

**CURSO: "HABILIDADES DEL TERAPEUTA Y ANALISIS DE CASOS"**  
**ORGANIZA: C.O.P. VALENCIA, OCTUBRE-NOVIEMBRE, 1999**

---

**T.C.C. DE FAIRBURN**

**PARA LA**

**BULIMIA NERVIOSA**

---

**PROFESORA: ELIA ROCA**

## **EVALUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA**

COMPROBAR SI CUMPLE LOS CRITERIOS DEL DSM-IV PARA LA BULIMIA NERVIOSA

## **EVALUACIÓN PERSONALIZADA**

DESCRIBIR EL PROBLEMA, TAL COMO ES VISTO POR LA PACIENTE

PSICOPATOLOGÍA ESPECÍFICA:

### **Actitudes ante el peso y la figura:**

- Grado de importancia que se les da.
- Reacciones ante los cambios de peso
- Reacciones ante los comentarios acerca de su apariencia y peso deseado

### **Hábitos de alimentación:**

- Intentos de hacer dieta
- Episodios de sobreingesta
- Sentido de control acerca del comer

### **Métodos para controlar el peso:**

- Dieta
- Vómito autoinducido
- Uso de purgas o diuréticos
- Ejercicio

PSICOPATOLOGÍA GENERAL.

- Sintomatología neurótica, especialmente síntomas depresivos y riesgo de suicidio
- Funcionamiento interpersonal
- Autoestima, asertividad y perfeccionismo.

CIRCUNSTANCIAS SOCIALES

SALUD FÍSICA:

- Peso e historia de su peso
- Análisis de electrolitos, en pacientes que están vomitando o usando purgas o diuréticos

## INTRODUCCIÓN

A continuación se describe la terapia cognitivo-conductual de Fairburn para la bulimia nerviosa, que es el tratamiento psicológico más intensivamente estudiado en el tratamiento de este trastorno.

La 1ª versión de este manual fue publicada en 1985 por Fairburn y esta es una versión actualizada de aquel manual.

Desde esta aproximación, el tratamiento suele hacerse a nivel individual y dura alrededor de 5 meses.

Es semiestructurado, orientado al problema y centrado principalmente en el presente y el futuro, más que por el pasado. Es un proceso activo, con la responsabilidad por el cambio ubicada en la paciente. El papel del terapeuta es aportar información, apoyo y motivación.

En el tratamiento, pueden distinguirse tres etapas, cada una de las cuales contiene elementos diferentes, diseñados para manejar áreas específicas de dificultad:

- En la primera etapa, se explica el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa y se utilizan técnicas conductuales para ayudar a las pacientes a ganar control, sobre su alimentación.
- En la segunda etapa, se pone el énfasis en el examen y modificación de pensamientos y actitudes problemáticas. Además, se usan procedimientos conductuales, para superar la tendencia a hacer cualquier tipo de dieta y para modificar las preocupaciones acerca del peso y la figura.
- La etapa final, se centra en el mantenimiento del cambio.

Este tratamiento, va bien a la mayoría de pacientes con bulimia nerviosa. Aunque debe ser adaptado a las necesidades de cada paciente individual. Para ciertos subgrupos de pacientes, sobre todo para aquellos que tienen un sobrepeso significativo, o al revés, un peso mucho más bajo de lo normal, hay que hacer importantes modificaciones a este programa de tratamiento (ver página 20).

Aunque este tratamiento de Fairburn es el tratamiento de elección en la actualidad, su eficacia es aún limitada ya que, según algunas investigaciones solo dejaría totalmente libres de síntomas al 50% de las pacientes tratadas. De los restantes, algunos mejoran y otros no. Para los que no responden, parece lógico concluir que se les apliquen otras técnicas que también han mostrado su utilidad en el tratamiento de este trastorno (ver comentarios finales del artículo “La Bulimia nerviosa y su tratamiento”). Asimismo, algunos casos se podrían tratar con una forma más sencilla de terapia, ej., con autoayuda o autoayuda guiada basada en un manual (ver manual de autoayuda de Fairburn para el tratamiento de la BN).

## DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO PASO A PASO

### ETAPA 1.

La 1ª etapa suele durar 8 sesiones con una entrevista semanal. Si los hábitos de alimentación de la paciente están extremadamente alterados, por ejemplo cuando los atracones son casi continuos, es mejor ver a la paciente más veces a la semana.

#### 1ª ENTREVISTA

**Confeccionar la historia de la paciente<sup>1</sup> y evaluar los principales puntos de interés sobre su estado actual** (ver hoja anterior)

**Explicar-comprender el modelo cognitivo acerca de la naturaleza de la bulimia nerviosa**  
Según este modelo, en la bulimia nerviosa (BN) existen una serie de factores que interactúan entre ellos, dando lugar a una serie de *círculos viciosos* que fomentan y mantienen el problema (figura 1).

*El factor más crucial es el valor extremo que da la paciente al logro de un peso y una figura corporal idealizados. Esto la lleva a hacer dietas extremas de forma rígida, lo cual la predispone a tener pérdidas ocasionales de control: los atracones. La dieta extrema es una respuesta a los atracones pero también los facilita*

Dado el valor extremo que dan estas pacientes a la delgadez, el *tener atracones* les lleva a adoptar formas de compensarlos también extremas, como el *vómito autoinducido*.

Los vómitos autoinducidos facilitan los atracones, entre otras cosas porque al creer en su eficacia para deshacerse de la comida ingerida, se reduce la tendencia natural a no comer en exceso.

La *preocupación excesiva por el peso y la figura*, particularmente la tendencia a hacer depender de ellos la propia autoestima, promueve la *dieta extrema*, que como hemos indicado lleva a las pérdidas de control sobre la ingesta (atracones) y a las conductas compensatorias inadecuadas (ej., vómitos). Por eso se considera que los factores cognitivos son el principal determinante del problema.

La alteración cognitiva típica de la BN tiene 2 aspectos principales:

- la insatisfacción con la propia figura corporal
- las ideas sobrevaloradas acerca del peso y la figura

La segunda está siempre presente en la BN y la 1ª casi siempre

---

<sup>1</sup> En la literatura especializada suele hablarse de estos pacientes en femenino porque la mayoría de casos se dan en mujeres.

La principal predicción que se deriva del modelo cognitivo de la BN es que, entre las pacientes que responden al tratamiento, el nivel residual de la alteración cognitiva debe predecir los resultados a largo plazo. Es decir, los que mantienen la alteración cognitiva (aunque hayan mejorado su conducta alimentaria) en el momento de la finalización del tratamiento, tendrán mayor probabilidad de recaer. Por el contrario, quienes han superado sus creencias contraproducentes acerca del peso, la figura, la autoimagen y la ingesta, aunque presenten alteraciones en sus hábitos de alimentación, será menos probable que presenten recaídas. Esto se ha comprobado en diversos estudios (igual que ocurre en otros trastornos como el pánico).

Al explicar a la paciente el modelo cognitivo de la BN, se pone el énfasis en 4 puntos principales:

- Aunque la dieta es indudablemente una respuesta al atracón, es también un mantenedor de los atracones a través de los mecanismos físicos y psicológicos antes mencionados
- Los vómitos autoinducidos y en menor extensión, los laxantes y diuréticos, también facilitan los atracones porque la creencia en su eficacia como método para reducir la absorción de calorías, reduce la tendencia natural a no comer en exceso.
- La preocupación excesiva acerca del peso y la figura, particularmente, la tendencia a juzgar la autovalía en términos de peso y figura, promueve la dieta extrema y por tanto, mantiene el problema de alimentación.
- La preocupación excesiva acerca de la figura y el peso, está a menudo asociada a sentimientos crónicos de ineficacia e inutilidad.

Nuestro objetivo es demostrarle que para superar su problema necesita cambiar tanto sus conductas contraproducentes como los pensamientos y creencias que las sustentan.

A algunos pacientes, les resulta difícil comprender este punto de vista. Para facilitar su comprensión, ponemos ejemplos clínicos y seguimos explicándolo a lo largo de todo el tratamiento. También se utiliza la interrogación socrática y la reformulación. Por ej., cuando explicamos a la paciente un punto importante de la terapia, a continuación le pedimos que nos explique a su manera, con sus propias palabras, qué ha entendido. Así nos aseguramos de que nos ha comprendido y, si es necesario, completamos la explicación.

### **Monitorizar la ingesta:**

Se le dan instrucciones escritas de cómo llevarla a cabo, junto con un ejemplo de autorregistro diario de alimentación ya completado (figuras 2, 3, y 4). Explicarle que la monitorización es importante ya que:

- Nos ayudará a examinar sus hábitos de alimentación y las circunstancias bajo las cuales surgen los problemas.
- Facilitará la modificación de sus hábitos de alimentación, y de los pensamientos y sentimientos problemáticos relacionados.

Es bastante común, que a las pacientes les cueste hacer estos registros, y que tiendan a rechazarlo; sobre todo si están avergonzados por sus hábitos de alimentación. Esta dificultad potencial, se analiza abiertamente.

## 2ª ENTREVISTA.

### **Revisión de autorregistros:**

Esta entrevista y todas las siguientes, se centran en una detallada revisión de los registros diarios de alimentación. Se analiza detalladamente cada uno de ellos, procurando que la paciente vaya tomando la iniciativa.

El objetivo es comprender *por qué* lleva a cabo las conductas de alimentación problemáticas, *cuándo* se producen, y *cuáles son sus determinantes*.

Los episodios de atracones, se analizan con especial cuidado. la paciente anota, en la columna 6 del registro, qué estaba ocurriendo en el momento del atracón, así como lo que pensaba y lo que sentía.

Cuando se revisan los autorregistros, el terapeuta intenta relacionar el comportamiento de la paciente con los procesos cognitivos asociados, mediante preguntas como: ¿qué pensamientos o imágenes concretos pasaron por tu mente, justo antes de darte el atracón?

**Identificar los pensamientos problemáticos.** En esta 2ª entrevista y también en las siguientes, se anima a la paciente para que vaya identificando los pensamientos problemáticos relacionados con la ingesta.

Las pautas para identificar tales pensamientos, difieren en algunos aspectos de las utilizadas en la terapia cognitiva estándar. Por ejemplo, no suele ser aconsejable llevar autorregistros dedicados exclusivamente a esos pensamientos disfuncionales. Es más útil anotarlos en el mismo registro de conductas de alimentación.

No hay que perder de vista que es esencial que los pensamientos problemáticos de la paciente sean identificados, y después modificados con éxito.

Sin embargo, durante la primera etapa del tratamiento es mejor poner el énfasis en ayudar a las pacientes a identificar sus pensamientos problemáticos; así como sus emociones y conductas contraproducentes relacionadas con ellos, más que en ayudarles a cuestionarlos.

La identificación de pensamientos se usa, siempre que sea posible, para reforzar la comprensión del modelo cognitivo de este trastorno.

### **Pesarse semanalmente:**

En esta 2ª sesión, o en la siguiente, se le pide que empiece a pesarse una vez por semana y que anote los resultados en el autorregistro diario de alimentación, cada vez que se pese.

Muchos pacientes, encuentran esta tarea difícil. A veces es necesario instaurarla gradualmente. Por ejemplo, si la paciente tiene por costumbre pesarse 5 o 6 veces al día, podemos empezar por pedirle que se pese sólo 1 vez al día o cada 2 días.

Comentarle que es razonable que monitorice su peso, pero que hacerlo con más frecuencia suele llevar a una preocupación inadecuada por las fluctuaciones normales del peso debidas a cambios en el balance de fluidos.

Explicarle que las fluctuaciones diarias en el peso no deben confundirse con los cambios en el peso a largo plazo. Sólo es legítimo concluir que el peso está cambiando si hay una tendencia consistente durante varias semanas.

Por otro lado, es bueno que se pese (una vez a la semana) porque es una buena manera de identificar ciertos pensamientos problemáticos relativos al peso y la figura. Para ello, inmediatamente después de pesarse, la paciente escribe al lado del resultado de su peso, en el reverso del autorregistro, qué es exactamente lo que le viene a la mente al pesarse.

Después, cuando el tratamiento esté más avanzado, también le pediremos que anote sus pensamientos anticipatorios relativos a si ha ganado o perdido algo de peso, o si permanece igual.

El paciente decide qué día de la semana prefiere pesarse. Lo más aconsejable, suele ser la mañana del día que va a venir a la consulta. Así podemos analizar sus reacciones y ayudarle a “procesarlas” en la forma más conveniente.

### **ENTREVISTAS 3ª A 8ª.**

Cada una de estas sesiones de tratamiento se centra en la revisión de los autorregistros diarios de alimentación (figuras 2, 3 y 4). Seguidamente se introducen los temas a tratar ese día. Finalmente se encomiendan un número limitado de tareas, claramente especificadas, relacionadas con los temas tratados. En la entrevista siguiente, el terapeuta y la paciente revisan sus intentos de realizar esas tareas y en la última parte de la sesión se ponen otras.

Los pacientes con bulimia nerviosa, tienden a ser excesivamente autocríticos. Por tanto, conviene que destaquemos cualquier logro que consigan, aunque sea modesto.

A lo largo de estas sesiones, se van cubriendo los siguientes objetivos:

#### **A -Clarificación del punto de vista cognitivo sobre la bulimia nerviosa.**

Continuamos clarificando, una y otra vez, el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa. Cuando surge cualquier información o experiencia que pueda apoyar algún aspecto del modelo cognitivo, se destaca y enfatiza. Por ejemplo, si un episodio de atracón, se ha desencadenado por haber roto una regla de dieta (ej., por haber comido un trocito de chocolate) se aprovecha para ilustrar la importante cuestión de que *la adopción de reglas rígidas sobre la dieta, promueve los atracones.*

El objetivo es ayudar a la paciente a comprender, cada vez mejor, los mecanismos que perpetúan su problema alimentario; ayudándole así a que aprecie cada vez más la necesidad de que lleve a cabo los cambios cognitivos y conductuales propuestos en la terapia.

#### **B -Educación-información.**

Le proporcionamos información sobre los siguientes aspectos:

### *El peso corporal y su regulación.*

Informar a la paciente, de cómo se sitúa su peso en relación al peso promedio, según su edad y altura, es decir al peso ideal o estándar (figura 5). Decirle que no es conveniente que quiera tener un peso determinado, exacto, sino que es mejor que acepte un rango o intervalo. Este rango no debe estar por debajo del 85% de su peso estándar, porque si está por debajo le puede crear problemas psicológicos y fisiológicos severos a causa de la inanición. Hay que elegir un rango de peso deseable que no le suponga más que una moderada restricción dietética, porque una dieta más estricta facilita los atracones. En la práctica, suele ser mejor que posponga la decisión de cuál es su rango de peso deseable, hasta que adquiera cierto control sobre su alimentación, y entremos en la segunda etapa del tratamiento.

### *Las consecuencias físicas del atracón, el vómito autoinducido y los laxantes.*

Les informamos de las complicaciones físicas de la bulimia nerviosa, que son principalmente:

- Trastornos electrolíticos, en aquellas que vomitan o se purgan.
- Aumento de la glándula salivar, que puede dar al rostro de la paciente una apariencia más gruesa.
- Erosión de los dientes.
- Edema intermitente, sobre todo en aquellas que toman gran cantidad de purgas o diuréticos.
- Irregularidades en la menstruación.

Sólo los trastornos electrolíticos son peligrosos, médicamente hablando, y aun así raramente necesitan tratamiento específico. Generalmente es suficiente centrarse en el tratamiento del problema alimentario, ya que cuando se normaliza la ingesta se suelen normalizar las alteraciones electrolíticas. Lo mismo ocurre con los demás trastornos físicos, excepto con el daño dental que puede ser permanente. En el caso de la menstruación, puede pasar un tiempo hasta que se normalice.

### *La relativa ineficacia de los vómitos y las purgas, como método para controlar el peso.*

El principal punto a destacar es que los atracones suelen implicar el consumo de una gran cantidad de calorías, y que los vómitos autoinducidos sólo expulsan un 50% de lo que se ha ingerido. En cuanto a los laxantes, estos tienen un mínimo efecto en la absorción de energía, y al igual que los diuréticos, su efecto en el peso es sólo a corto término. Además, producen cambios no deseables en el balance de fluidos.

### *Los efectos adversos de la dieta.*

Hay tres formas de dieta:

- evitar comer en ciertos períodos de tiempo.
- evitar comer ciertos tipos de alimentos.
- restringir la cantidad total de comida que se ingiere.

Muchas pacientes con bulimia nerviosa practican las tres formas de dieta, a menudo en grado extremo. Suelen tener unas pautas tan rígidas sobre la dieta que son imposibles de seguir, y menos aún en épocas de estrés. Además, tienden a evaluar cualquier desviación de esas reglas, como evidencia de su incapacidad para autocontrolarse, más que verlo como una prueba de que sus pautas son demasiado rígidas. La consecuencia de ese sentimiento de ineficacia suele ser el abandono temporal del autocontrol: piensan que han roto su dieta, que eso es algo terrible, que son unos inútiles y que todo está perdido; aunque al día siguiente puedan volver a instaurarla.



Una vez se ha quebrado la creencia en la capacidad de autocontrol sobre la ingesta, otros factores que ayudan a caer en el atracón son:

- el placer de comer alimentos prohibidos.
- la distracción momentánea de otros problemas que le angustian.
- el alivio temporal de los sentimientos de depresión y ansiedad.

Lo principal a resaltar, es el hecho de que *hacer dietas favorece la aparición del atracón*. Nuestro objetivo es ayudar a la paciente a que ella misma llegue a la conclusión de que le conviene y de que puede, aprender a no hacer dieta. Hay que insistir en esto repetidamente, a lo largo del tratamiento.

### **C- Prescripción de un patrón de alimentación regular.**

Explicar a la paciente que debe hacer 5 comidas planificadas al día: desayuno, almuerzo o tentempié, comida, merienda o tentempié y cena. Pedirle que restrinja su ingesta a las comidas planificadas cada día, sin tomar nada entre una comida y otra. Las comidas se planifican en forma que no haya más de 3 horas de intervalo entre una y otra. Así, el día queda dividido en segmentos por las comidas y tentempiés.

Se le anima a seguir este patrón de alimentación, dándole prioridad a la realización de otras actividades.

Los beneficios de adoptar éste patrón de alimentación, tienen que quedar claros para la paciente: al comer con regularidad dejarán de hacer intentos no realistas de retrasar la ingesta, eliminando así un tipo de “restricción dietética” que predispone fuertemente a tener atracones.

Explicarle con claridad que éste patrón de alimentación regular tiene el efecto de superar los atracones y los intentos infructuosos de restringir la ingesta que caracterizan la mayor parte de los hábitos de alimentación de los bulímicos.

Obviamente, este patrón de alimentación hay que adaptarlo a las obligaciones diarias de la paciente. También suele ser necesario modificarlo para acomodarlo a los fines de semana. Las pacientes cuyos hábitos alimentarios estén severamente alterados, tendrán que introducir sus comidas y tentempiés de forma gradual: 1º tendrán que centrarse en la parte del día, en que su alimentación esté menos alterada (usualmente por las mañanas) y después, poco a poco, extender este patrón razonable de alimentación hasta que se cumpla durante todo el día.

Algunas pacientes son reacias a efectuar todas esas comidas porque piensan que esto les haría engordar. Podemos asegurarles que usualmente ocurre lo contrario, ya que la introducción de éste patrón de alimentación regular reduce la frecuencia de los atracones y por tanto, reduce significativamente el exceso de calorías que toman. A pesar de éstas afirmaciones, es común que las pacientes seleccionen comidas y tentempiés que sean bajos en calorías. No tiene mucha importancia, ya que en ésta etapa del tratamiento lo más importante es llegar a establecer un patrón regular de alimentación.

Conviene proponer este patrón de alimentación, como un experimento diseñado para demostrar si la paciente puede tomar todas esas comidas sin ganar peso.

### **D- Control de estímulos y medidas asociadas.**

Las técnicas de control de estímulos, cuya eficacia está bien establecida en el control de la obesidad (Mahoney 1976), se usan también en esta etapa para ayudar a las pacientes a adherirse al patrón de alimentación regular prescrito. Estas técnicas se adaptan a las necesidades y a las circunstancias de cada paciente. En unos casos se aplican todas las técnicas, y en otros solo algunas.

Las medidas de control de estímulos incluyen:

*No realizar ninguna otra actividad mientras come.*

No comer mientras ven televisión, leen, hablan por teléfono, etc. Pedirles que cuando coman, se concentren en saborear la comida. Así aprenderán a no comer automáticamente y como resultado ejercerán un mayor control sobre la ingesta.

*Comer siempre en el mismo lugar de la casa, la misma habitación, la misma mesa, etc.*

En lo posible, éste lugar se usa exclusivamente para comer y no para otras actividades.

Conviene formalizar la ingesta de alimentos todo lo posible, sentándose en el lugar adecuado, etc. También es importante, no comer nunca en el mismo espacio en el que trabaja.

*Limitar la cantidad de alimentos disponibles mientras come.*

Por ejemplo, si come pan, que coja las rebanadas que cree que va a usar y guarde en su sitio el que no piensa consumir. Si desea otra rebanada, cogerla sólo después de que haya acabado el que tenía, y después de pensar cuidadosamente si realmente desea continuar comiendo (lo mismo se aplica a cualquier otro alimento). No tener alimentos supletorios en la mesa mientras la paciente come, de modo que, si desea comer más tenga que levantarse a buscarlos.

No comer nunca directamente del armario o de la nevera, porque de esta forma es muy difícil ver la cantidad de comida consumida. Cuando coma sola, prepararse una porción cada vez, no preparar guisos para varias comidas.

*Practicar el dejarse algo de comida en el plato.*

Frecuentemente, las pacientes se sienten culpables si dejan algo de comida en el plato, porque piensan que esto es un despilfarro. Se les pide que se habitúen a pensar que ese despilfarro es mínimo en comparación con la comida que habitualmente comen, pero que realmente no necesitan (“más despilfarro es comer sin necesitarlo”). La prescripción de dejarse algo de comida, es una forma de *actuar en contra* \* de una actitud irracional, la de comerse las sobras “para que no se pierdan”

*Tirar la comida sobrante.* Así evitamos que pueda volver después a comérsela.

*Limitar la exposición a comidas “peligrosas”.*

En esta etapa es aconsejable limitar la compra de comidas cuya ingesta le resulta difícil controlar. Si no puede evitar comprarlas, tenerlas bien guardadas.

*Planificar la compra y la lista de la compra.*

Si la paciente es quien hace la lista de la compra, hacerla después de comer, cuando no tenga hambre. No decidir nunca lo que va a comprar en la misma tienda. Cuando vaya de compras, llevar sólo el dinero suficiente para comprar las cosas que ha planificado; esto es

---

\* Como señala Ellis, una forma particularmente eficaz de cambiar las actitudes irracionales contraproducentes es *actuar sistemáticamente en contra* de las mismas; es decir, actuar según las actitudes alternativas racionales.

especialmente importante cuando su autocontrol sea escaso. Comprar preferentemente alimentos que necesiten preparación en vez de aquellos que pueden ser tomados directamente, sin cocinarlos.

*Evitar en lo posible, preparar comidas para otros.*

Si esto no fuese posible, que alguien le ayude a cocinar; pidiéndole además que le ayude a disuadirle de comer fuera del horario planificado.

### **E.- Consejos acerca del vómito.**

Al explicar el modelo cognitivo, el terapeuta habrá explicado ya, que si la paciente deja de tener atracones, será muy poco probable que continúe vomitando. No obstante, se le anima a intentar dejar de vomitar lo antes posible. En este sentido, es importante que la paciente no se diga a sí misma que puede seguir con el atracón o que puede comer en exceso, con la suposición de que después vomitará.

De todas formas, en esta etapa nos centramos *en cambiar los hábitos alimentarios, más que en eliminar los vómitos.*

### **F.- Consejos acerca de los laxantes y diuréticos.**

Después de explicar la ineficacia de esas medidas para prevenir la absorción de comida, pedimos a las pacientes que dejen de tomar esas drogas, y que no guarden ninguna de ellas en casa. Muchas lo hacen así, sólo con decírselo; pero una minoría no lo consigue. Estas pacientes tendrán que llevar un registro de abandono gradual, durante el cual esas sustancias van quitándose poco a poco. La eliminación de laxantes y/o diuréticos, en algunos casos puede implicar un período temporal de aumento de peso, debido al incremento en la retención de agua, como efecto de rebote.

### **G.- Conductas alternativas al atracón y / o al vómito.**

Se pide a la paciente que elabore una lista de actividades agradables, que puedan servir como alternativas al atracón. Esas actividades pueden incluir: visitar o telefonar a amigos, hacer ejercicio, escuchar música, tomar un baño, ... Una vez hecha esta lista, hay que animarla para que se acostumbre a emprender alguna de estas actividades, en cuanto sienta el impulso de darse un atracón o de vomitar.

La utilización de actividades agradables, tiene varias funciones importantes:

- Ayudan a la paciente a resistirse al atracón o a la urgencia de vomitar cuando se sienta llena.
- Pueden ser usadas preventivamente, para disminuir la frecuencia de atracones o de situaciones que favorecen el atracón.
- Pueden ayudar a aumentar la autoestima. Muchas pacientes, a causa de su constante obsesión por la ingesta y de las alteraciones de todo tipo secundarias a su bulimia, han abandonado una serie de actividades que encontraban agradables o provechosas. El ayudarles a reinstaurarlas en su vida diaria también les ayudará a sentirse mejor consigo mismas.

### **H.- Entrevistar a algún amigo o familiar.**

En la mayoría de casos, en algún momento de la segunda parte de la 1ª etapa, el terapeuta contacta o mantiene una entrevista con algún familiar o persona próxima que conviva con la paciente. El objetivo es conseguir que ésta se abra a alguien y que obtenga un apoyo social

adecuado. Es muy conveniente que la paciente explique a sus familiares y amigos los principios del tratamiento, para que así puedan comprender cómo ayudarle. No es útil para las pacientes, el tratar de imponerles un control sobre lo que comen. Se explica a los familiares que el control externo que se les intenta imponer por otros es ineficaz a largo plazo, y que es la paciente, la que necesita aprender a manejar su problema por sí misma.

### **El progreso durante la primera etapa**

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

En aquellos casos en los que persiste la sintomatología depresiva, es posible que coexista un trastorno depresivo, que podría requerir tratamiento.

Las pacientes cuyos hábitos de alimentación no han mostrado ninguna mejoría, raramente se benefician de la 2ª etapa del tratamiento. Cuando ocurra esto, podemos considerar otras opciones, por ej., un breve período de hospitalización, durante el cual pueda establecerse un control externo. Otra alternativa sería alargar durante una semana más la etapa 1ª. Esto se justifica cuando la paciente ha hecho avances significativos pero aún tiene atracones, por lo menos una vez al día.

Si al final de 8 semanas de tratamiento intensivo, los hábitos alimentarios de la paciente no han mejorado significativamente, se aconseja abandonar este tipo de tratamiento.

Existen otras opciones como la terapia interpersonal; la exposición con prevención de respuesta; la terapia cognitiva dirigida a cambiar actitudes como la baja autoestima, el perfeccionismo o la falta de asertividad; o el tratamiento de otras psicopatologías coexistentes como un posible trastorno de personalidad

## **ETAPA 2.**

Dura 8 semanas. Las entrevistas se realizan semanalmente. En esta etapa nos centramos más en la reestructuración cognitiva que en la 1ª. Se trabaja en los siguientes objetivos:

### **ELIMINAR LA DIETA**

Este es uno de los objetivos cruciales del tratamiento. Recordarle, que la dieta favorece los atracones y que, por tanto, es esencial que deje de hacerla.

Abandonar la dieta, no significa que necesariamente gane peso, ya que muchas de sus entradas calóricas pueden deberse a los atracones. Informar a la paciente, de que en la mayoría de casos el tratamiento produce cambios mínimos en el peso.

La evitación que hacen muchos pacientes de ciertos tipos de alimentos (el 2º de los 3 tipos de dieta), puede evaluarse pidiendo a la paciente que visite un supermercado y que anote todos aquellos que es reacia a ingerir, a causa de sus posibles efectos en la figura o el peso.

Los alimentos evitados se jerarquizan según su grado de rechazo, y se categorizan en cuatro grupos de dificultad creciente. Cada semana, el terapeuta pide a la paciente que consuma los alimentos de uno de los 4 grupos, empezando por los más fáciles, hasta llegar a los más difíciles.

Esos alimentos se consumen como parte de una comida o un tentempié planificados, y sólo mientras la paciente sienta que tiene un razonable grado de control sobre la ingesta.

Al principio, la cantidad de comida no es importante, y puede bastar con tomar pequeñas cantidades. Sin embargo, la meta es que sea capaz de comer cantidades normales sintiéndose cómoda al hacerlo.

La eliminación de la 3ª forma de dieta, es decir, de la restricción sobre la cantidad total de comida ingerida, se logra en forma equivalente a la introducción de comidas que evitaba. Durante la revisión y el análisis detallado de los autorregistros, podemos determinar cuándo la paciente está comiendo demasiado poco. Si éste es el caso se le pide que coma más, hasta que consuma por lo menos 1500 calorías diarias.

Un pequeño número de pacientes, encuentra imposible obedecer esas instrucciones conductuales, siendo incapaces de introducir los alimentos prohibidos. En algunos casos, si comienzan a ingerirlos, toman más de la cuenta y quizá también vomiten. Tales pacientes, pueden beneficiarse de una forma de exposición asistida por el terapeuta. Se trata de acompañarle a comer las comidas que evita, durante la sesión del tratamiento, y después ayudarle a combatir el impulso de darse un atracón y/o vomitar. Esas sesiones necesitan una cuidadosa planificación, haciendo a la paciente plenamente consciente de qué es lo que se le propone y por qué. En estos casos, la comida que le crea problemas se consume en la 1ª parte de la sesión, dedicando el tiempo restante a ayudarle a identificar los pensamientos e imágenes contraproducentes y a manejar las alteraciones emocionales que tengan lugar.

Usualmente, se necesitan varias sesiones con diferentes tipos de comida en cada ocasión. Entre sesiones, se le pone como tarea ingerir esos alimentos, sin llegar a darse atracones o vomitar y sin romper su patrón regular de alimentación. Estas ingestas las anota en el registro diario de alimentación y después las revisamos.

En este punto, se les explica también la conveniencia de *actuar en contra* de sus actitudes contraproducentes y a favor de una actitud más razonable. Por ejemplo, a algunas pacientes que son muy conscientes de su ingesta de calorías, les desagrada tomar alimentos cuyo contenido en calorías es incierto. Así, pueden insistir en preparar su propia comida para conocer bien su composición. En estos casos, se les pide que tomen comidas cuyo contenido calórico sea difícil de determinar y que lo hagan en diferentes circunstancias, como en restaurantes, picnics, etc. Por la misma razón, se les pide que varíen su alimentación, haciendo que su dieta sea lo más variada posible.

## REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Durante la primera etapa hemos ayudado a la paciente a captar sus pensamientos problemáticos (anotándolos en la columna 6 del registro diario de alimentación) y a analizarlos después para ver su relación con el modelo cognitivo de la bulimia nerviosa.

Dada la importancia de los pensamientos y creencias, en determinar las emociones y las conductas (también las conductas relacionadas con la alimentación), en esta etapa nos proponemos que la paciente aprenda a: identificarlos con mayor claridad, a cuestionarlos buscando evidencias a favor y en contra, y a buscar formas alternativas de ver las cosas, en forma más conveniente.

Los procedimientos utilizados son similares a los descritos en la terapia cognitiva de Beck para la depresión y la ansiedad.

### **Distorsiones cognitivas**

Las distorsiones cognitivas típicas de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, han sido descritas en detalle por Fairburn, Garner y Bemis. Veamos algunos ejemplos típicos:

*Abstracción selectiva.* Consiste en basar una conclusión en detalles aislados, mientras se ignora la evidencia contradictoria que es mucho más llamativa. Ejs.: "La única forma en que puedo tener autocontrol es a través de la comida", "Si estoy delgada soy extraordinaria".

*Sobregeneralización.* Sacar una regla general sobre la base de un solo suceso. Ejs: "Cuando el mes pasado empecé a comer con normalidad, no era feliz; así que aunque aprenda a comer bien, no me sentiré mejor"

*Magnificación (sobreestimación del significado de un suceso no-deseable).* Los hechos son adornados con significados no apoyados por el análisis objetivo. Ej., "sí alguien me dice que he ganado peso, no podré soportarlo", "Si aumento 2 kgs, ya nunca podré vestir pantalón corto".

*Pensamiento todo-nada.* Pensar en términos extremos absolutos. Los sucesos son valorados únicamente como blancos o negros, buenos o malos, correctos o totalmente equivocados. Ejs.: "Si no tengo un control perfecto, lo perderé por completo", "Si aumento un kilo, también puedo aumentar cien", "Si no consigo establecer una dieta, todo será caótico y no podré cumplir con nada".

*Personalización y autorreferencia.* Son interpretaciones egocéntricas de los sucesos, o del comportamiento de otras personas. Ejs.: "Esas personas se reían y hablaban de algo cuando yo pasaba por allí. Seguro que hablaban de que me encontraban desagradable porque he ganado 3 kilos", "Me pongo nerviosa si otra persona me mira cuando como", "Cuando veo a alguien muy obeso, me imagino a mí misma con un aspecto similar".

*Pensamiento supersticioso* o creencia en las relaciones causa-efecto en situaciones que no tienen esa relación. Ej., "si como algo dulce puedo engordar instantáneamente."

### **Procedimientos para identificar y hacerse más consciente de los pensamientos problemáticos**

- Ponerle tareas para casa que es probable que le provoquen pensamientos problemáticos. Ejs.: pesarse una vez a la semana; tomar una comida prohibida o algo cuyo contenido calórico no conoce; inspeccionarse a sí misma en un espejo de cuerpo entero; comparar su figura con la de otra mujer; vestir ropas muy ceñidas, como un leotardo, un bañador, etc.; emprender actividades que inviten a compararse con la figura de otras, ej., clases de gimnasia, probarse ropas en las tiendas... Mientras hace esto, anota los pensamientos que pasan por su mente en ese momento, mientras lleva a cabo la tarea.
- Pedir a la paciente que haga registros de pensamientos en ciertas circunstancias naturales. Por ej., cuando coma más de la cuenta (situación que se refleja en los registros con un asterisco) o cuando le hagan algún comentario acerca de su apariencia.

- Provocar los pensamientos problemáticos durante la sesión de terapia. Ej., se le pide: 1) que imagine que alguien le dice que tiene un aspecto más saludable de lo habitual o que su apetito ha mejorado; 2) que se imagine poniéndose las ropas y sintiendo cómo éstas le aprietan o descubriendo que su peso ha aumentado.

### **Analizar y cuestionar los pensamientos problemáticos.**

Este proceso incluye varios pasos:

- 1) *Reducir o traducir el pensamiento a su esencia.* Por ejemplo, el pensamiento "me veo gorda", puede tener diferentes significados, como "tengo sobrepeso", "me veo horrible" o "pareceré obesa a cualquiera que me mire". También puede referirse a una emoción displacentera que hace que la paciente se sienta repulsiva.
- 2) *Buscar los argumentos y evidencias que sirven de apoyo a los pensamientos problemáticos.* Por ej., si la paciente ha aumentado de peso, éste hecho puede servir de soporte al pensamiento "me estoy volviendo obesa", especialmente si la ganancia de peso en el pasado la ha llevado en realidad a estar obesa.
- 3) *Buscar argumentos y evidencias (lógicos y empíricos) que pueden poner en duda al pensamiento problemático.* Por ejemplo, si la paciente del ejemplo anterior sólo ha ganado unos gramos de peso, eso no puede equipararse a una obesidad inminente. La noción "me estoy volviendo obesa", se examina y operacionaliza.
- 4) *Usar el cuestionamiento socrático.* Se lleva a la paciente a considerar cuestiones como: ¿En qué momento se empieza a estar obeso?, ¿Puede la obesidad concretarse en una figura específica o en un peso específico, por ejemplo, en una talla de ropa?, ¿Estás aproximándote a esa talla o figura?
- 5) *Ayudarle a que genere contraargumentos.* Por ej., para que la paciente aprenda a considerar qué es lo que piensan otras personas ante una situación similar, le ayudamos con preguntas como: ¿Otras personas concluirían que están obesas, si aumentan unos gramos de peso?, ¿Considerarías que otras personas con tu talla y/o tu peso están obesas?, etc. Así se da cuenta de que se está aplicando una normas rígidas a sí misma, mientras que aplica otras menos rigurosas a las demás personas. En forma similar, la llevamos a cuestionarse si está confundiendo la impresión subjetiva ("sentirse obesa") con la realidad objetiva ("tener sobrepeso estadísticamente hablando"). También le ayudamos a identificar los errores de atribución, preguntándole por ejemplo, ¿Puede deberse la ganancia de peso a la retención de fluidos premenstruales, más que a que hayas comido más de la cuenta?
- 6) *Buscar posibles errores de razonamiento* como el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva o la sobregeneralización

### **Experimentos conductuales.**

Siempre que sea posible, se utilizan los experimentos conductuales como forma de obtener información relevante para el pensamiento que estamos tratando. Es uno de los métodos más eficaces para modificar creencias. Veamos algunos ejs:

- Muchas pacientes están convencidas de que están gordas o de que tienen demasiada barriga, etc., aunque nunca hayan analizado ni cuestionado esa creencia. En tales casos, puede ser útil sugerirle a la paciente que le pregunte a un amigo de confianza, su punto de vista sobre ello, que pregunte a sus amigas qué talla usan, etc.

- Es bastante común que la paciente insista en que algunos días está gorda y que otros está delgada o menos gorda. Esta creencia irracional puede ser comprobada, sugiriéndole que durante una semana o dos, decida cada día si está gorda y lo anote en el registro: Después comprobará pesándose, si esa impresión corresponde a su peso real. Casi siempre se encuentra que no hay ninguna relación real.

Las técnicas utilizadas en la BN para identificar y cuestionar los pensamientos, creencias y actitudes problemáticas, se parecen a las utilizadas en los trastornos de ansiedad, en la depresión y, en ocasiones, en los trastornos de personalidad

Una vez que la paciente se ha acostumbrado a examinar sus pensamientos problemáticos en las sesiones, se le pide que practique éstas técnicas por sí misma, anotando sus pensamientos al dorso de su autorregistro diario de alimentación. Se le anima para que practique tan a menudo como sea posible y se analizan sus intentos, en cada sesión de tratamiento.

### **Creencias contraproducentes, típicas de la BN.**

Algunos ejemplos típicos serían:

- “Necesito estar delgada, porque es equivalente a tener éxito, ser atractiva y ser feliz”.
- “Debo evitar a toda costa engordar, porque sería equivalente a fracasar y a convertirme en un ser repelente e infeliz”.
- “Debo ser autoexigente o me convertiré en alguien débil e inútil”.
- “Necesito controlar mis comidas, peso, etc., porque es señal de disciplina y buen hacer”.
- “Cualquier cosa diferente al éxito total, es un fracaso total”.

Ver también las que se incluyen en la figura 1 y en el cuadro de la página 23.

Está claro que estas creencias y valores, son formas extremas de puntos de vista muy comunes. Es su carácter dogmático exagerado e inflexible, el que los hace más problemáticos.

### **Considerar las ventajas e inconvenientes de mantener esas creencias.**

Cuando examinamos y cuestionamos estas actitudes, es importante que le ayudemos a *considerar qué ventajas obtiene* al adherirse a ellas. Ejs:

- Al juzgar su autoestima en términos de su figura y su peso, la paciente cuenta con una medida objetiva y simple sobre sus logros y sus debilidades.
- Al demostrarse a sí misma que ella puede influir en su figura y en su peso y controlar su ingesta, está demostrándose que es capaz de ejercer control sobre su vida.
- Al concluir que está obesa se da una excusa para justificar ante sí misma el tener un montón de problemas interpersonales.

Pero, usualmente, queda claro que la mayoría de estos beneficios, sólo lo son a corto término y las consecuencias a largo plazo suelen ser muy desventajosas.

Le ayudamos a concretar y objetivar esas desventajas. Ejs. :

- Es improbable que lleguen alguna vez a estar del todo satisfechas con su peso o con su figura. Por tanto, si continúan con las actitudes, las creencias y el sistema de valores según el cual la figura y el peso tienen una alta prioridad, es probable que permanezcan perpetuamente insatisfechas con ellas mismas.



- Su preocupación por el peso y la figura, puede impedir que reconozcan, afronten y superen problemas más fundamentales, como por ejemplo, la falta de asertividad, la baja autoestima o sus dificultades interpersonales.

### **Ayudarle a buscar conclusiones razonables que reemplacen a las creencias-actitudes irracionales que antes regían sus conductas y emociones contraproducentes.**

Cuando se examinan los pensamientos y actitudes problemáticas, es esencial identificar las actitudes alternativas deseables. En general, el terapeuta anima a la paciente a que adopte *creencias y valores menos extremos y más flexibles*. Por ejemplo, en lo que respecta al tema del autocontrol, la paciente puede decidir que cierto grado de autocontrol es deseable, pero que es contraproducente exigirse un autocontrol total, en todas las esferas y durante todo el tiempo.

Por cada actitud-creencia contraproducente, redactará una frase breve que exprese la creencia actitud deseable, que utilizará en adelante para dirigir su conducta, ej., “me acepto incondicionalmente y me considero valiosa, aunque tenga muchos fallos y limitaciones”. Se procura actuar según las nuevas creencias racionales (y en contra de las anteriores creencias irracionales) siempre que sea posible. También puede ser útil recitar esa conclusión en forma de frase, cada vez que surge la antigua creencia o pensamiento contraproducente.

Una vez se llegue a una de estas conclusiones, la paciente tiene que recordarlas repetidamente y utilizarlas para que gobiernen su comportamiento. Es decir, *habituarse a actuar en contra de las actitudes irracionales que desea cambiar y actuar según las actitudes alternativas que desea instaurar y fortalecer, hasta que se conviertan en hábitos automáticos*.

A veces, esto puede significar que durante un periodo de tiempo actúe en formas que parezcan extrañas. Por ejemplo, si la paciente descubre que ha ganado cierto peso, puede elegir ropas que subrayen su figura más que ropas que la disimulen. Tal conducta puede ser compatible con la conclusión de que "no me evalúo a mí misma según mi figura y mi peso".

### **Explorar el origen de sus creencias (esquemas) contraproducentes, cuando sea factible.**

Aunque no es necesario en muchos casos, en la mayoría puede ser útil explorar el origen de las creencias y valores de la paciente. Para ello podemos utilizar técnicas similares a las que utiliza Beck para tratar los trastornos de personalidad

Esto ayuda a la paciente a aumentar su comprensión del desarrollo y mantenimiento de su problema, dándole una sensación de autoeficacia al comprender su pasado.

Para ello, se le pide que reflexione sobre la evolución de su problema de alimentación. Se investigan las raíces más tempranas, como la influencia de sus padres y demás familiares, y el papel de la moda y las presiones sociales para estar delgada.

Conviene que aprenda a distinguir entre los factores que es probable que hayan contribuido al inicio del problema y los factores que contribuyen a mantenerlo.

Algunas pacientes llegan a estar particularmente interesadas por la influencia de los factores socioculturales. A ellas se les pueden recomendar libros de autoayuda como "Las trampas del cuerpo". Pero advertirles de que no sigan los consejos de esos libros sin comentarlos antes con el terapeuta.

### **Resistencias**

Algunas pacientes se resisten a la reestructuración cognitiva. Usualmente, esta resistencia surge del miedo a lo desconocido, de la creencia en que la terapia está empezando a ser

inaceptablemente intrusiva, y del temor producido porque ciertos aspectos fundamentales y antes no-conscientes acerca de sí misma, están empezando a emerger al exterior. Esta resistencia a embarcarse en la reestructuración cognitiva es comprensible. La abordamos como una actitud contraproducente y la tratamos con los mismos métodos que cualquier otra. Usualmente, su reticencia disminuye después de 1 ó 2 sesiones, especialmente si se empiezan a dar cuenta de los beneficios potenciales de esta autoexploración.

Una minoría de pacientes, parecen incapaces de hacer estas tareas cognitivas. Aunque parecen comprender las razones y se muestran muy dispuestas a hacer las tareas para casa, se muestran incapaces de identificar sus pensamientos. Esta falta de habilidad para examinar sus procesos cognitivos, dificulta la reestructuración cognitiva. Con tales pacientes pueden dejarse de lado los aspectos más introspectivos y centrarse en intervenciones conductuales que también pueden llevar a cambios cognitivos.

### **Identificar otras distorsiones cognitivas**

*En algunos casos, pero no en todos*, es importante identificar y poner a prueba hasta modificarlas, otras distorsiones cognitivas, no relacionadas directamente con los problemas de alimentación. Las más comunes son las referidas a la "*autoevaluación negativa*". Otros que son también frecuentes son la "*falta de asertividad*" o al "*perfeccionismo extremo*"\*

### **Trabajar las distorsiones de la autoimagen corporal.**

Algunas pacientes con bulimia nerviosa, tienen una clara distorsión de la imagen corporal, según la cual sobreestiman su talla o alguna parte de su cuerpo.

Esta alteración no suele superarse cuando se intenta modificar directamente. Sin embargo, en la mayoría de pacientes que responden al tratamiento psicológico, estas distorsiones de la imagen corporal se resuelven sin necesidad de hacer intervenciones específicas dirigidas a corregirlas.

Si el fenómeno es muy prominente, el terapeuta puede ayudar a la paciente a reconocer esta distorsión y a seguir funcionando, aunque ella siga ahí. Le proveemos con todas las evidencias posibles que clarifiquen esta distorsión y la animamos a reatribuirla a su enfermedad.

Como sugieren Garner y Bemis, podemos explicarle que es como si se hubiese vuelto daltónica con respecto a su figura. Siempre que se perciba como obesa puede recordarse a sí misma que tiene esta distorsión, y que es mejor juzgar su imagen corporal en función de las opiniones de personas fiables de su alrededor y según los datos objetivos, como el peso que comprueba semanalmente y las tallas de la ropa que usa.

### **Repulsa y evitación de la imagen corporal.**

Algunos pacientes con bulimia nerviosa tienen sentimientos de *extrema repulsa* hacia el propio cuerpo (esto ocurre más a menudo a pacientes con anorexia nerviosa).

Usualmente, las pacientes con esta distorsión de la imagen corporal, *evitan mirar sus cuerpos*. Por ejemplo, pueden vestirse o desvestirse en la oscuridad, usar ropas anchas sin forma, evitar espejos y en casos más extremos, no bañarse jamás y ducharse con ropa.

---

\* Ver: "Sentirse bien" de Burns, ed. Paidós, "Cuando digo no, me siento culpable", de Smith, ed. Grijalbo, y "Cómo actuar con seguridad, de Stewart, ed. Paidós. Estos libros pueden recomendarse también como lecturas de autoayuda.

*El tratamiento de este trastorno, requeriría la exposición:* en lugar de seguir su tendencia de evitar el mirarse, la paciente tendrá que hacer lo contrario. Por ejemplo, mirarse al espejo, ir en bañador, acudir a saunas o ir a clases de aeróbic. Se trata una vez más de *actuar en contra de la creencia o esquema disfuncional*.

## **ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Una vez que la paciente ha regularizado en parte su ingesta, comiendo en exceso sólo en ocasiones (no en forma habitual, como al principio), será más fácil identificar las circunstancias que facilitan los atracones.

El entrenamiento en solución de problemas se utiliza como una ayuda para que la paciente pueda manejar las dificultades, que de otra forma, podrían resultar en un atracón.

Al revisar los autorregistros diarios de alimentación, se identifica algún episodio de pérdida de control sobre la ingesta y las circunstancias que lo desencadenaron o facilitaron.

Después, usando ese ejemplo, se explican a la paciente las pautas a seguir para la solución de problemas.

Le explicamos también que aunque la técnica parezca difícil de aplicar al principio, si la utilizamos en forma sistemática llega a convertirse en algo muy sencillo.

El entrenamiento en resolución de problemas intenta ayudar a la paciente a resolver las dificultades de la vida diaria. Es un proceso lógico, que tiene varias etapas basadas en el sentido común:

- Etapa 1. *Definir el problema y especificarlo con tanta precisión como sea posible.* Puede que así nos demos cuenta de que hay varios problemas coexistentes, en cuyo caso consideraremos uno después de otro. *Reformular el problema en forma más racional y conveniente* puede ser muy útil.
- Etapa 2. Hallar formas *alternativas* de manejar el problema. la paciente genera tantas como pueda. Vemos inmediatamente que algunas de estas soluciones no son practicable, pero hay que incluirlas en la lista de posibles alternativas. Cuantas más soluciones sean generadas, con mayor probabilidad encontraremos una que sea útil.
- Etapa 3. *Evaluar* en cada alternativa, la probabilidad de que pueda ser eficaz y su practicabilidad
- Etapa 4. *Elegir* una alternativa. A veces, lo mejor es combinar varias soluciones.
- Etapa 5. *Definir los pasos* requeridos para la puesta en práctica de la alternativa elegida.
- Etapa 6. Ponerla en práctica.
- Etapa 7. Evaluar el proceso completo de solución de problemas, al día siguiente, a la luz de las consecuencias que hemos obtenido. Revisar cada una de las etapas de la solución de problemas y ver si el proceso se podría haber mejorado en algo.

Pedir a la paciente que practique éste método de solución de problemas a la menor oportunidad y que lo anote en el registro diario de alimentación. Cuando le surja cualquier dificultad que escriba "problema" en la columna 6 de su registro, y por detrás que anote cada una de las etapas del ejercicio de solución de problemas que lleva a cabo para resolverlo.

Explicarle que la técnica puede ser aplicada a cualquier dificultad diaria; que si usa esta técnica eficazmente puede mejorar su habilidad para manejar las situaciones que anteriormente la llevaban a tener atracones, y que si se acostumbra a detectar las dificultades potenciales, esto la llevará a una reducción en la frecuencia de tales problemas.

### **Progresos durante la 2ª etapa.**

En la gran mayoría de casos, la etapa 2ª produce una consolidación de las ganancias hechas en la 1ª fase del tratamiento. Los atracones se vuelven infrecuentes o cesan por completo, mientras que los pensamientos y las actitudes problemáticas hacia el peso y la figura se vuelven menos prominentes.

Ocasionalmente, el progreso es lo bastante rápido para justificar un acortamiento del curso del tratamiento. Pero el progreso no hay que juzgarlo solo por las conductas. Es posible que la paciente mejore en cuanto a las conductas, pero continúe con sus creencias problemáticas, lo cual, según el punto de vista cognitivo, mantendría el trastorno.

En tales casos, el progreso es probable que fuese solo a corto plazo.

Si aún quedan algunos problemas cognitivos y conductuales, después de completar esta 2ª etapa, esto no implica necesariamente que se amplíe el tratamiento. La experiencia sugiere que con alargarlo se consiguen pocas ganancias.

## **ETAPA 3º**

Es la etapa final del tratamiento. Consiste en 3 entrevistas realizadas cada 15 días.

El objetivo de esta etapa es asegurar que el progreso se mantenga después de la terapia, o dicho de otra forma, la preparación para las dificultades en el futuro o prevención de recaídas.

Con las pacientes que aún tienen algún síntoma, que son la mayoría, y que se preocupen por la finalización del tratamiento, se les asegura que lo usual es que continúen mejorando después de acabar la terapia

En esta etapa final, hay que asegurarse de que las expectativas de las pacientes son realistas. Muchas esperan no volver a comer en exceso, ni a vomitar ni a usar laxantes nunca. Esta expectativa ha de ser cuestionada porque les haría más vulnerables a reaccionar catastróficamente a cualquier pequeña recaída, ya que podrían ver cualquier comportamiento transitorio de este tipo como evidencia de una recaída completa.

Hay que aprender a diferenciar una "caída" o desliz (lapse) de la recaída (relapse). La visión del primer término reconoce la existencia de grados de deterioro. La del segundo es una muestra del pensamiento todo o nada. Los dos términos también tienen diferentes implicaciones en lo referente a la habilidad de la paciente para influir en la situación: una "caída" o "desliz" puede ser corregida mientras que el concepto de recaída (relapse) supone más bien que uno vuelve a estar como al principio del proceso y que ha olvidado todo lo aprendido.

Recordar a la paciente que mucha gente come más de la cuenta en alguna ocasión y que esto no es nada anormal, ni es signo de que se haya deteriorado el control sobre la alimentación. También hay que prevenirlas para que no sean hipersensibles a cualquier signo de que se han descontrolado con la comida, para que no etiqueten cualquier exceso normal como "atracon". Es más útil, ser capaces de permitirse a sí mismas pasarse con la comida en alguna ocasión, sin verlo como algo negativo.

Durante este estadio final del tratamiento, se les pide que consideren qué ingredientes terapéuticos les han sido más útiles. También se les pide que preparen un conjunto de instrucciones por escrito para afrontar ocasiones futuras en que sientan que su alimentación está empezando a ser un problema.

En la penúltima sesión, se analiza todo esto detalladamente y se acuerda un plan de mantenimiento en el cual se bosqueja y da forma a las medidas a tomar. Lo lógico es esperar alguna pequeña recaída ocasional. El problema alimentario puede constituir algo así como su "talón de Aquiles", por el cual, su comida o su vómito puede permanecer como una respuesta al estrés. Debe recordarse a la paciente que ha desarrollado habilidades para manejar el problema alimentario durante el tratamiento y que esas mismas habilidades pueden ser usadas si surge el problema de nuevo.

Deben revisarse los registros, anotar cómo se han producido algunos retrocesos, y sacar conclusiones de cómo pueden prevenirse las posibles recaídas.

Recordarles los riesgos de hacer dieta. Puede caer en la tentación de volver a hacerla en alguna ocasión futura, por ejemplo, después de tener un hijo, siendo esto bastante problemático. Se analizan las indicaciones razonables para hacer una dieta y se admite sólo si hay un sobrepeso claro en comparación a su peso estándar o si existen razones médicas para hacerla.

## **SUBGRUPOS DE PACIENTES BULÍMICAS ESPECIALMENTE DIFÍCILES QUE PRECISAN MODIFICACIONES EN EL TRATAMIENTO**

- **Bulímicas con peso demasiado bajo** (por debajo del 80% del peso estándar). Estas pacientes más bien serían anoréxicas del subgrupo "bulímico". El énfasis inicial se pone en la reinstauración del peso normal, aunque esto puede hacerse en combinación con los elementos de la 1ª fase del tratamiento de la bulimia nerviosa.
- **Bulímicas con sobrepeso** (por encima del 120% del peso estándar). Estas pacientes son particularmente difíciles de tratar. Establecer su rango de peso deseable razonable suele ser problemático ya que a menudo parece apropiado uno más alto que el estándar. Además conseguir que no hagan dieta, siempre encuentra resistencias. Parece apropiado que hagan ciertas restricciones pero hay que elegir pautas dietéticas que no faciliten los atracones. En general lo mejor es recomendarles que tomen poca cantidad más que evitar ciertos tipos de alimentos o hacer menos comidas. También conviene ayudarlas a incrementar su gasto de energía diario habituándose a hacer ejercicio.
- **Pacientes con problemas en el control de impulsos.** Una pequeña minoría de pacientes con bulimia nerviosa son también dependientes del alcohol o drogas y algunas presentan

dificultad en el control de impulsos en general (Lacey y Evans, 1986). Usualmente los problemas con el alcohol o las drogas necesitan ser atajados antes de empezar a tratar los problemas alimentarios. Puede estar indicado un período de internamiento en un hospital.

- **Bulímicas diabéticas.** Cuando la BN y la diabetes coexisten, a menudo hay una interacción negativa entre los dos trastornos. Algunas diabéticas, utilizan la pérdida de peso propia de su enfermedad, para perder peso. Su deseo de estar delgadas, está por encima de su deseo de estar sanas. El tratamiento es complicado y requiere una estrecha colaboración entre terapeuta y médico.
- **Pacientes con una autoevaluación negativa desde hace mucho tiempo.** Algunas bulímicas tienen tendencia a juzgarse a sí mismas en forma muy autodenigrante. Se evalúan muy negativamente en todos los aspectos y a menudo lo han hecho así desde hace muchos años. Esas pacientes, responden peor a los tratamientos psicológicos breves y podrían beneficiarse de alguna terapia cognitiva a largo plazo, tales como las que describen Garner y Bemis (1985).

## OTROS CASOS ESPECIALES

### **Pacientes a medio camino entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**

En los casos de pacientes cuya sintomatología este a mitad de camino entre la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa de tipo purgativo, el tratamiento de la bulimia nerviosa ha de ser considerado antes que el de la anorexia nerviosa, por dos razones:

- Aunque la bulimia nerviosa se ha descrito más recientemente que la anorexia nerviosa, su tratamiento se ha investigado más.
- Existe un amplio acuerdo en cuanto a que el tratamiento de elección para la bulimia nerviosa, es la terapia cognitivo-conductual, mientras que el tratamiento de la anorexia nerviosa no está tan claramente establecido.

### **Criterios de hospitalización**

Aunque la gran mayoría de pacientes con bulimia nerviosa pueden ser tratados a nivel ambulatorio, Fairburn señala tres indicaciones para la hospitalización:

- Si la paciente está demasiado deprimido o tiene riesgo de suicidio.
- Si pelagra su salud física, siendo la causa más frecuente el que tenga un trastorno electrolítico severo.
- Si el trastorno en la alimentación, es refractario al tratamiento ambulatorio.

Fairburn señala que esas indicaciones de hospitalización, se dan en menos del 5% de los casos.

### **Terapia de grupo.**

Existen diversas razones por las que una terapia de grupo para pacientes con bulimia nerviosa parece interesante. Además de la favorable relación eficacia-coste, la terapia de grupo puede ayudar a reducir el sentimiento de vergüenza y aislamiento. Dado que ciertos procedimientos del tratamiento se usan en forma estándar, por ej., la educación, los procedimientos al establecer un patrón regular de alimentación, etc., parece razonable esperar que pueda ser tan efectiva como a nivel individual. Pero la investigación disponible sugiere que no es así. El mayor problema es que suelen rechazar el tratamiento en grupo. Hasta ahora no existen estudios comparativos sobre un mismo programa de tratamiento a nivel individual y de grupo.

## **MODALIDAD (PROGRAMA) DE LA BN**

### **CONTENIDOS**

- Delgadez = belleza, éxito, felicidad
- No-delgadez = a ser repulsiva, fracasada y desdichada
- Autoestima y autoaceptación: condicional a la delgadez
- Necesito estar delgada (actitud de exigencia-necesidad)

### **DISTORSIONES**

- Magnificación: verse obesas sin estarlo, o verse mas gruesas de lo que están. Ej” si gano 2 Kgs, nunca podré volver a vestir pantalón corto”.

- Sobregeneralización: “una amiga me llamo gordita una vez y eso significa que soy obesa”.
- Pensamiento dicotómico: “ayer me comí un pastel, eso demuestra que no puedo controlarme”
- Personalización: “se reían al pasar. Seguro que comentaban que estoy gorda porque he ganado 2 Kgs.”
- Pensamiento supersticioso: relación causa-efecto inexistente: “si como un poco de... engordaré mucho”
- Error de atribución: la gente me hace mucho daño si me dice que he engordado
- Profecías autocumplidas, ej. “no puedo” (evitar darme el atracón o vomitar; curarme, etc.)



