagien" a otros. Para tratar de hallar la posible contribución de este "contagio" de actitudes problemáticas a través de la convivencia familiar, se han realizado una serie de estudios acerca de las actitudes y

QUITÉ EL GRAFICO DE ESTA PÁGINA PORQUE OCUPABA MUCHO ESPACIO

**Figura 13.** Edad de comienzo de los problemas de atraques (BN=bulimia nerviosa; TPA=Trastorno por atraques)

### **El Estudio de Gemelas de Virginia**

Este estudio es, con mucha diferencia, la investigación más amplia llevada a cabo con gemelos para estudiar trastornos de alimentación. Se hicieron entrevistas a 1033 pares de gemelas, identificadas a través del registro de gemelos de Virginia (perteneciente al registro de todos los nacimientos del Estado de Virginia). Las entrevistas se diseñaron para identificar a aquellas gemelas que tuviesen bulimia nerviosa o algún problema parecido. La edad media de las gemelas entrevistadas era de 30 años.

Se halló que la tasa de concordancia entre gemelas idénticas (que tenían los mismos genes) excedía enormemente al que se daba en gemelas no idénticas (que no comparten más genes que los hermanos corrientes). En otras palabras, si un miembro de una pareja de gemelas idénticas tenía bulimia nerviosa, era mucho más probable que su otra hermana tuviese trastorno, que en el caso de gemelas no idénticas

Este hallazgo supone una fuerte evidencia de que los factores genéticos juegan un papel en las causas de la bulimia nerviosa.

*Fuente:* Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R y Heath A, Eaves L. "The genetic epidemiology of bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148, 1627-1637

### **Madres, Hijas, y Alteraciones en la Alimentación**

Se identificaron dos grupos de madres e hijas en base a las puntuaciones de las hijas en un cuestionario ampliamente utilizado para medir trastornos alimentarios. Uno de los grupos se formó con quienes habían obtenido puntuaciones más altas y otro con las que habían obtenido puntuaciones más bajas. La edad media de las hijas fue de 16 años y la de las madres de 43 .

Las madres de las chicas con trastorno de alimentación diferían de las del otro grupo de madres en los siguientes aspectos de interés:

- 1.- Presentaban más trastornos de alimentación.
- 2.- Pensaban que sus hijas deberían perder más peso.
- 3.- Eran más críticas con respecto a la apariencia de sus hijas.

Estos hallazgos sugieren que la transmisión del trastorno de alimentación dentro de las familias puede deberse, al menos en parte, al "contagio"; es decir, a la influencia de ciertas actitudes problemáticas de las madres.

*Fuente:* Pike KM y Rodin J. "Mothers, daughters, and disordered eating". *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 198-204

conductas relacionadas con los alimentos, la ingesta, la figura y el peso; entre los familiares de personas con trastornos de alimentación. Hasta la fecha estos estudios se han centrado en los casos de anorexia nerviosa, y los hallazgos son muy variables: algunos han encontrado altas tasas de conductas y actitudes inusuales, mientras que otros no.

En la práctica clínica es frecuente observar aparentes "contagios", por ejemplo las madres que presionan a sus hijas para que se unan a ellas en hacer dietas.

### **Trastornos Psiquiátricos Dentro de la Familia**

Se ha estudiado la posibilidad de que los trastornos psiquiátricos en familiares puedan constituir un factor de riesgo para los trastornos de alimentación. La mayor parte de este trabajo se ha centrado en pacientes con anorexia nerviosa, aunque también existen algunos estudios acerca de la bulimia nerviosa. Las familias de personas con trastornos por atracones aún no se han investigado.

El trastorno psiquiátrico más ampliamente estudiado en este área, es con mucha diferencia la depresión. Los hallazgos sugieren que la existencia de casos de depresión con intensidad clínica, dentro de una familia, incrementa el riesgo de que las hijas puedan desarrollar un problema de alimentación. Aún no conocemos con seguridad qué mecanismo es el responsable. Puede deberse a una anomalía biológica subyacente, por ejemplo a un defecto en la regulación de la serotonina -un neurotransmisor que está involucrado tanto en la depresión como en el control de la ingesta- (ver capítulo 5). Pero esa relación también podría explicarse, por ejemplo, por la influencia de haber sido criado por un padre o madre depresivos durante la infancia.

Otra psicopatología, cuya relación con los problemas de atraques también ha sido estudiada es el abuso de sustancias psicoactivas (por ejemplo, el abuso de alcohol o drogas). Pero, tal como explicaremos en el capítulo 7, no se ha hallado ninguna asociación específica entre la bulimia nerviosa y el abuso de sustancias. Por lo que se refiere al trastorno por atraques, se supone que puede existir una fuerte asociación entre este y el abuso de sustancias, pero aún no se ha investigado.

### **Trastornos Psiquiátricos Infantiles**

Como explicábamos en el capítulo 4, las personas con bulimia nerviosa presentan a menudo sintomatología depresiva de intensidad clínica; pero esto parece, generalmente, una consecuencia del problema de atraques y de hecho suele coincidir o seguir al inicio del problema de alimentación. Sin embargo, trabajos recientes de mi grupo en Oxford, indican: que en las personas con bulimia nerviosa, es frecuente haber estado deprimidas *antes* del inicio de su problema alimentario, y que el inicio temprano de la depresión incrementa el riesgo de desarrollar bulimia nerviosa. La relación entre los problemas de atraques y otros trastornos psiquiátricos infantiles no se ha estudiado en forma adecuada.

### **Sucesos o Experiencias Traumáticas Durante la Infancia**

Los clínicos que trabajan con pacientes con problemas de atraques, encuentran que es común que estas personas hayan vivido sucesos traumáticos durante la infancia, como muertes, separaciones, relación problemática entre sus padres, enfermedades físicas, rechazo social y una mezcla de varios de esos problemas. Sin embargo, aún no está claro si estos sucesos son más frecuentes entre estos pacientes que en quienes padecen otros trastornos psiquiátricos.

El abuso sexual es el suceso traumático que se ha estudiado con más detalle. Inicialmente se pensaba que la tasa de abuso sexual infantil era especialmente alta entre personas con bulimia nerviosa. Sin embargo, la investigación llevada a cabo en la Universidad de Leicester en Inglaterra sugiere que la tasa de abuso sexual infantil entre pacientes con trastorno de alimentación, no es más alta que en pacientes con otros trastornos psiquiátricos (ver cuadro página siguiente). Un estudio de mi grupo en Oxford compara las tasas de abuso sexual entre tres grupos reclutados directamente de la comunidad: mujeres sin ningún trastorno psiquiátrico, mujeres con un trastorno psiquiátrico no alimentario y mujeres con bulimia nerviosa. Dado que los tres grupos fueron obtenidos de muestras comunitarias, el posible efecto de sesgo que se produce cuando se estudia sólo a las personas que buscan tratamiento, queda eliminado. Los hallazgos de este estudio indican que existe una mayor incidencia de abuso sexual infantil entre las personas que desarrollan después un trastorno de la alimentación, que en las mujeres que no tienen ningún trastorno psiquiátrico. Sin embargo, no parece existir una relación específica, ya que las personas con otros trastornos psiquiátricos tienen la misma probabilidad de haber sufrido abusos sexuales en el pasado. Por tanto, los datos conocidos sugieren que las mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia tienen un riesgo incrementado de tener alteraciones psiquiátricas en general, no de trastornos

alimentarios en particular. Aunque estos hallazgos indican que el abuso sexual no parece tener un papel específico importante en el desarrollo de los trastornos alimentarios, esto no disminuye la importancia del abuso sexual como posible factor etiológico en algunos casos individuales.

### **Abusos Sexuales y Trastornos de Alimentación**

En el primer estudio llevado a cabo para comprobar esta posible relación, los investigadores de la Universidad de Leicester en Inglaterra compararon las tasas de abuso sexual infantil entre: mujeres en tratamiento por trastornos de alimentación y mujeres tratadas por otros trastornos psiquiátricos.

El estudio se llevó a cabo en dos etapas. En la primera, las pacientes completaron un cuestionario en el que se les preguntaba si habían experimentado en la infancia sucesos que podían haber constituido abuso sexual. Después, cada una fue entrevistada por una investigadora para clarificar la naturaleza de dichos sucesos.

Se halló que el 31% de mujeres con trastornos de alimentación había experimentado algún suceso de ese tipo, en comparación con el 50% de mujeres con otros trastornos psiquiátricos. Considerando separadamente tales sucesos según su naturaleza, la persona que los perpetró y la edad en que los habían sufrido, no cambiaba el patrón general de estos hallazgos.

Los resultados sugieren que la tasa de abuso sexual en la infancia no es mayor entre las personas con trastornos de alimentación que entre quienes sufren otros trastornos psiquiátricos. Este hallazgo ha sido confirmado después por otros grupos de investigación.

*Fuente:* Palmer RL y Oppenheimer R. "Childhood experiences with adults: A comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses". *International Journal of Eating Disorders* 1992; 12: 359-364.

### **Características de Personalidad**

Como mencionábamos en el capítulo 4, las personas con ciertas características de personalidad parecen particularmente propensas a desarrollar problemas de atracones. La mayor parte de la investigación sobre este tema se ha centrado en pacientes con anorexia nerviosa y, por tanto, los hallazgos son más relevantes para la bulimia nerviosa que para el trastorno por atracones.

Parece que las personas que acaban desarrollando anorexia nerviosa, en su infancia son inusualmente sumisas y escrupulosas. A menudo suelen tener problemas de timidez y pueden tener dificultades en relacionarse con sus compañeros. Además tienden a ser competitivas y orientadas hacia el logro<sup>\*</sup>, lo que les lleva a plantearse metas elevadas e intentar conseguir las a toda costa. Estos rasgos específicos parecen ser los precursores de la baja autoestima y del perfeccionismo que se observa en muchos pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La experiencia clínica a menudo confirma estos hallazgos. El Dr. Michael Strober de UCLA, una autoridad en trastornos de personalidad y en trastornos alimentarios, ha afirmado que la investigación detallada del mundo interior de estos pacientes revela: "el miedo omnipresente de parecer débil, inadecuado y mediocre; la incapacidad de hallar placer en el ocio; el rechazo a afrontar riesgos e innovaciones, a emprender acciones espontáneas y deshinibidas, o a hacer valer sus sentimientos, y la vivencia de sus impulsos y deseos como un despilfarro que les distrae del *principal objetivo* consistente en lograr metas elevadas". El Dr. Strober afirma que este tipo de rasgos de personalidad produce como resultado un estado de vulnerabilidad; es decir, una predisposición a caer en problemas psicopatológicos al afrontar las demandas evolutivas de la adolescencia.

<sup>\*</sup> La orientación hacia el logro es un rasgo de personalidad consistente en una elevada motivación por conseguir el éxito o la excelencia (nota del t.)

Las características de personalidad de quienes padecen un trastorno por atracones no se han estudiado hasta ahora, pero nuestro trabajo con estos pacientes nos muestra algunos de estos mismos rasgos. En particular, las personas con trastorno por atracones parecen tener problemas de falta de asertividad y de baja autoestima.

Como mencionábamos antes, hay un subgrupo entre los pacientes con problemas de atracones que presenta dificultades en el control de los impulsos a nivel general y, a menudo, estas dificultades son ya evidentes en la infancia.

## Hacer Dieta

En el capítulo 4 hemos iniciado el análisis de la relación entre atracones y dietas, y hemos señalado que ambos forman parte de un círculo vicioso que tiende a automantenerse. Pero además, hacer dieta también incrementa el riesgo de que se inicie un problema de atracones; de hecho, parece el principal factor de riesgo. Por ejemplo, un estudio (ver cuadro siguiente) mostró que, entre las adolescentes, las que hacen dieta tienen una probabilidad ocho veces mayor de desarrollar bulimia nerviosa que las que no la hacen. No obstante, sabemos que la mayoría de los que hacen dietas no desarrollan problemas alimentarios, por lo que otros factores, probablemente similares a los que hemos mencionado antes, deben combinarse con las dietas para incrementar el riesgo de desarrollar problemas de atracones. También es posible que sólo algunas formas de hacer dieta constituyan un factor de riesgo que predispone a tener problemas de atracones.

## El Asunto Clave: No Existen Causas Únicas

*No hay una única causa para los problemas de atracones.* No obstante parece que, en muchos casos, la dieta desempeña un papel muy importante y directo en causar los atracones (ver capítulo 4). Así, si consideramos la dieta como un importante factor causal de los atracones esto podría explicar: la distribución geográfica de la bulimia nerviosa, el hecho de que las mujeres tengan un mayor riesgo de tener problemas de atracones, y la edad de inicio de estos problemas, ya que todas esas circunstancias tienen en común el que en ellas son más frecuentes las dietas. No obstante, sabemos que los atracones no *siempre* son precedidos por las dietas y que, además, no todos los que hacen dietas desarrollan problemas de atracones. Esto significa que otros factores -sociales, psicológicos o físicos, por sí mismos o en combinación con las dietas- desempeñan también un papel decisivo en el desencadenamiento de los problemas de atracones.

### La Dieta Como Factor De Riesgo

176 chicas de 8 escuelas estatales de Londres fueron entrevistadas en dos ocasiones con un intervalo de 12 meses. En la primera ocasión, su edad media era de 15 años y se juzgó que un tercio (el 35%) hacía dieta.

Cuando se les volvió a evaluar, 12 meses después, se halló que un número significativo de las que hacían dieta según la entrevista del año anterior, habían desarrollado bulimia nerviosa. Los investigadores calcularon que las que hacían dieta tenían una probabilidad ocho veces mayor de desarrollar este trastorno que las que no la hacían.

*Fuente:* Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH y Wakeling A. "Abnormal eating attitudes in London schoolgirls. A prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up". *Psychological Medicine* 1990; 20:383-394.

## **FACTORES RELACIONADOS CON EL MANTENIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ATRACONES**

Existe escasa investigación acerca de cómo los problemas de atracones cambian a través del tiempo y de qué factores influyen en su curso. Por tanto, es difícil saber con certeza cuáles son los factores responsables de que persistan, de que cesen o de que se recaiga en ellos una vez superados. No obstante, sabemos que algunos juegan un importante papel.

### **Dietas**

En el capítulo 4 se describen diferentes formas en que las dietas predisponen a tener atracones. Si la forma de hacer dieta es "extrema" (se restringe mucho la cantidad de comida) pueden surgir fuertes presiones fisiológicas para comer, y si la dieta es "estricta" (si quien la hace tiene metas demasiado restrictivas y mantiene una actitud perfeccionista para cumplirlas) la persona que la hace tenderá a oscilar entre la dieta y el atracón, cada uno de los cuales promueve al otro. A través de estos mecanismos, el hacer dieta parece mantener los problemas de atracones. Es por esta razón por la que muchos tratamientos se centran en eliminar o moderar las dietas (ver capítulo 8 y segunda parte). Paradójicamente, la dieta parece desencadenar episodios de sobreingesta incluso en personas que no tienen atracones. Un amplio cuerpo de investigación de laboratorio ha identificado entre las personas que hacen dieta, el llamado efecto de contrarregulación -la tendencia de quienes hacen dieta a abandonarla y comer en exceso bajo una serie de circunstancias-.

Entre los diversos factores que empujan a hacer dieta, los más importantes parecen el deseo de ejercer autocontrol (ya mencionado antes) y la preocupación excesiva por la apariencia y el peso. Esta preocupación por la figura y el peso está fomentada por la moda que impera en la sociedad occidental actual, que exige tener una figura corporal delgada. Las personas que han tenido sobrepeso en el pasado, es particularmente probable que hagan dieta por miedo a recuperar el peso perdido y sus esfuerzos pueden ser reforzados por sus familiares y amigos.

### **Vómitos y Abuso de Laxantes**

Estos dos métodos para controlar el peso tienden también a facilitar los atracones porque la creencia en su eficacia neutraliza al principal factor disuasor de los atracones: el temor de ganar peso. En la bulimia nerviosa, en la que son habituales estos métodos, se instauran una serie de círculos viciosos que interactúan entre sí promoviendo la continuidad de los atracones (ver figura 14). Esto se ha analizado en el capítulo 4.

### **Relaciones Interpersonales, Sucesos y Circunstancias**

Una gran variedad de sucesos y circunstancias pueden influir en el curso de los problemas de atracones. Las relaciones interpersonales son particularmente importantes. Por ejemplo, establecer una relación íntima y afectuosa con una pareja, puede mejorar la autoestima, reducir las preocupaciones acerca del peso y la figura, y eliminar algunas fuentes de estrés, y por tanto favorecer la recuperación. La ruptura de una relación puede tener el efecto opuesto. Aunque no disponemos de hallazgos suficientes, la investigación que se está realizando en Oxford puede darnos más información sobre este tema en el futuro.

### **Embarazo**

Como se ha explicado en el capítulo 4, el embarazo tiene un efecto especialmente relevante en los problemas de atracones. Algunas mujeres embarazadas se preocupan mucho menos por su peso y, por tanto, no sienten tanta necesidad de restringir sus comidas. Además, el temor de dañar al feto puede llevarlas a dejar la dieta. Esta reducción de la tendencia a hacer dieta durante el embarazo puede explicar el hallazgo de que los problemas de atracones tienden a mejorar durante el embarazo y de que muchas veces desaparecen por completo. Desgraciadamente, muchas de estas mujeres vuelven a hacer dieta poco después del parto, y esto puede explicar en parte, por qué la recaída es tan común.



Figura 14 Círculos viciosos que mantienen los atracones

### EL DESEO DE CAMBIAR

Como mencionábamos antes, lamentablemente se ha realizado poca investigación acerca de los factores que influyen en el curso de los problemas de atracones. Esta investigación es necesaria no sólo para mejorar nuestra comprensión de estos problemas sino también para ayudar a desarrollar nuevas aproximaciones de tratamiento (ver capítulo 8).

Los factores que hemos revisado no constituyen una enumeración exhaustiva. De hecho, en la enumeración de factores que contribuyen a la permanencia de los problemas de atracones nos falta señalar un factor crucial: la motivación para cambiar. Algunas personas parecen tener un escaso deseo de cambiar; aceptan su problema de atracones, ajustando su vida para acoplarla a él, y en tales casos el problema tiende a persistir. Por el contrario, otras personas toman la decisión de cambiar, de empezar de nuevo, y llama la atención constatar cómo algunas de las que toman esta firme decisión son capaces de cambiar por sí mismas. Otras, sin embargo, aunque se lo propongan no pueden superarlo por sí mismas y necesitan ayuda externa.

No se ha estudiado qué es lo que estimula a la gente a decidirse a cambiar pero debería estudiarse. Una de mis expectativas, como autor de este libro, es que pueda servir como estímulo para decidirse a cambiar, a los lectores con problemas de atracones.

## CAPÍTULO 7

## Atracones y Adicciones

CUANDO EN EL CAPÍTULO 6 CONSIDERÁBAMOS las causas de los atracones, no hemos tenido en cuenta una cuestión: ¿son los atracones una adicción?. Aunque nunca hayas experimentado la pérdida de control asociada con los atracones, puede que te hayas planteado esta pregunta y quizá hayas leído algo acerca de ello, sobre todo si vives en Estados Unidos donde el asunto ha recibido la máxima atención. Al haberse introducido ampliamente en la opinión pública términos como "*sobreingesta compulsiva*", o *adicto a la comida*, no es sorprendente que la consideración de los atracones como una forma de adicción haya llegado a ser popular. De hecho, esta teoría tiene muchos seguidores y es la base de programas de tratamiento bastante conocidos. Por tanto, es importante clarificar si la conducta adictiva puede estar involucrada en los atracones ya que, de no ser así, las pautas de tratamiento basadas en esa premisa podrían no ser adecuadas ni eficaces. Para aclarar estos puntos, este capítulo se centrará en tres cuestiones principales:

- 1) ¿Es apropiado considerar los atracones como una adicción?
- 2) ¿Existe alguna relación entre las verdaderas adicciones, como el abuso de drogas o alcohol, y los atracones?
- 3) Nuestro conocimiento sobre el tema, ¿qué nos indica acerca de cómo deben tratarse los problemas de atracones?

### LA TEORÍA DE LOS ATRACONES COMO UNA ADICCIÓN

Los comedores compulsivos anónimos creemos que la sobreingesta compulsiva es una enfermedad en tres niveles: físico, emocional y espiritual. La vemos como una adicción que, al igual que el alcoholismo o el abuso de drogas, puede ser controlada pero no curada.

Octavilla de comedores compulsivos anónimos  
(Over eaters anonymous).

Según la teoría que considera que los atracones son una forma de adicción -denominada "modelo" adictivo de los atracones- estos son el resultado de una enfermedad subyacente, similar a la que da lugar al alcoholismo. Las personas que tienen atracones serían biológicamente vulnerables a ciertas comidas (típicamente azúcares y féculas) que son consideradas como tóxicas, y como resultado se convierten en "adictos" a ellas. Los individuos vulnerables son incapaces de controlar la ingesta de estas comidas y, por tanto, su consumo va aumentando con el tiempo. Dado que su vulnerabilidad está biológicamente determinada, nunca pueden ser curados de este problema (o "enfermedad"): más bien deben aprender a aceptarlo y a adaptar sus vidas a él. ¿Es válido el modelo de adicción? Como afirma el Dr. G. Terence Wilson, "el concepto de adicción ha sido degradado por un uso promiscuo e impreciso para describir casi cualquier forma de conducta repetitiva". Se habla de "adictos al amor" o de "adictos a la televisión". El resultado es que no está muy claro qué significa ser adicto. Cuando la palabra se utiliza en esta forma tan amplia y tan vaga, de la mayoría de nosotros podría decirse que somos "adictos" a una cosa u otra. Resulta pues obvio que debemos ser particularmente cautos al definir los atracones, o cualquier otra conducta, como adicción.

No obstante, existen algunas similitudes entre los atracones y las adicciones clásicas como el alcohol o el abuso de drogas, y mucha gente se fija en esas similitudes para apoyar el modelo de adicción de los atracones. Se basan en que, tanto en las conductas de abuso de alcohol o drogas como en los atracones, la persona:

- experimenta un impulso o ansia por llevar a cabo la conducta problemática.
- siente una pérdida del control sobre esas conductas.
- está preocupada y piensa constantemente en ellas.
- puede utilizar esas conductas para reducir la ansiedad y evadirse de emociones negativas.
- niega la gravedad del problema.
- intenta guardarlo en secreto.
- persiste en esa conducta, pese a sus efectos adversos.
- a menudo hace repetidos intentos infructuosos para dejarla.

Pero, estas similitudes son superficiales. Tienen interés y son de alguna relevancia para el tratamiento -por ejemplo la ejecución de esas conductas para reducir la ansiedad- pero el hecho de que dos cosas tengan algunas similitudes o de que tengan propiedades en común, no significa que sean lo mismo. Sin embargo, algunas aproximaciones se centran exclusivamente en estas similitudes y esto es peligroso porque distrae nuestra atención de las diferencias que también existen entre ambos tipos de conductas, diferencias que son cruciales tanto para la comprensión del problema como para conseguir un tratamiento eficaz. Veamos algunas de las diferencias que existen entre los atracones y el abuso de sustancias, diferencias que son más obvias en el caso de la bulimia nerviosa:

- *El impulso inherente de evitar esta conducta.* Las personas con bulimia nerviosa están intentando, continuamente, restringir su ingesta (ver capítulo 4). Lo que más les altera de los atracones, es que estos representan un fracaso en controlar la ingesta, y suponen el riesgo de ganar peso. No se da un fenómeno equivalente en el consumo de alcohol o las drogas. Los que abusan del alcohol, no tienen ese impulso inherente a evitarlo en contra del cual se produzcan episodios de beber en exceso. De hecho, un objetivo básico en los programas de tratamiento de la adicción al alcohol es instaurar en el adicto la determinación de no emprender la conducta adictiva. En la bulimia nerviosa, por el contrario, esa determinación ya existe, en forma de un fuerte deseo de controlar el consumo de comida y ese impulso a controlar la ingesta es, en sí mismo, un problema que hay que eliminar en el tratamiento (ver capítulo 8 y segunda parte).
- *Miedo de realizar la conducta.* En la bulimia nerviosa, además del impulso a hacer dieta, se dan un conjunto de actitudes hacia el peso y la figura corporal, caracterizadas por un intenso miedo a engordar o ganar peso y, en algunos, esto ocurre a pesar de estar delgados. Los temas referidos a la apariencia y al peso dominan a estas personas (ver capítulo 4), que juzgan su autovalía casi exclusivamente en términos de su apariencia y peso, por lo que no es de extrañar que estas actitudes jueguen un importante papel en el mantenimiento del trastorno (ver capítulo 6). Esto no tiene un fenómeno equivalente en el abuso del alcohol donde los alcohólicos, no muestran temor a volver a beber y no persiguen el estar sobrios.

En otras palabras, el deseo de *restringir* la ingesta facilita los atracones en las personas con bulimia nerviosa; mientras que los adictos a las drogas no se hacen vulnerables al abuso de estas *como consecuencia* de su deseo de evitarlas. Los diferentes mecanismos involucrados en los atracones y en el abuso de sustancias hacen que tengamos que adoptar enfoques diametralmente opuestos para su tratamiento: en el tratamiento de los atracones debemos centrarnos en *moderar* su tendencia a evitar ciertas comidas, mientras que en el tratamiento de las adicciones debemos centrarnos en *instaurar o fortalecer su resolución de evitarlas*.

No obstante en algunas personas, concretamente en quienes padecen un trastorno por atracones, pueden darse estos sin que se hagan dietas intensas. Los atracones de estas personas, muchas de las cuales tienen sobrepeso, no están desencadenados por la dieta, -o al menos no en la misma medida- y parecen más determinados por sus dificultades para manejar el estrés. En ellos, quizá existe un mayor solapamiento entre los

mecanismos que les llevan a los atracones y los mecanismos que llevan a otros al abuso de alcohol o drogas.

## LA RELACIÓN ENTRE LOS ATRACONES Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Aunque los atracones no sean en sí mismos una adicción, ¿las similitudes entre atracones y abuso de sustancias indican una relación entre ambos problemas?. ¿Podrían estar causados ambos por una misma anomalía subyacente?. Para responder a estas cuestiones se han realizado estudios dirigidos a determinar con qué frecuencia y bajo qué circunstancias, aparecen ambos problemas en una misma persona.

### Abuso de Sustancias en Personas con Problemas de Atracones

Aunque los defensores del modelo de adicción para explicar los atracones suelen afirmar que las tasas de abuso de alcohol y drogas son desproporcionalmente altas entre las personas con problemas de atracones, los hallazgos de la investigación han sido inconsistentes. Por ejemplo, los doctores de la Universidad de Minnesota han encontrado que más de un tercio de sus pacientes con bulimia nerviosa tienen una historia de problemas con el alcohol u otras drogas; pero entre los pacientes de Oxford, esta asociación se halla sólo en alrededor del 10% de bulímicos. Antes de que podamos decidir cual de estas tasas (o quizá otra intermedia) es más realista, analicemos a qué pueden deberse estas discrepancias:

- 1.- Las diferentes tasas halladas pueden ser resultado de diferencias en los servicios de tratamiento locales. Por ejemplo, el grupo de Minnesota es bastante conocido por sus investigaciones acerca del abuso de sustancias y, por tanto, esto puede haber atraído a un número desproporcionado de personas que tengan ambos problemas, habiendo obtenido así un porcentaje distorsionadamente inflado de cuan a menudo se producen ambos problemas conjuntamente.
- 2.- La discrepancia también puede ser el resultado de diferencias en las tasas relativas de abuso de alcohol y drogas en la población general local. Por ejemplo, si alrededor de un tercio de la población general de Minnesota abusase del alcohol o las drogas y, sin embargo, solamente un 10% de la población general de Oxford tuviese este problema, la discrepancia podría estar causada simplemente por la diferencia existente en los lugares donde viven los dos grupos de pacientes.

Como no disponemos de esos datos, no podemos determinar a qué se deben las discrepancias halladas.

El conjunto de datos disponibles parece sugerir que la tasa real de abuso de alcohol y drogas entre los pacientes con bulimia nerviosa estaría a mitad de camino entre las tasas halladas en los dos estudios citados, es decir, alrededor del 20%. Para decidir si ese 20% puede ser considerado como de "alta incidencia" aún debemos considerar otros factores:

- 1.- Los porcentajes obtenidos por los investigadores se basan en *pacientes* con bulimia nerviosa (esto es, aquellos que han buscado tratamiento). No sería sorprendente que estos pacientes tengan tasas de abuso de alcohol y drogas más altas que otros individuos con bulimia que no han buscado ayuda, ya que las personas que tienen ambos problemas es más probable que busquen ayuda que aquellas que tienen sólo uno.
- 2.- Para determinar si existe una asociación *específica* entre el abuso de alcohol y drogas y los problemas de atracones, tendremos que conocer las tasas de abuso de alcohol y drogas entre los pacientes afectados por otros problemas psicológicos como la ansiedad o la depresión. Si la tasa de abuso de alcohol y drogas es elevada

entre los pacientes con problemas de atracones pero fuese igualmente elevada entre los pacientes con ansiedad o depresión, la asociación entre los problemas de atracones y el abuso de alcohol o drogas no podría ser considerada específica. En otras palabras, aquellos que tienen problemas psicológicos de cualquier tipo, serían propensos al abuso de alcohol o drogas.

- 3.- Además, el hecho de que la tasa de abuso de alcohol y drogas sea relativamente alta entre los pacientes con bulimia nerviosa dependerá de cuál sea la tasa de personas con abuso de alcohol y drogas en la población general. Así, una tasa del 20% de personas con abuso de alcohol o drogas entre pacientes con bulimia nerviosa tendrá implicaciones muy diferentes si las comparamos con tasas en la población general que, según diferentes estudios, pueden ir del 5% al 20% o incluso llegar al 50%.

Sólo existe una forma de clarificar este asunto: el estudio de las tasas de coexistencia de estos problemas utilizando muestras de la población general en lugar de muestras de pacientes. Mis colegas de Oxford y yo estamos realizando un estudio de este tipo, pero sus resultados aún no están disponibles.

De momento, no existen suficientes bases para concluir que el abuso de alcohol y de drogas sea especialmente común entre las personas con atracones y, desde luego, no existen fundamentos para afirmar que exista una asociación específica entre ambos problemas.

### **Problemas de Atracones en Personas con Problemas de Abuso de Sustancias**

Si existe una asociación específica entre atracones y abuso de sustancias, las personas con adicción al alcohol y a las drogas deberían tener una mayor tasa de problemas de atracones. Sólo recientemente se ha empezado a investigar este asunto y los resultados de los estudios sugieren una mayor tasa de problemas de alimentación y, en particular, de problemas de atracones. Sin embargo, hasta la fecha, sólo se ha investigado a aquellos que buscan tratamiento (en el cuadro siguiente se describe el mayor de estos estudios) y, de nuevo, hay que tener en cuenta que las muestras de pacientes pueden no ser representativas de lo que ocurre a nivel general. Además, existe evidencia de que la tasa de problemas alimentarios entre pacientes con otros problemas psicológicos es también alta y, por tanto, es muy posible que esta asociación tampoco sea específica. Así pues, hay que ser cautos a la hora de sacar conclusiones, ya que no está claro que exista una asociación específica entre ambos problemas.

### **Estudios en Familias**

Algunos estudios han hallado una tasa, mayor de la esperada, de personas con abuso de sustancias entre los parientes de pacientes con bulimia nerviosa. Este hallazgo es interesante pero, al igual que otros arriba mencionados, difícil de interpretar.

En cualquier caso, las tasas no parecen más altas que las que se hallan entre familiares de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Estos estudios presentan el problema de que toda la investigación se ha centrado en muestras de pacientes y no en muestras comunitarias. Por otro lado, la incidencia de problemas de alimentación entre los familiares de personas con abuso de sustancias no se ha estudiado todavía.

### **Trastornos de Alimentación y Abuso de Alcohol: Hallazgos en Japón**

Los sujetos de este estudio fueron 3.592 pacientes (336 mujeres y 3.256 hombres) admitidos en el Instituto Nacional de Alcoholismo, del Hospital Nacional Kurihama de Japón, entre 1.982 y 1.988. En la admisión se pasó una encuesta a cada uno de ellos para detectar si tenían un trastorno de alimentación y los casos que parecían tenerlo fueron entrevistados detalladamente una vez recuperados de los síntomas de abstinencia del alcohol.

Los principales hallazgos fueron los siguientes:

1. El 11% de las pacientes mujeres tenían un trastorno de alimentación. Los trastornos de alimentación eran más comunes entre las pacientes jóvenes, estando por debajo de los 30 años el 72% de las afectadas.
2. Los trastornos de alimentación no eran comunes entre los hombres (0,2% de afectados).
3. La bulimia nerviosa fue el trastorno alimentario más comúnmente detectado.
4. Tan sólo en el 10% de los casos, en que coexistían los dos trastornos, el problema del alcohol se desarrolló antes que el problema alimentario. En las mujeres con un trastorno de alimentación, la edad media de inicio del trastorno alimentario fue la de 19'7 años, mientras que la del inicio del problema con la bebida fue a los 24'6 años. Un patrón similar fue observado entre los hombres.
5. No se halló evidencia de que los trastornos de alimentación y los problemas con el alcohol se alternaran en los individuos con el paso del tiempo.

Este estudio es, con mucha diferencia, el más amplio de los llevados a cabo acerca de este tema. Los hallazgos están en la línea de otros estudios acerca de este tema, aunque la tasa de problemas alimentarios hallados por este es más alta.

*Fuente:* Higuchi S, Suzuki K, Yamada K, Parrish K y Kono H. "Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course". *British Journal of Psychiatry* 1993;162:403-406.

### **La Relación entre los Trastornos a Través del Tiempo**

Para comprender la relación entre dos trastornos es importante saber si uno de ellos tiende a llevar hacia el otro o viceversa. Los estudios realizados con pacientes alcohólicos que tienen también un problema alimentario, sugieren que este último se desarrolla antes. Este hallazgo es difícil de evaluar, ya que los problemas de alimentación suelen iniciarse en una edad más temprana que los problemas con el alcohol. Además, los pacientes que tienen ambos problemas, con el alcohol y con la alimentación, también tienden a ser más jóvenes que los pacientes que sólo tienen problemas con el alcohol. Todo esto sugiere que los problemas alimentarios pueden, de algún modo, empujar hacia el abuso de alcohol.

### **Los Efectos del Tratamiento**

Si existiese una anomalía subyacente a ambos problemas, tanto a los atracones como al abuso de sustancias, entonces el tratamiento eficaz de uno de esos problemas podría llevar a que emergiese el otro (a menos que la anomalía subyacente hubiese sido corregida también por el tratamiento). Este fenómeno, denominado a veces *sustitución de síntomas*, no parece ser relevante en estos pacientes.

Aunque no disponemos de datos objetivos acerca del desarrollo de problemas alimentarios entre pacientes tratados con éxito de abuso de sustancias, si que disponemos de información sobre los resultados de aquellos que han sido tratados con éxito de bulimia nerviosa: el abuso de sustancias no es común entre ellos.

### **El Mito del Modelo de Adicción**

Basándonos en lo que conocemos, está claro que la asociación entre atracones y abuso de sustancias psicoactivas existe en ciertos individuos. *Sin embargo no está demostrado*

que estos trastornos estén relacionados a nivel general y, ciertamente, no tenemos evidencia de que cualquier asociación existente entre ellos sea *específica*.

Así pues, resulta claro que el modelo de adicción referido a los atracones -que supone que existe una asociación específica- no está apoyado por los hechos. Solamente existen similitudes superficiales entre los atracones y el abuso de sustancias y no existe evidencia de que los atracones sean producto de una anomalía biológica subyacente. Por tanto, la idea de que la gente pueda volverse "adicta" a ciertas comidas (al menos en el sentido técnico de la palabra) es una exageración que no coincide con los hechos.

## IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO

Nuestra meta es abstenernos de comer compulsivamente día a día. Hacemos esto gracias al contacto personal diario, las sesiones de grupo y el seguimiento del programa de doce etapas de los Alcohólicos Anónimos. Solamente cambiamos las palabras "alcohol" y "alcohólico" por "comida" y "comedor compulsivo".

-octavilla de comedores compulsivos anónimos

El conocimiento actual de las relaciones entre atracones y abuso de sustancias es tan limitado que tiene muy poca relevancia para el tratamiento. Sin embargo una cosa está clara: no existen bases para afirmar que los atracones sean una adicción. Si esto es así ¿es apropiado tratarlos como si lo fuesen?. De hecho, los principios subyacentes al tratamiento basado en el modelo de adicción están en contradicción con el enfoque que ha demostrado ser el más eficaz en el tratamiento de estos problemas (ver capítulo 8).

Según el modelo de adicción, el tratamiento debería estar basado en el enfoque utilizado por Alcohólicos Anónimos y otros grupos semejantes para ayudar a personas que tienen problemas con el alcohol; el llamado programa de 12 etapas. Vamos a analizar los 4 rasgos principales que diferencian a éste, del tratamiento que se ha mostrado más eficaz con los problemas de atracones: la terapia *cognitivo-conductual* que se describe en el capítulo 8 y en la segunda parte:

1. *Programa de 12 etapas: se trata de una enfermedad incurable.* En un libro de lectura diaria para los miembros de Comedores Compulsivos Anónimos se puede leer "según la experiencia de los Comedores Compulsivos Anónimos recuperados, esta enfermedad es progresiva. La enfermedad no mejora sino que empeora. Incluso cuando nos abstenemos, la enfermedad progresa".

*Terapia cognitivo-conductual: la recuperación está al alcance de la mayoría de los afectados.* Los estudios de seguimiento a largo plazo del tratamiento de la bulimia nerviosa indican que la recuperación total es algo bastante común y que, con un tratamiento apropiado, la gran mayoría de personas mejoran sustancialmente (ver capítulo 8).

2. *Programa de 12 etapas: la abstinencia inmediata es obligatoria.* Se centra en parar los atracones tan rápidamente como sea posible y puede aplicarse la presión del grupo para obtener esta finalidad. En algunas sesiones de grupo, los participantes abstinentes son identificados y elogiados, mientras que a los que no han sido capaces de mantenerse abstinentes se les da escasa o nula oportunidad de hablar: de hecho se les puede pedir que dejen el grupo.

*Terapia cognitivo-conductual:* El énfasis en el cese inmediato de los atracones no es razonable ni realista. La aproximación centrada en la abstinencia es descorazonadora e irracional. Aunque muchas personas son capaces de dejar sus

atracones muy pronto, sólo con apoyo y buenos consejos, otras muchas no pueden hacerlo y puede costarles semanas o meses. No existe evidencia de que el cese inmediato de los atracones esté asociado a mejores resultados a largo plazo que un cambio más gradual. Además el cambio más gradual puede ser preferible porque así ofrece la posibilidad de desarrollar habilidades para manejar las situaciones que, de otra forma, podrían llevar a una recaída. Por todo ello, la terapia cognitivo-conductual no pone el énfasis en el cese inmediato de los atracones.

3. *Programa de 12 etapas: Una estrategia básica que utilizan para lograr la abstinencia es la evitación durante toda la vida de las comidas ("tóxicas") que desencadenan episodios de atracones.*

*Terapia cognitivo-conductual: La evitación de comidas debe eliminarse no fomentarse.* Como argumentábamos antes, la consideración de que ciertas comidas son tóxicas y que, de algún modo, causan el que la gente tenga atracones no tiene ninguna base real. La evidencia clínica y experimental indica que, en realidad, son los intentos de evitar esas comidas los que hacen a la gente vulnerable a tener atracones (ver capítulo 4). Por esta razón, la terapia cognitivo-conductual se centra en eliminar la evitación de comidas en vez de fomentarla. El profesor Walter Vandereycken de Leuven, en Bélgica, ha llamado a este énfasis de los programas en doce etapas por evitar comidas "entrenamiento en habilidades anoréxicas", porque si tienen éxito pueden convertir a la gente que tiene atracones en anoréxica, un resultado que puede considerarse atractivo en principio pero que es una pesadilla en la realidad.

4. *Programa de 12 etapas: Considera que, en todo momento: la persona tiene pleno control de la ingesta o está totalmente fuera de control; las comidas son seguras o tóxicas, y uno es abstinentes o no abstinentes. Así, este programa de abstinencia refleja una actitud de pensamiento todo o nada (ver capítulo 4).*

*Terapia cognitivo-conductual: El pensamiento todo o nada es un problema que hay que superar.* Por poner un ejemplo, una visión "todo o nada" del progreso después del tratamiento lleva a la gente a ver cualquier pequeña vuelta a los viejos hábitos, como una "recaída" más que como un pequeño fallo. El Dr. G. Allan Marlatt de la Universidad de Washington en Seattle ha mostrado, con respecto al abuso del alcohol, que esta forma de pensar lleva a la gente a abandonar cuando no es necesario hacerlo. El pensamiento todo-o-nada es común entre las personas que sufren problemas de atracones y parece contribuir a sus problemas (ver capítulo 4). Por tanto, más que reforzar esta forma de pensar como en la aproximación que fomenta la abstinencia, es importante ayudar a la gente a reconocer y moderar ese estilo de pensamiento (ver segunda parte).

Los tratamientos basados en el modelo de adicción son, por supuesto, algo más que lo explicado aquí. Su mayor fuerza es el alto nivel de apoyo y compañerismo que aportan, que combinado con la simplicidad de su mensaje, lo hace muy valioso para algunas personas. Sin embargo, lo más importante a la hora de evaluarlos debe ser su eficacia. El programa de doce etapas para el tratamiento de los atracones aún no ha sido evaluado adecuadamente, mientras que tenemos muchas evidencias a favor de la eficacia de otras formas de tratamiento. Esto se explica en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO 8

# El Tratamiento de los Problemas de Atracones

EN LOS CAPÍTULOS ANTERIORES te hemos resumido lo que se sabe acerca de los problemas de atracones: su definición; los factores psicológicos, sociales y físicos que influyen en su inicio y en su mantenimiento, y quiénes son afectados por ellos (en la medida en que la investigación ha sido capaz de discernirlo). Como habrás observado hay muchas cosas que aún no conocemos, quizá especialmente en cuanto a las causas. El motivo por el que una persona empieza a tener atracones y el por qué continúa teniéndolos, puede ser todavía un misterio para ti. Pero probablemente, ahora podrás entender que la compleja combinación de factores que pueden dar como resultado un problema de atracones, puede también impedir, o al menos hacer más difícil, que mucha gente busque ayuda.

El hecho de que la gente con problemas de atracones suele resistirse a buscar ayuda es muy lamentable, dado que en la actualidad disponemos de formas eficaces de tratamiento. En los últimos 20 años hemos aprendido mucho acerca del tratamiento de estos problemas y, aunque gran parte de la investigación se ha centrado en la bulimia nerviosa, parece que los tratamientos que se han mostrado eficaces con ella, también benefician a las personas con trastorno por atracones.

Este capítulo expone nuestro conocimiento actual acerca del *tratamiento* de los problemas de atracones. Se analizan todas las formas de tratamiento centrándonos, sobre todo, en los antidepresivos y en una psicoterapia a corto plazo llamada *terapia cognitivo-conductual*, ya que ambas aproximaciones han sido objeto de numerosas investigaciones.

La eficacia del tratamiento para producir cambios duraderos es de suma importancia ya que el problema de los atracones tiende a estar bien afianzado antes de que la persona busque ayuda. Muchas personas buscan tratamiento después de haber sufrido este problema durante 5 o más años sin periodos de remisión y, si han recibido algún tratamiento en el pasado, muchas veces los beneficios han sido sólo a corto plazo. Por esta razón, la verdadera prueba de eficacia de cualquier tratamiento para los atracones será que consiga mejorías a largo plazo. Los cambios que perduran sólo algunas semanas o meses tienen una importancia limitada.

Una cuestión preliminar que se pueden plantear aquellos cuyos problemas de alimentación hayan persistido pese a los intentos de tratarlos es si sería necesario hospitalizarlos, pero la hospitalización raramente es necesaria. Tanto la experiencia clínica como la investigación indican que la gran mayoría de personas con atracones pueden ser tratadas como pacientes ambulatorios.

De hecho, la hospitalización no sólo puede ser innecesaria sino que también puede ser contraproducente. Los pacientes tienden a dejar sus atracones poco después de entrar en el hospital y un terapeuta ingenuo podría concluir, erróneamente, que la hospitalización está ayudando a la persona a superar su problema. Sin embargo, la gente tiende a dejar sus atracones mientras está hospitalizada, porque está en un ambiente extraño donde el acceso a la comida es limitado, porque están protegidos de muchos de los estresores de su vida diaria que tienden a desencadenar atracones, y también porque su intimidad a menudo está restringida. Por tanto, en realidad sus atracones permanecen en estado latente y, es probable que retornen, una vez abandonen la hospitalización. Los mejores programas para pacientes hospitalizados intentan prevenir las recaídas tras el alta hospitalaria, ayudándoles a adquirir habilidades para manejar los factores que les llevan al atracón. El problema es que el hospital no es el entorno adecuado para

aprenderlas ya que terapeuta y paciente necesitan abordar el problema de atracones tal como se presenta normalmente, y esto significa tratarlos en su ambiente habitual, es decir, fuera del hospital.

Por supuesto, existen ciertas circunstancias ante las cuales es aconsejable la hospitalización. Las cinco más comunes son:

1. Algunas personas con problemas de atracones están tan deprimidas que no pueden seguir adecuadamente un tratamiento ambulatorio.
2. Algunas corren riesgo de suicidio y, por tanto, necesitan el ambiente protegido de un hospital.
3. En algunos casos, la salud física está en peligro (ver capítulo 5).
4. Las mujeres que se hallan en las primeras etapas del embarazo y cuyos hábitos de alimentación estén severamente deteriorados, pueden requerir el ingreso porque existen algunas evidencias de que podrían presentar riesgo de aborto (ver capítulo 5).
5. La hospitalización también está indicada para aquellos cuyo problema de atracones no responda a un tratamiento ambulatorio adecuado.

En la práctica, estas circunstancias son aplicables probablemente a menos del 5% de los casos. Sin embargo existe otra razón para considerar la hospitalización, que puede ser aplicable a un amplio número de personas. En los países que no disponen de un sistema sanitario público, puede que la cobertura del seguro privado constituya el único medio de financiación del tratamiento y muchas compañías de seguros cubren principalmente una atención hospitalaria. En estos casos puede que no hayan muchas más opciones que la de ingresar en un hospital.

Cualquiera que sea la razón para la hospitalización, ésta deberá considerarse siempre como preparación para el tratamiento no-hospitalario, de forma que los cambios logrados en el hospital puedan ser transferidos con éxito al ambiente natural del paciente.

## FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

El interés por utilizar antidepresivos en el tratamiento de los problemas de atracones empezó en 1982 con la publicación de dos artículos científicos que describían una respuesta favorable en pacientes con bulimia nerviosa. El año siguiente se publicaron los hallazgos de dos estudios sobre resultados del tratamiento, en los que se compararon los efectos de un antidepresivo con los de un placebo. Uno de estos estudios halló que el antidepresivo era significativamente superior al placebo y el otro no. El entusiasmo por este tipo de tratamiento fue en aumento, fomentado por la publicación en 1984 de un libro titulado "New Hope for Binge Eating" (Nueva esperanza para los padecen atracones), en el cual los Drs. Harrison Pope y James Hudson de Harvard, los investigadores que dirigieron el estudio antes mencionado que halló resultados positivos, daban argumentos convincentes para el uso de estos fármacos.

Desde la publicación de este libro, se han realizado muchas más investigaciones y se han ido aclarando las cosas. Se han estudiado todos los tipos principales de antidepresivos y se han obtenido tres hallazgos positivos:

1. En las primeras semanas tras el inicio del tratamiento, existe alrededor de un 50 a 60% de reducción en la frecuencia de los atracones.
2. Asociada con esa reducción, se da una disminución equivalente en la frecuencia de vómitos y una mejoría en el estado de ánimo y en la sensación de control de la ingesta. También decrece la preocupación por las comidas.
3. Estos efectos de los antidepresivos son igual de probables si, al empezar a tomarlos, el paciente estaba deprimido o si no lo estaba.

### **Antidepresivos y Bulimia Nerviosa: ¿Son Eficaces a Largo Plazo?**

Casi todos los estudios sobre el tratamiento de los problemas de atracones con antidepresivos han sido de corta duración, la mayoría de ocho semanas o menos. Esto supone un tiempo demasiado corto, dado que los problemas de atracones tienden a ser de larga duración.

Un grupo de investigación dirigido por el Dr. B. Timothy Walsh de la Universidad de Columbia ha estudiado los efectos a largo plazo en pacientes con bulimia nerviosa. En primer lugar, fueron tratados durante seis semanas con desimipramina y, aquellos que respondieron bien, continuaron con este tratamiento durante dieciséis semanas más. Al cabo de este tiempo, los que no habían tenido recaídas se dividieron en dos grupos: a los integrantes de uno se les retiró el tratamiento farmacológico y a los del otro se les cambió por un tratamiento placebo (sin su conocimiento pero contando con su previo consentimiento).

Los resultados fueron decepcionantes. Aunque los pacientes que recibieron seis semanas de tratamiento con desimipramina experimentaron como promedio un 47% de reducción en la frecuencia de sus atracones, continuaron experimentando atracones con un promedio de 4'3 a la semana. Solamente el 41% se juzgó que habían respondido suficientemente bien como para continuar el tratamiento con este antidepresivo (16 semanas más). De estos, casi un tercio (el 29%) recayeron dentro del seguimiento al cabo de 4 meses, un resultado equivalente al que se había obtenido en un estudio anterior con un número menor de pacientes.

Este estudio muestra que los antidepresivos tienen un efecto beneficioso limitado: aunque reducen la frecuencia de atracones a corto plazo, la mayoría de pacientes continúa teniendo un número significativo de atracones y, a largo plazo, los resultados son muy modestos.

*Fuente:* Walsh B.T., Hadigan B.A., Devlin M.J., Gladis M. y Roose S.P. "Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1206-1212.

Lamentablemente también han surgido algunos problemas. El primero es que algunos antidepresivos, particularmente los IMAOs (por ejemplo, la fenelzina), tienen efectos secundarios problemáticos. La mayoría de estos efectos indeseables de los antidepresivos no son médicamente severos aunque uno de estos fármacos, el bupropion -no comercializado en España- se ha asociado con el inicio de síntomas epilépticos en algunos pacientes. Otra dificultad es que muchas personas son reacias a tomar medicación porque no la ven como un tratamiento adecuado para su problema. Esta actitud, confirmada por mi propia experiencia y por la de muchos otros clínicos, explica por qué los investigadores hallan que el reclutar personas para investigar tratamientos psicológicos es más fácil que para investigar tratamientos farmacológicos. Pero hay un tercer problema que es más importante: existen serias dudas acerca de la eficacia del tratamiento farmacológico a largo plazo. Como hemos mencionado antes, los efectos positivos del tratamiento a corto plazo tienen un valor limitado en cuanto a su utilidad para ayudar a las personas con problemas de atracones, dada la tendencia de estos problemas a la cronicidad; sin embargo, la mayoría de los estudios con antidepresivos sólo han estudiado su efecto a corto plazo, muchas veces sólo a dos meses. Investigaciones recientes, que incluyen un estudio a más largo plazo, que se describe en el cuadro de la página 0000 (116 del original) indican que muchas personas que se han beneficiado de estos fármacos, tiempo después vuelven a tener atracones, continúen o no con el tratamiento farmacológico.

La investigación también ha mostrado que los antidepresivos tienen un efecto selectivo en los problemas de atracones. Aunque muchos de los que toman los antidepresivos reducen sus atracones (y también los vómitos y el abuso de laxantes), tienden a seguir haciendo dieta con igual intensidad. Por ejemplo, un estudio de la Universidad de Standford de pacientes con bulimia nerviosa halló que el promedio de ingesta diaria de comida fuera de los atracones era de 1.017 calorías antes del tratamiento y solamente de 1.033 calorías después del tratamiento -casi la mitad de la

ingesta calórica diaria de las mujeres en general. Quizá sea la persistencia de la tendencia a hacer dietas, lo que explica por qué los beneficios de los antidepresivos no suelen persistir a largo plazo.

La conciencia de que los antidepresivos tienen un valor limitado en el tratamiento de este problema a largo plazo, ha llevado a reducir el entusiasmo acerca de su utilización. Incluso algunos grupos de investigación, cuyo interés primario era evaluar la efectividad de estos fármacos, están empezando ahora a centrar su atención en evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos. Simultáneamente, los organizadores de conferencias internacionales sobre trastornos de alimentación, afirman que están recibiendo cada vez menos artículos sobre tratamientos farmacológicos. Los antidepresivos no son ya la "nueva esperanza para los que padecen atracones" como se sugirió originalmente.

¿Qué podemos decir de los demás tratamientos farmacológicos?. Se han estudiado también los efectos del litio, de fármacos utilizados para la epilepsia como la fenitoina y la carbamacepina y de supresores del apetito como la flemfluoramina, pero ninguno parece eficaz, por tanto ninguno de ellos es recomendable.

## TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La experiencia de clínicos e investigadores sugiere firmemente que la verdadera esperanza para las personas con problemas de atracones radica en el tratamiento psicológico. La aproximación más eficaz hasta la fecha es una modalidad específica de psicoterapia a corto plazo, diseñada originalmente para los pacientes con bulimia nerviosa y recientemente adaptada para aquellos que tienen trastorno por atracones. Este tratamiento, desarrollado por el autor a finales de los años 70, tomó prestadas técnicas de la terapia cognitiva para la depresión y técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de la obesidad. Después de algunos años de ensayo y error, tomó su forma actual desde 1981.

Esta modalidad de tratamiento de los problemas de atracones ha sido objeto de un gran interés por varias razones:

1. Es de utilidad para la gran mayoría de personas con problemas de atracones. Ha sido estudiada en la mayoría de los principales centros de investigación -en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Australia y Nueva Zelanda- con resultados positivos equivalentes. Ningún otro tratamiento ha probado ser tan eficaz.
2. Es fácilmente aceptada por la mayoría de pacientes que la ven como relevante y apropiada.
3. Se dispone de un manual de tratamiento para ser utilizado por el terapeuta, que facilita su correcta aplicación.
4. No es demasiado larga, y es sencilla de aplicar lo que facilita su investigación. En su forma más usual se lleva a cabo en forma individual, en tratamiento no hospitalario y suele requerir alrededor de unas 20 sesiones de terapia durante cuatro o cinco meses.

Es una forma de lo que suele llamarse *terapia cognitivo-conductual*, que parece óptima para el tratamiento de los problemas de atracones porque sus elementos cognitivos se dirigen a los aspectos cognitivos de estos problemas -la preocupación extrema acerca del peso y la figura, el perfeccionismo, el pensamiento todo o nada, y la baja autoestima-; mientras que sus componentes conductuales se dirigen a abordar los hábitos alimentarios contraproducentes. El hecho de que las técnicas cognitivas fuesen originalmente desarrolladas para tratar la depresión, no implica ninguna conexión entre

los problemas de atracones y la depresión; la razón de que estas técnicas fueran adaptadas para usarse en los problemas de atracones es que parecen capaces de producir un cambio cognitivo. Por el contrario, quienes originalmente defendían el uso de antidepresivos justificaban su uso argumentando que existía un vínculo entre bulimia nerviosa y depresión -algunos incluso afirmaban que la bulimia nerviosa era una forma de depresión-, pero esta perspectiva se ha mostrado claramente errónea. Aunque esta aproximación cognitivo-conductual para tratar los problemas de atracones es, en principio, similar a la terapia cognitiva para la depresión, sus procedimientos y los aspectos en los que se centra son muy diferentes.

Los principales elementos de esta terapia se enumeran en la tabla 7. El tratamiento se ha diseñado para superar el problema progresivamente, utilizando una *secuencia de intervenciones* cuidadosamente planificada. Empieza con la utilización de técnicas conductuales y educacionales para ayudar a la persona a retomar el control sobre su ingesta, siendo un elemento clave para ello el ayudar a la persona a establecer un patrón de ingesta regular a lo largo del día. Esto tiende a desplazar la mayoría de atracones. Sin embargo, el incremento del control es quebradizo ya que durante esa etapa, la mayoría de personas permanecen muy vulnerables a los atracones. En la segunda etapa del tratamiento, el énfasis se centra en reducir esa vulnerabilidad superando la tendencia a hacer dieta y las formas problemáticas de pensamiento que mantienen los atracones (analizadas en los capítulos 4 y 6). La etapa final incluye una revisión de los procedimientos que resultaron más útiles, para que la persona pueda elaborar un plan que le ayude a abordar cualquier dificultad futura.

La aproximación cognitivo-conductual al tratamiento de los problemas de atracones ha sido estudiada extensamente en los últimos 15 años. Los principales proyectos de investigación llevados a cabo en Rutgers, Stanford, Minnesota, Vermont, Toronto, Edimburgo, Cambridge, y Oxford han proporcionado hallazgos muy consistentes. Al igual que ocurre con los antidepresivos, estos estudios han hallado que la terapia cognitivo-conductual tiene un efecto inmediato en la frecuencia de los atracones. Y, lo que es más importante, este efecto no es solamente mayor que el de los antidepresivos sino que también se mantiene a largo plazo. Por ejemplo, el estudio más reciente de mi grupo en Oxford obtuvo una reducción de un promedio del 90% al final del tratamiento que se mantuvo en seguimientos llevados a cabo al año y seis años después.

Los diferentes estudios llevados a cabo para evaluar los resultados de la terapia cognitivo-conductual han mostrado que la reducción en la frecuencia de atracones va acompañada por mejorías en el estado de ánimo, la concentración y la sensación de control sobre la ingesta (al igual que ocurre con los antidepresivos). Pero que, además, las preocupaciones acerca de la figura y el peso decrecen en intensidad y también se reduce la tendencia a hacer dieta. Quizá sea por esto que los cambios logrados con esta terapia, al contrario de lo que ocurre con el tratamiento antidepresivo, parecen duraderos.

La eficacia de esta terapia cognitivo-conductual, para tratar el trastorno por atracones no está tan clara. Los investigadores de Stanford han conseguido algunos éxitos en un tratamiento grupal, pero existe una tendencia a la recaída. Los investigadores de Pittsburgh también están obteniendo resultados prometedores utilizando una versión modificada del tratamiento individual y, en este caso, las recaídas no parecen constituir tanto problema. Ambos grupos se han centrado en personas que tienen también sobrepeso, aunque ninguno ha hallado que el tratamiento tenga un efecto significativo en el peso. Esto puede deberse a que los efectos en el peso, tardan mucho tiempo en aparecer o puede deberse a que el tratamiento no tiene éxito en vencer la tendencia de estas personas a la sobreingesta, mencionada en el capítulo 4. De cualquier forma, existe un interés creciente en combinar la terapia cognitivo-conductual con tratamientos útiles para reducir el peso. Este asunto es tratado más ampliamente en la segunda parte y en el anexo II.

### **Tabla 7. Los Principales Elementos de la Aproximación Cognitivo-Conductual**

---

#### *Etapa Primera*

Registrar detalladamente cualquier comida en el momento en que se realice, anotando también cualquier pensamiento y emoción relacionada.

Introducir un patrón de alimentación regular, que tendrá como efecto el ir desplazando los atracones.

Utilizar actividades alternativas para ayudarte a resistir el impulso al atracón.

Recibir información y consejos acerca de la comida, la ingesta, la figura y el peso.

#### *Etapa Segunda*

Introducir en la dieta comidas que se evitaban y eliminar gradualmente cualquier otra forma de dieta estricta.

Desarrollar habilidades para manejar las dificultades que de otra forma podrían desencadenar atracones.

Identificar y cambiar formas problemáticas de pensamiento.

Considerar los orígenes del problema de atracones y el papel de los factores familiares y sociales.

#### *Etapa Tercera*

Planificar para el futuro, incluyendo: expectativas realistas y estrategias para utilizarlas si vuelven a surgir problemas.

---

*Fuente:* Fairburn CG, Marcus MD y Wilson GT. "Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual". *En Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Compilado por CG Fairburn y GT Wilson. Guilford Press, Nueva York, 1993

## **OTROS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS**

Muchas personas que buscan tratamiento para los atracones tienen la experiencia de algún tratamiento que no les ha resultado eficaz. Esto, a menudo, es debido a que la modalidad de tratamiento utilizada no es la óptima -no todas las formas de tratamiento son eficaces para superar los problemas de atracones-. También puede deberse, como ya hemos señalado, a que lo que es útil para algunas personas no necesariamente lo será para otras.

Pese al hecho de que ningún tratamiento parece ser tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual, otros tratamientos psicológicos han demostrado su utilidad para ayudar a algunas personas.

### **Terapia Conductual**

Se han investigado dos formas de terapia conductual, un tratamiento llamado *exposición con prevención de respuesta* y una forma simplificada de terapia cognitivo-conductual.

***Exposición con Prevención de Respuesta.*** Esta forma de tratamiento, diseñada por los Drs. James Rosen y Harold Leitenberg de la Universidad de Vermont, fue diseñada para tratar a personas que vomitan después del atracón. Consiste en pedir a la persona que se de un atracón en la forma que generalmente le lleva al vómito y después ayudarlo a resistirse a vomitar. Las sesiones de terapia pueden durar varias horas.

No es sorprendente que a los pacientes no suela agradarles este tratamiento. El impulso de vomitar después del atracón es extremadamente fuerte y resistirse a ello es muy estresante y desagradable. Los defensores de este tratamiento argumentan que el vómito autoinducido es un factor primordial en el mantenimiento de los atracones y para apoyar este punto de vista señalan que cuando las personas con bulimia nerviosa, saben que no podrán vomitar después, es menos probable que se den un atracón. A pesar de

ser cierto que vomitar empeora los problemas de atracones, el tratamiento de exposición con prevención de respuesta es poco recomendable: es aversivo, requiere demasiado tiempo, y es menos eficaz que la terapia cognitivo-conductual. No obstante, es posible que pueda ser útil para algunas personas que no se beneficien de la terapia cognitivo-conductual.

**Terapia Cognitivo-Conductual simplificada.** Esta aproximación al tratamiento se concentra principalmente en mejorar los hábitos alimentarios. Consiste en aplicar los componentes conductuales y educacionales de la terapia cognitivo-conductual pero no algunas de las principales técnicas cognitivas. Esto supone que es más fácil de utilizar por terapeutas menos preparados. La investigación sugiere hasta ahora, que no es tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual ya que después del tratamiento suelen darse recaídas. Sin embargo, esta forma de tratamiento es suficiente para algunas personas y, esto pone de relieve un dato importante: no todas las personas con problemas de atracones necesitan un tratamiento cognitivo-conductual completo.

### **Tratamientos Psicoeducativos**

Los programas de tratamiento psicoeducativo, realizados usualmente en grupo, se centran en proporcionar información acerca del problema y de qué deben hacer para superarlo. Sus consejos suelen estar basados en la terapia cognitivo-conductual (para más detalles ver segunda parte).

Los investigadores de Toronto estudiaron la eficacia de una forma de tratamiento psicoeducativo poco usual, que se aplica en forma de curso (ver cuadro siguiente). Hallaron que el tratamiento psicoeducativo conseguía resultados comparables a los obtenidos con la terapia cognitivo-conductual, excepto para aquellos pacientes con problemas de alimentación más severos. Lamentablemente, el mantenimiento de los cambios no se estudió adecuadamente por lo que la eficacia a largo plazo de esta aproximación no está clara. Aún así, este hallazgo refuerza el punto de vista de que determinados tratamientos, más sencillos que la terapia cognitivo-conductual, pueden ser eficaces para un buen número de personas con problemas de atracones.

### **Psicoterapia Focal**

El término *psicoterapia focal* hace referencia a ciertas formas de psicoterapia breve que primero identifican uno o más temas que parecen fundamentales en la problemática del paciente, y después se centran exclusivamente en resolver esos problemas.

La psicoterapia interpersonal es una de las formas mejor investigadas de psicoterapia focal. Diseñada originalmente para tratar la depresión, se centra en identificar y modificar aquellos problemas interpersonales que se cree que son responsables de los episodios de depresión: duelos no resueltos, conflictos con amigos o familiares, dificultades en el inicio o mantenimiento de relaciones, y problemas en manejar los cambios vitales (por ejemplo dejar la casa, casarse, o ser padres entre otros).

Como las dificultades interpersonales son comunes entre las personas con problemas de atracones (ver capítulo 4) y pueden contribuir a su mantenimiento (ver capítulo 6) es razonable esperar que este tipo de tratamiento sea útil. Hasta la fecha sólo se están realizando otros. El primero, un estudio llevado a cabo por mi grupo, en Oxford, la comparó con la terapia cognitivo-conductual y con la terapia conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa y encontró que la terapia interpersonal era el menos eficaz de los tres tratamientos al finalizar la terapia. Sin embargo, sorprendentemente, esta terapia, se mostró tan eficaz como la terapia cognitivo-conductual en los seguimientos a los doce meses y a los seis años; mientras que, como se ha mencionado antes, los pacientes que recibían terapia conductual tenían una tendencia a la recaída.

### Tratamiento Psicoeducativo para la Bulimia Nerviosa

Los investigadores de Toronto desarrollaron un tratamiento psicoeducativo breve para la bulimia nerviosa, consistente en 5 sesiones de 90 minutos impartidas en un periodo de cuatro semanas (con dos clases en la primera semana). Las sesiones se llevaron a cabo en forma de clases apoyadas por diapositivas. Se estimuló a los asistentes a hacer preguntas pero no se les pidió que revelasen información personal.

Las sesiones incluyeron material informativo y consejos acerca de como solucionar su problema de alimentación. (La información y los consejos fueron similares a los que se dan en la segunda parte de este libro). No se les proporcionó ninguna guía o apoyo a nivel personal.

Se trataron los siguientes temas:

- La relación entre dietas y atracones.
- Regulación del peso corporal.
- La necesidad de normalizar la ingesta (por ejemplo dejar de hacer dieta).
- Manejar el impulso al atracón.
- Efectos adversos del vómito autoinducido, los laxantes y los diuréticos.
- Necesidad de dejar los vómitos, y el abuso de laxantes y diuréticos.
- Mitos acerca de la comida y la ingesta.
- Actitudes problemáticas comunes hacia la comida, la ingesta, la apariencia, la figura y el peso.
- Presiones sociales ejercidas en las mujeres para estar delgadas
- Efectos negativos de evaluar la autoestima en términos de aspecto físico y peso.

Se animó a los participantes a cambiar sus hábitos problemáticos en base a la información proporcionada y a continuar con ello una vez acabase el programa

Los resultados se evaluaron comparándolos con los obtenidos en la terapia cognitivo-conductual llevada a cabo individualmente y se halló que los dos tratamientos fueron igualmente eficaces, excepto para las personas con problemas de alimentación más severos con quienes la terapia cognitivo-conductual individual resultó superior.

Este estudio es importante porque indica que una información comprensible y fiable, acompañada de consejos adecuados para manejar el problema, puede ser suficiente para ayudar a muchas personas con bulimia nerviosa. Probablemente ocurra lo mismo con todos los problemas de atracones.

*Fuente:* Olmsted MP, Davis R, Rockert W, Irvine M, Eagle M y Garner DM. "Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa". *Behaviour Research Research and Therapy*. 1991; 29: 71-83.

Estos hallazgos sugieren que la psicoterapia interpersonal puede tener un efecto retardado, pero que podría ser tan eficaz a largo plazo como la terapia cognitivo-conductual. Otro dato de interés es que los investigadores de Standford han hallado que un tratamiento grupal basado en la psicoterapia interpersonal parece prometedor para el trastorno por atracones, aunque los cambios no se mantienen bien.

### Terapia de Grupo

La terapia de grupo puede ser una buena forma de ayudar a la gente con problemas de atracones por varias razones: puede disipar la creencia del individuo de que él es el único que tiene este tipo de problemas, lo cual puede serle de gran ayuda; puede proporcionar un medio en el cual los pacientes puedan aprender unos de otros, siempre que el grupo sea dirigido adecuadamente y, además, tiene un aspecto práctico ya que muchos de los consejos y de la información necesaria para ayudar a las personas con problemas de atracones pueden impartirse a todos los miembros del grupo a la vez.

Lamentablemente, hasta que se realice una comparación directa de la versión individual y de la versión en grupo de una misma forma de tratamiento, no estaremos seguros de la eficacia relativa de una terapia en formato individual o grupal. De momento, la investigación sugiere que la terapia grupal es algo menos eficaz. Además, algunas personas no aceptan la posibilidad de hacer la terapia en grupo porque se sienten tan avergonzadas e hipersensibles acerca de su problema, que no soportan la posibilidad de tratarlo en presencia de otras personas.

Dentro de este apartado de tratamientos grupales para los problemas de atracones, hay que hacer mención a los programas de doce etapas, que se explican en el capítulo 7.

### **Tratamiento Combinado: Psicológico y con Antidepresivos**

Tres estudios han examinado si existen ventajas en la utilización conjunta de terapia cognitiva y antidepresivos. Los resultados indican que la combinación no es muy recomendable.

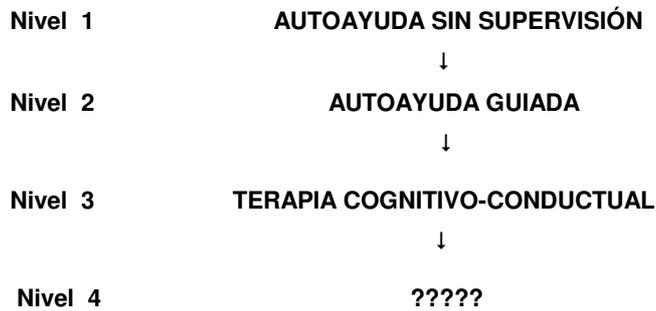
### **“TRATAMIENTO ESCALONADO Y AUTOAYUDA”**

¿Qué significado puede tener toda la investigación científica a la que nos hemos referido hasta ahora, para una persona que tenga un problema de atracones?. Si tú, o alguien que conoces, estáis buscando ayuda profesional, las implicaciones están claras: el tratamiento de elección es la terapia cognitivo-conductual en formato individual. La mayoría de pacientes obtienen beneficios significativos y, en la mayoría de casos, los cambios parecen duraderos. Sin embargo, hay que reconocer que algunas personas no mejoran o sólo obtienen beneficios limitados, por lo que necesitan algún tratamiento adicional. Por otro lado, algunos pacientes responden a formas más simples de tratamiento como el psicoeducativo (información y consejos).

Recientemente, he propuesto la adopción de una aproximación escalonada, o por niveles, que supone un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles evitando que algunas personas reciban un tratamiento individual innecesario. Esta aproximación consiste en ofrecer, en primer lugar, un tratamiento más sencillo porque existen razones para creer que un número significativo de personas responderán positivamente a él. Sólo aquellos que no se benefician de esta forma más simple de terapia deberían ser tratados con una forma algo más intensiva, que supondría el 2º nivel. En este, también es de esperar que respondan bien un número significativo de pacientes y, a aquellos que no respondan, se les aplicaría otra forma de terapia más intensiva. Lo mismo se haría en el siguiente nivel. ¿Cuáles deberían ser las formas de terapia utilizadas en cada nivel?. Desde mi punto de vista, para muchas personas el primer intento debería ser la forma de autoayuda (ver figura 15), sobre todo porque ésta puede ser utilizada sin la ayuda de un profesional. Como se explica en el capítulo 3, muchas personas con problemas de atracones, son reacias a buscar ayuda externa para su problema y, por tanto, la autoayuda sería una forma ideal de llegar a ellos. Un programa adecuado para llevarla a cabo se halla en la segunda parte de este libro.

La persona que no tenga éxito al trabajar como su propio terapeuta, o que no desee hacerlo, puede adoptar la forma de terapia que supondría el nivel 2, a la que he llamado *autoayuda guiada*. Esto supone seguir un programa de autoayuda, como el que se explica en la segunda parte de este libro, pero con el apoyo y guía de un terapeuta. No es necesario que este terapeuta sea especialista en tratar problemas de alimentación. Esta forma de tratamiento parece bastante eficaz, según se ha comprobado en investigaciones llevadas a cabo en Londres y Cambridge. El tercer nivel, que debería ser aplicado cuando la autoayuda guiada no sea suficiente, sería la aproximación de terapia cognitivo-conductual completa, llevada a cabo en formato individual. Para ello es nece

sario un especialista. Existe menor seguridad respecto a qué hacer si esta terapia cognitivo-conductual tampoco tiene éxito. Algunas posibilidades serían: psicoterapia focal (interpersonal), antidepresivos y hospitalización parcial o completa. Por el momento, no existen hallazgos de investigación que indiquen qué sería lo mejor. La decisión, por tanto, dependerá de las preferencias del paciente y del terapeuta y de los recursos disponibles.



**Figura 15:** un programa de tratamientos escalonados

Más información en web Elia Roca <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/>