

salud mental

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Subdirección General de Salud Mental
Servicio Murciano de Salud

ELABORACIÓN Y REDACCIÓN:
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL. Servicio de Programas Asistenciales
Servicio Murciano de Salud
Hospital Psiquiátrico “Román Alberca”
Ctra. Mazarrón, s/n. 30120-El Palmar
Murcia (España)
Tfno-fax: 968 36 57 66

IMPRIME:
INTEGRAF MAGENTA, S.L.
(Empresa de Inserción Socio-Laboral)
Polígono Industrial “La Polvorista”
C/ Ulea, s/n.
30500 Molina de Segura (Murcia)
Tfno.: 968 64 40 75
correo@integralfmagenta.com

I.S.B.N.: 84 - 95393 - 62 - X
D.L.: MU - 1.051 - 2005



Sub-Comisión de revisión bibliográfica:

Ascensión Garriga Puerto, Psicóloga clínica, C.S.M. de San Andrés

José Martínez Serrano, Psiquiatra, C.S.M. de Lorca

Julio C. Martín García-Sancho, Jefe de Servicio Programas Asistenciales, Subdirección de Salud Mental

Comisión de elaboración del documento:

Ascensión Garriga Puerto, Psicóloga clínica, C.S.M. de San Andrés

José Martínez Serrano, Psiquiatra. C.S.M. de Lorca

Juana González Boluda, Psicóloga clínica. C.S.M. Infante

Carmina San Llorente Portero, enfermera, C.S.M. Infante

Gonzalo Pagán, Psiquiatra, Unidad de Trastornos de la Alimentación, Alicante

M^a Luisa Pujalte Martínez, C.S.M. de San Andrés

Inmaculada Cárcelos Arnau, Psicóloga clínica, C.S.M. de Yecla

Fuencisla Martín Martín, enfermera, C.S.M. de Yecla

Ana Hurtado, enfermera, C.S.M. de Cartagena

M^a José Camacho, enfermera, C.S.M. de Lorca

Antonio Morenete Vega, Psicólogo clínico, C.S.M. de Lorca

Coordinación: Julio C. Martín García-Sancho, Subdirección de Salud Mental

Sugerencias por e-mail: julioc.martin@carm.es

Sugerencias por fax: 968 36 57 66

Sugerencias por correo: Julio C. Martín, Hospital Psiquiátrico,
Carretera del Mazarrón s/n. - El Palmar (Murcia)



Agradecimientos:

Por su participación en los cursos de formación queremos agradecer la preparación del curso "Trastornos de la conducta alimentaria" a Gonzalo Pagán, Rosa Viñas, Ascensión Garriga y Francisca Alcahud y por el de "Tratamiento grupal de la bulimia nerviosa" a Ascensión Garriga, M^a Luisa Pujalte, Consuelo Molina, Paco Serrano y M^a Jesús Jiménez.

Por haber enviado sugerencias a los centros de Salud Mental de Lorca, San Andrés, Infante, Cartagena, Caravaca y Yecla-Jumilla. Además a Isabel González del C.S.M. de Lorca por sus valiosas aportaciones a título personal.

INTRODUCCIÓN	9
Elaboración de la guía	11
DOCUMENTO OPERATIVO	15
1. Definición de los Trastornos de la conducta alimentaria	17
2. Población diana	17
3. Recogida de información	19
3.1. Historia de acogida	19
3.2. Exploración psiquiátrica/psicológica	19
3.2.1. Psiquiátrica	19
3.2.2. Evaluación psicológica	20
4. Plan de actuación	20
4.1 Diagnóstico	20
4.2 Tratamiento	20
4.2.1. Objetivos generales del tratamiento	20
4.2.2. Medidas terapéuticas generales	21
4.2.3. Cuidados de enfermería	22
4.2.4. Tratamiento psicoterapéutico	22
4.2.5. Tratamiento psicofarmacológico	24
4.3 Seguimiento	25
5. Recursos necesarios	25
6. Organización y funcionamiento	25
7. Sistema de registro	26
8. Evaluación	26
9. Bibliografía práctica	26
10. Anexos	29
1. Cuestionario trastornos alimentarios	29
2. Registro de peso	35
3. Registro de alimentación	36
4. Hoja de registro de alimentación semanal	37

DOCUMENTO TEÓRICO	39
11. Introducción.....	41
12. Datos epidemiológicos.....	41
13. Comorbilidad.....	43
14. Complicaciones médicas.....	46
15. Diagnóstico diferencial.....	48
15.1 Con otras enfermedades orgánicas.....	48
15.2 Con otros trastornos mentales.....	49
16. Evolución.....	50
17. Predictores y pronóstico de evolución.....	52
17.1 Factores predictores.....	52
17.2 Factores de mantenimiento del trastorno.....	53
18. Evaluación.....	54
18.1 Exploración médica.....	54
18.2 Entrevistas semi-estructuradas.....	55
18.3 Cuestionarios autoaplicados.....	55
19. Tratamiento.....	57
19.1 Terapia cognitivo-conductual.....	59
19.2 Terapia interpersonal.....	60
19.3 Indicaciones específicas en el tratamiento de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa.....	60
20. Bibliografía.....	69

salud mental

INTRODUCCIÓN

Elaboración y utilización de la guía

Esta guía ha sido elaborada por un equipo multidisciplinar de los Centros de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Sus miembros manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

Una subcomisión ha llevado a cabo la revisión bibliográfica con el fin de hacer recomendaciones basadas en pruebas siempre que ha sido posible. De no existir evidencia, se ha recurrido al consenso en el pleno de la comisión de elaboración de la guía.

El borrador ha pasado por los Centros de Salud Mental para recibir sugerencias, que se han considerado para la redacción del documento final.

Durante los últimos cuatro años el Plan de Formación Continuada de la Subdirección de Salud Mental ha realizado dos ediciones de dos cursos "Trastornos alimentarios" y "Programas de tratamiento grupal de la bulimia nerviosa" en los que han participado 90 profesionales de la red. Esta guía es ejemplo de la relación entre gestión y formación que se preconiza en las "Líneas maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios". También pretende organizar los conocimientos de forma práctica para el clínico (documento operativo) de forma que pueda ser aplicada o consultada de forma fácil y resumida. Los cuadros y diagramas de flujo intentan sintetizar el diagnóstico o tratamiento y se pretende sean de ayuda en la práctica clínica. El documento teórico contiene una mayor información sobre los trastornos y sobre la evidencia que nos ha llevado a clasificar las recomendaciones en:

- [I] Con fiabilidad clínica sustancial
- [II] Con fiabilidad clínica moderada
- [III] Dependiendo de las circunstancias

Revisión bibliográfica

De cara a establecer las recomendaciones se han revisado la guía "Trastornos de la conducta alimentaria" de la Asociación Psiquiátrica Americana (2001) y el manual "Trastornos del comportamiento alimentario" del Insalud (2000) del Ministerio de Sanidad y Consumo. Dado que la fecha de revisión de la guía americana llega hasta 1999, se ha hecho una búsqueda en MEDLINE y Cochrane desde el año 1999 hasta el 2003, con los criterios: "anorexia nervosa or bulimia". Se han revisado todos los ensayos clínicos aleatorizados que no están incluidos en la revisión de la APA hasta abril de 2003. Otros capítulos específicos de libros de revisiones consultados han sido los de los libros: Nathan P. E. & Gorman, J.M., (2002 2nd. Edition), A. & Fonagy, P. (1996) así como la última actualización de los tratamientos empíricamente validados de la APA (Asociación de Psicólogos Americanos): Chambless, e.a. (1998). Aparte se han consultado otras obras relacionadas con el tema, dirigidas a explicar la aplicación de las técnicas de intervención. Hemos intentado sintetizar y comentar esta literatura práctica en la sección 9: Bibliografía práctica, haciendo especial hincapié en lo escrito en castellano.

Vigencia de la guía

Por ser un área de rápido crecimiento en cuanto a publicaciones y estar en estudio en el DSM-IV el trastorno por atracón (ver documento teórico apartado XVIII.3) consideramos que la guía debe revisarse en un plazo máximo de tres años.

salud mental



DOCUMENTO OPERATIVO

1

Definición

Esta guía va dirigida a trastornos de la conducta alimentaria definidos según criterios de CIE-10:

- **Anorexia nerviosa:** Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas así como una serie de trastornos funcionales.
- **Anorexia nerviosa atípica:** Anorexia que no cumple uno o más de los criterios principales de la anorexia como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico característico.
- **Bulimia nerviosa:** Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.
- **Bulimia nerviosa atípica:** Bulimia que no cumple uno o más de los criterios principales (como tener un peso normal o superior a lo normal) pero que presenta un cuadro clínico característico.
- **Otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados.**
- **Bulimia multi-impulsiva.** Perfil de baja tolerancia, frustración e impulsividad con abuso de tóxicos, desinhibición sexual, gestos autolíticos, etc. (pág. 43. documento teórico).

OBSERVACIÓN:

El uso de criterios estrictos puede impedir el reconocimiento de TCA o formas sub-clínicas en etapas tempranas de la adolescencia. Esta dificultad de aplicación de los criterios viene dada por:

1. La amplia variabilidad en el ritmo, tiempo y magnitud de la ganancia de peso y altura;
2. La ausencia de periodos menstruales y lo imprevisible de la menstruación en la pubertad temprana,
3. El poco conocimiento de conceptos abstractos, acerca de sí mismo, de sus estados afectivos y de los motivos para perder peso.

En la práctica clínica el comité de medicina adolescente de la Sociedad de Pediatría Canadiense (2001) recomienda considerar el diagnóstico de un TCA en adolescentes si se implican en prácticas de pérdida de peso potencialmente insanas y/o presentan pensamientos obsesivos sobre la comida, peso, figura o ejercicio, sin que sea necesario que cumpla los criterios DSM-IV ó CIE-10.

2

Población Diana

La guía va dirigida a pacientes derivados a los distintos Centros de Salud Mental por los equipos de atención primaria de referencia y/o por las altas hospitalarias de las unidades de hospitalización.

Será incluida en el protocolo cualquier persona que cumpla todos los criterios diagnósticos según CIE-10 para los T.C.A.

La edad de inclusión será hasta 16 años en las unidades de infanto-juvenil y a partir de los 16 años en las unidades de adultos.

Cuadro resumen: Criterios de trastornos de la conducta alimentaria

F50.0 Anorexia Nerviosa CIE-10

A) Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5). (Los prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento).

B) La pérdida de peso está originada por evitar el consumo de "alimentos que engordan" y uno o más de los siguientes síntomas: 1) vómitos autoprovocados; 2) purgas intestinales autoprovocadas; 3) ejercicio excesivo y 4) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C) Distorsión de la imagen corporal caracterizada por la persistencia (idea sobrevalorada intrusa) de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, por lo que se impone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D) Trastorno endocrino generalizado manifestándose como (amenorrea en la mujer y pérdida del interés y de la potencia sexuales en el varón) (excepción aparente: persistencia de sangrado vaginal en anoréxicas que siguen terapia hormonal de sustitución, normalmente con anticonceptivos).

Pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E) Si el inicio es anterior a la pubertad, ésta se retrasa o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si hay recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

F50.1 Anorexia Nerviosa atípica

Faltan una o más de las características principales de la anorexia como amenorrea o pérdida significativa de peso o se dan todos los síntomas en grado leve.

F50.2 Bulimia Nerviosa CIE-10

A) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, a los que se termina sucumbiendo, presentándose episodios de polifagia (consumo de grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo).

B) Intento de contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: 1) vómitos autoprovocados; 2) abuso de laxantes; 3) períodos intervalares de ayuno; 4) consumo de fármacos como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Los diabéticos, pueden abandonar la insulina.

C) Miedo morboso a engordar fijándose un estricto límite de peso muy inferior al previo o al óptimo o sano. Con frecuencia, hay antecedentes de anorexia con un intervalo entre trastornos de meses o años. Este episodio precoz puede ser florido o adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

F50.3 Bulimia Nerviosa atípica:

Faltan una o más de las características principales. Peso normal o superior con ingesta excesiva seguida de vómitos o purgas.

F50.4: Hiperfagia no tras alteraciones psicológicas.

Ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad.

F50.5: Vómitos no tras alteraciones psicológicas.

Vómitos psicógenos (disociativos, hipocondría) y por embrazo. Hiperemesis psicógena gravídica.

F50.8: Otro trastorno de la conducta alimentaria.

Disminución psicógena del apetito y Pica de origen orgánico en adultos.

F50.9: Trastorno de la Conducta Alimentaria sin especificación.**Trastorno por Atracones (DSM-IV)**

A.- Episodios recurrentes de atracones, caracterizado por las dos condiciones siguientes:

1) Ingesta en un corto período (p. e. en 2 horas) de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2) Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.e., sensación de no poder parar o controlar qué o cuánto se está comiendo).

B.- Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas.

1.- Ingesta mucho más rápida de lo normal.

2.- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3.- Ingesta de grandes cantidades.

4.- Comer a solas para esconder su voracidad.

5.- Sentirse a disgusto, deprimido, o muy culpable después del atracón.

C.- Profundo malestar al recordar los atracones.

D.- Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa: futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que ha atracones o en la cuantificación de su número.

E.- El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. Ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

3

Recogida de información

3.1. Historia de acogida:

Se realizará la historia normalizada de acogida. El primer contacto será con el paciente y la familia en caso de que proceda, siendo obligado en el caso de menores edad.

Si el motivo de consulta es el trastorno de la conducta alimentaria o se detecta en la primera entrevista de acogida, se procederá a recoger la siguiente información básica:

- Peso
- Talla
- Índice de Masa Corporal
- Tensión arterial
- Frecuencia cardiaca
- Alteraciones menstruales
- Hábitos alimenticios
- Hábito intestinal
- Hábitos compensatorios
- Detectar signos y síntomas de desnutrición
- Consumo de tóxicos

Se averiguará si existe analítica reciente y específica comunicándose, si falta, al facultativo que corresponda.

3.2. Exploración psiquiátrica/psicológica

3.2.1. Psiquiátrica

- Historia clínica/Diagnóstico
- Exploración somática
- Signos físicos
- Alteración de órganos
- Exámenes complementarios
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Analítica
- Perfil electrolítico:
 - β Potasio
 - β Magnesio
 - β Calcio
 - β Fósforo
 - β Glucosa
- Hemograma
- VSG
- Proteínas totales y albúmina
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de función renal
- Pruebas tiroideas
- Opcional:
 - β Hormonas sexuales: si la amenorrea persiste tras la recuperación ponderal.
 - β Densitometría ósea: en desnutrición extrema y amenorrea de más de 1 año.

Confirmado el diagnóstico de anorexia o bulimia multi-impulsiva se recomienda una cita preferente con psicología.

3.2.2. Evaluación psicológica

- Historia clínica/diagnóstico
- o Historia específica del trastorno de la alimentación (anexo 10). Entrevista semi-estructurada. Opcionalmente la puede realizar enfermería.
- o Pruebas psicodiagnósticas:
 - β Específicas: EAT - 36 de aplicación común en todos los pacientes, siendo opcionales: EDI y BITE (específico para la bulimia),
 - β Otras pruebas psicodiagnósticas para valorar comorbilidad y trastornos de personalidad seleccionando las más indicadas en cada caso.

Plan de actuación

4

4.1. Diagnóstico

Una vez establecido el diagnóstico principal y el/los secundarios, se prestará especial atención a la co-morbilidad, registrándola en la historia clínica.

Si el caso requiere ingreso hospitalario, sería aconsejable que éste fuera voluntario y programado, en función de los siguientes criterios:

Criterios de ingreso hospitalario

En anorexia:

- β IMC < 16,5 (siendo menor de 14,5 ingreso involuntario).
- β Enfermedades físicas secundarias o no a la anorexia que requieran hospitalización.
- β Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- β Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario (posible utilización de otros recursos).
- β Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio.

En bulimia nerviosa:

- β Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- β Ciclos incoercibles de atracón vómito con alteraciones electrolíticas graves.
- β Ambiente familiar muy deteriorado (posible utilización de otros recursos).
- β Fracaso de otras alternativas terapéuticas.

4.2. Tratamiento

4.2.1. Objetivos generales del tratamiento:

- β Motivar para la adherencia al tratamiento y al cambio.
- β Normalización de los hábitos alimentarios.
- β Modificar conductas, creencias y sentimientos hacia la comida.

4 2.2. Medidas terapéutica generales

4.2.2.1. Anorexia nerviosa

- 1ª. Establecer una alianza con el paciente asegurándole que el objetivo es conseguir un peso saludable, una nutrición adecuada y equilibrada y recuperar el mínimo peso necesario para llevar una vida normal [II].
- 2ª. Información adecuada de los requerimientos nutricionales necesarios para el mantenimientos del organismo, el crecimiento, la actividad física y la ganancia de peso [I].
- 3ª. Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios: La alimentación se realizará gradualmente a través de dietas equilibradas, y de acuerdo con el paciente. Para ello son útiles las hojas de registro de las comidas (anexo 10.3 y 10.4). [I].
- 4ª. Recomendaciones sobre el ejercicio físico: Restringirlo inicialmente y regularlo posteriormente según la evolución del caso [I].
- 5ª. En general se dará prioridad siempre a las medidas dietéticas, frente a la administración de fármacos [I].
- 6ª. Informar a los pacientes de las posibilidades de embarazo a pesar de la amenorrea. No utilizar los estimulantes del apetito (ciproheptadina, un antihistamínico. Su uso no parece justificado, siendo su eficacia similar a la del placebo. Su uso en el subgrupo de anoréxicos con conductas bulímicas presenta un efecto negativo (Halmi y col., 1986). Para distensión abdominal, flatulencia y reflujo, es beneficioso utilizar antiácidos y estimulantes de la motilidad intestinal como la metoclopramida.
Para el estreñimiento utilizar fibra, agua, e insistir en la importancia de la nutrición adecuada. La indicación de ingerir agua debe hacerse con cautela por el elevado riesgo de plenitud y potomanía.
- 7ª. Control de peso por parte de enfermería (ver cuidados de enfermería) (Anexo 10.2).
- 8ª. Control de constantes y analíticas: Frecuencia promedio de 3-6 meses y según estado físico del paciente.
- 9ª. Siempre que haya conducta purgativas se recomendará hacer una revisión buco-dental.

4.2.2.2. Bulimia nerviosa

- 1ª. Creación de una buena alianza terapéutica con el paciente concienciándolo de la necesidad de implicarse en el tratamiento [II].
- 2ª. Información adecuada de los requerimientos nutricionales necesarios para el mantenimientos del organismo, el crecimiento, la actividad física y la ganancia de peso [I].
- 3ª. Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios: La alimentación se realizará gradualmente a través de dietas equilibradas, y de acuerdo con el paciente. Para ello son útiles las hojas de registro de las comidas. Promover buenos hábitos dietéticos recomendando 4 ó 5 comidas diarias[I]. (Anexos 10.3 y 10.4).
- 4ª. Recomendaciones sobre el ejercicio físico: Regularlo según la evolución del caso [I].
- 5ª. Registro de la alimentación y control de los episodios bulímicos, de los vómitos y otras conductas purgativas. Detectar las situaciones de riesgo de atracón y planificar actividades que lo hagan incompatible. Información acerca de las consecuencias de las conducta purgativas.
- 6ª. Control de constantes y analíticas: según el estado físico del paciente.
Control de los episodios bulímicos de los vómitos y de la ingesta.
- 7ª Siempre que haya vómitos se recomendará hacer una revisión buco-dental.

4.2.3. Cuidados de enfermería:

Se realizarán las entrevistas con periodicidad semanal al principio y posteriormente se programarán las citas según evolución.

Será coordinada con los distintos profesionales que intervengan en el caso para dar mayor continuidad al seguimiento del paciente (por ejemplo, alternando citas con psicología y psiquiatría si se considera oportuno).

En la primera visita de seguimiento se pasará el cuestionario específico de valoración (anexo 10.I)

Se comienza con el gráfico de peso (anexo 10.2): Hasta alcanzar un peso mínimo saludable se les pesa una vez por semana y se espacia según evolución. Es importante pedirles que se descalcen y que el profesional se asegure de que la ropa no va a distorsionar el peso.

Se informará al paciente sobre la importancia de la cumplimentación del registro de hábitos alimentarios, conductas purgativas y ejercicio físico (ANEXO 10.3 y .4).

Tras la entrevista inicial, se pactan con el paciente los objetivos a conseguir.

En entrevistas sucesivas se inicia reeducación nutricional y dietética basándose en las necesidades individuales que presente siguiendo los parámetros teóricos expuestos en el programa de psico-educación (cuadro 1). La dieta inicial mínima de 1000 a 1500 calorías se va aumentando hasta cubrir necesidades, respetando el número y horario de comidas. Se hará control del peso, promoviendo una ganancia semanal adecuada, eliminando el ejercicio físico inicialmente e introduciéndolo progresivamente. Se promoverá el reposo cuando sea necesario.

Se comprobará la realización de los controles analíticos según la frecuencia recomendada o el estado físico del paciente.

Se irán espaciando las citas según la evolución del paciente, planificando las altas tras conseguir los objetivos pactados.

Tras la normalización de hábitos alimentarios Se comenzará la prevención de recaídas.

Se mantendrán los cuidados de enfermería para pacientes crónicos que no hayan conseguido normalizar los hábitos alimentarios.

4.2.4. Tratamiento psicoterapéutico

4.2.4.1. Anorexia Nerviosa

Se recomienda la terapia individual.

Es fundamental trabajar en las primeras sesiones la relación terapéutica.

Frecuencia: se recomienda llevar a cabo dos sesiones semanales durante las dos o tres primeras semanas –siempre que sea posible– alternando psicología y enfermería.

En general se recomienda intervenir a nivel familiar en esta primera fase, especialmente cuando el paciente manifiesta resistencia al tratamiento, hasta conseguir la colaboración del paciente.

Recomendaciones generales sobre el tratamiento:

1. Trabajar factores motivacionales para conseguir la participación del paciente. El principio del tratamiento tiene que comenzar con información y educación de los requerimientos nutricionales necesarios para el mantenimiento del organismo, el crecimiento, la actividad física y la ganancia de peso. Se resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro 4.1: Bases de la psico-educación:

- Multicausalidad de los trastornos alimentarios.
- Aspectos socio-culturales en los trastornos alimentarios.
- Nociones nutricionales básicas.
- Teoría del set point. Regulación fisiológica del peso.
- La desnutrición. Consecuencias psicofísicas.
- Mecanismos inadecuados para la regulación del peso: vómitos, laxantes y diuréticos o ejercicio excesivo.
- Normalización de los hábitos alimentarios.
- Diferencia entre peso ideal y peso saludables.
- Círculos patógenos.
- Mecanismos para prevenir la recaída.

2. Restablecer pautas alimentarias.
3. Abordar otros aspectos como proceso de individuación y autonomía personal, expresión adecuada de las emociones, relación con iguales, toma de decisiones o resolución de problemas y la distorsión del esquema corporal. Se puede utilizar la terapia cognitivo-conductual, la interpersonal y la de grupo.
4. En población adolescente es imprescindible incluir a la familia y muy recomendable en adultos. El modo puede variar desde el paciente con su familia hasta grupos de familias sin el paciente. Para abordar estos temas se puede hacer desde la terapia cognitivo conductual, interpersonal...
5. Cuando el paciente alcanza la normalización de hábitos alimentarios es imprescindible trabajar la prevención de recaídas.
6. Para aquellos pacientes que no consiguen alcanzar la normalización de hábitos alimentarios, recomendamos el programa de reducción de daño para pacientes crónicos que se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 4.2: Programa de reducción del daño para pacientes crónicos de trastornos de la conducta alimentaria

Sus objetivos son:

- A) Pequeñas mejorías progresivas y pocas recaídas
- B) Prevenir hospitalizaciones
- C) Peso compatible con la vida, más que ganar peso saludable
- D) Centrarse en cuestiones de calidad de vida, más que cambiar su peso o su comida
- E) Fomentar contactos con recursos sociales normalizados evitando el aislamiento
- F) Suministrar cuidados sanitarios/sociales

A través de:

- G) Técnicas motivacionales
- H) Relación terapéutica

4.2.4.2. Bulimia Nerviosa

Se recomienda el tratamiento grupal como primera elección en general. Conviene considerar las dificultades de aplicación del formato grupal en niños, pacientes con co-morbilidad psiquiátrica y/o historia de abuso, pacientes con resistencia al auto-registro o con resistencias iniciales al cambio.

Es preferible el tratamiento individual en:

- Estados psicóticos
- Depresión mayor con o sin riesgo suicida
- Abuso de sustancias
- Bajo peso y desnutrición
- Fase anoréxica restrictiva
- Bulimia multi-impulsiva.

Tanto en el tratamiento individual como grupal, es importante trabajar la motivación de los pacientes como medida preliminar.

Técnicas de intervención recomendadas:

- Terapia cognitivo-conductual para la Bulimia de Fairburn et al, (1993)
- Terapia interpersonal para la bulimia de Fairburn et al (1993), modificada de la TIP de Klerman y col..
- Sesiones psico-educativas a familiares.

4.2.5. Tratamiento psicofarmacológico

4.2.5.1. Anorexia Nerviosa

El tratamiento farmacológico no debe usarse como único o primer tratamiento [I]. Podría estar indicado el uso de antidepresivos después de la restauración de peso de los pacientes, mejorando la evolución de los mismos y ayudando a prevenir las recaídas. [III].

Sería necesario el uso de medicación para el tratamiento de problemas asociados a la anorexia nerviosa como la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo aunque no tiene un efecto específico sobre los síntomas nucleares de la anorexia nerviosa. [II]

La frecuencia de las visitas vendrá determinada por el estado médico (necesidad de realizar análisis de laboratorio, seguimiento de complicaciones médicas o desnutrición grave) y psiquiátrico del paciente (co-morbilidad psiquiátrica, tratamiento psicofarmacológico...) [I]

4.2.5.2. Bulimia Nerviosa

Los antidepresivos son útiles como parte del tratamiento inicial combinados con psicoterapia. La adición de antidepresivos puede ser más efectiva para reducir síntomas de ansiedad y depresión. [I]

No existen claras diferencias entre unos antidepresivos y otros. Sin embargo los ISRS son considerados los más seguros. Se ha demostrado la eficacia de dosis de fluoxetina de 60 mg., por lo que parecería justificado su uso como tratamiento farmacológico de primera elección. Si fracasa está justificado hacer un segundo intento con otro antidepresivo. [I]

En el caso de que el paciente no quiera seguir la terapia cognitivo-conductual o cuando ésta haya fracasado, la terapia con antidepresivos reduce los episodios de atracón / vómito y es más efectiva a corto y a largo plazo que el placebo. [II]

Un gran número de estudios de alta calidad sugieren que distintas clases de antidepresivos producen significativamente mayores reducciones a corto plazo en los episodios de atracón y purga en la BN que el placebo. [I]. A largo plazo los efectos de los antidepresivos permanecen sin determinar. Hay poca evidencia de que combinando la Terapia cognitivo conductual con medicación antidepresiva aumente significativamente la mejoría en los rasgos nucleares de la BN, aunque puede ayudar en el tratamiento de la ansiedad y depresión comórbidas. [II]

4.3. Seguimiento

Durante el seguimiento se reforzarán las técnicas de prevención de recaídas.

Se hará un seguimiento tras el alta a los tres y seis meses para confirmar la mejoría.

5

Recursos necesarios:

Cómo mínimo hay que contar con un equipo multidisciplinar compuesto por los siguientes profesionales: Psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera especializada, trabajador social.

Los recursos materiales básicos serían: un sala de grupo, una báscula, un tensiómetro, y material psicodiagnóstico.

6

Organización y funcionamiento

Una vez detectado el caso, se coordinarán enfermería, psicología y psiquiatría para llevar a cabo citas alternas, permitiendo aumentar la periodicidad de la visita al centro (dos veces por semana, si es posible, las tres primeras semanas) pero promoviendo la continuidad de la vida normal, con la menor interferencia posible en la vida del paciente.

Coordinación con otras especialidades:

En procesos de larga evolución, o durante las crisis, es posible que haya que recurrir a otros especialistas en busca de asesoramiento nutricional y/o para la evaluación y/o tratamiento de las complicaciones físicas, casi siempre funcionales que pueden aparecer en el curso de la enfermedad (digestivas, gonadales, circulatorias...). La mayor parte de éstas son secundarias a la automedicación con laxantes y diuréticos, otras se deben a carencias graves de determinados nutrientes.

En trastornos de la conducta alimentaria crónicos, cuando exista amenorrea persistente a pesar de la recuperación ponderal, o se estime conveniente, se indicará el tratamiento hormonal para prevenir el avance del deterioro óseo, se debe considerar la interconsulta con un ginecólogo.

Sistema de registro

7

Se registrará según la codificación al uso (actualmente CIE-10) haciendo constar el diagnóstico principal y, en su caso, el secundario.

Quedará constancia en la historia de los cuestionarios utilizados, hojas de registro y gráfica del peso (ver anexos).

Evaluación

8

La evaluación de esta guía, aparte de la que lleve a cabo el propio centro (calidad) se hará a los seis meses y al año de ponerse en marcha, con el fin de valorar las dificultades en su instauración y valorar el grado de cumplimiento y desarrollo.

Se evaluará la recogida de datos (ver el apartado III: recogida de información) en los aspectos protocolizados, y se estudiará en la comisión de elaboración la posibilidad de hacer un estudio sencillo comparando la calidad de los datos y el tratamiento antes y después de la puesta en marcha de la guía.

Al cabo de un año, se reunirá la comisión para valorar las dificultades prácticas en su aplicación día a día, sugerencias de otros profesionales, sugerencias de asociaciones de usuarios o de profesionales que aconsejaran cambios en su aplicación.

Bibliografía práctica en castellano

9

El objetivo de esta bibliografía es proporcionar una lista básica de lecturas con un alto contenido práctico para la clínica. La bibliografía que apoya las recomendaciones de la guía pueden consultarse en el documento teórico.

FERNÁNDEZ ARANDA, F. y TURÓN GIL, V. *"Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia"*. Ed. Masson. Barcelona. 1998.

Recomendamos todo el texto en su totalidad, haciendo hincapié en lo prácticos que son los capítulos 13 en adelante, donde de una forma muy clara, con ejemplos y dibujos gráficos detalla el modelo psicoeducativo que proponemos como primera fase de tratamiento. Los apéndices son muy útiles.

TURÓN GIL, V. *"Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad"*. Ed Masson. Barcelona. 1997. Este manual incluye toda la información básica que debemos conocer acerca de estos trastornos. Junto

con el libro anterior nos aporta información acerca de lo que sabemos actualmente sobre datos epidemiológicos, posibles causas y consecuencias, características principales y asociadas, psicopatología concomitante y líneas de tratamiento.

Los capítulos del 26 al 28 resultan muy interesantes para la práctica clínica ya que incluye contenidos acerca de una alimentación equilibrada, incorporando dietas hipocalóricas. Así también se detallan sesión a sesión los contenidos de un programa de tratamiento grupal para bulimia nerviosa en el capítulo 28.

CASAS, M. y GOSOP, M. *"Recaídas y prevención de recaídas"*. Ed. Citran. Barcelona. 1993.

Para saber un poco más acerca de los procesos en los trastornos alimentarios y prevenir la recaída, este libro puede ser sumamente útil aunque vaya dirigido al abordaje de las toxicomanías. Incluye un capítulo realizado por el propio Marlatt sobre la prevención de recaídas (cap. 4) de demostrada eficacia en el abordaje de las conductas adictivas. El capítulo 3 realizado por Prochaska y DiClemente resume los principales puntos del modelo transteórico que hemos nombrado que se sucede en los trastornos de la conducta alimentaria sobre los procesos de cambio, muy importante en el entendimiento y abordaje terapéutico de estos trastornos.

ROCA, E. y ROCA, B. *La bulimia nerviosa y su tratamiento. Terapia cognitiva-conductual de Fairburn*. (www.comportamental.com).

Describe de forma sencilla el modelo de tratamiento para la bulimia que recomendamos aplicar grupalmente en nuestra guía. Divide la terapia en 3 etapas y explica en qué se debe centrar el terapeuta en cada una de las etapas.

CALVO SAGARDOY, R. *Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con trastorno de conducta alimentaria*. Rev. Psq. y Psc. Del niño y adolescente, 2002; 1(2), 55-73.

El artículo consigue transmitir la multiproblemática presente en estos casos cuando se detectan en la adolescencia y enumera todas las técnicas psicoterapéuticas que pueden emplearse en el complejo abordaje de esta patología en el momento evolutivo de la adolescencia. Excelente.

E. GARCÍA-CAMBA. *"Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad"*. Ed Masson. Barcelona. 2001.

El libro aborda avances biológicos, clínicos y terapéuticos producidos en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque es un libro eminentemente teórico, capítulos como el 9 (complicaciones médicas...), 10 (trastorno por atracón), 23 (aspectos legales...), etc. ofrecen información sobre aspectos concretos de estos trastornos no suficientemente abordados en los libros arriba referidos.

BRADY, J. *"Dios vuelve en una harley"*.

(Autoayuda).

La protagonista sufre de baja autoestima, no aceptación de su imagen corporal y alteración de la alimentación. Habitualmente recomendamos la lectura de esta novela en un periodo vacacional coincidiendo con que la paciente esté realizando la segunda fase del tratamiento, con clara conciencia de problema y una vez iniciado el cambio con los primeros intentos de alimentación saludable.

CHÉRIE CARTER-SCOTT: "Si la vida es un juego, estas son las reglas".
(autoayuda)

De este libro fundamentalmente utilizamos el primer capítulo de aceptación del cuerpo, donde de una forma breve y concreta plantea la relación con nuestro cuerpo como el primer paso para relacionarnos con el resto del mundo y la vida. El resto de los capítulos pueden ser interesantes para los pacientes.

SCHRAMM E.: Psicoterapia interpersonal. Masson. Util para el conocimiento de la técnica de la Terapia interpersonal (TIP) y con indicaciones prácticas, básicas para psicoterapeutas.

BRUCH H.: La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa. Paidós. En este libro escrito por una psicóloga clínica, se cuentan experiencias de pacientes con la enfermedad y su recuperación. De un modo bastante claro expone "la obsesión por la delgadez y la búsqueda de la superioridad en la negación de uno mismo, que caracteriza a la anorexia". Es clásico pero recomendable para terapeutas, pacientes y familiares.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (INSTITUTO DE LA MUJER) Y MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Anorexia y bulimia. SALUD XVI. Se puede recomendar a pacientes y familiares, encontrando en él una información clara y asequible sobre qué son la anorexia y la bulimia, sus posibles causas, factores que influyen en su inicio y mantenimiento y sus consecuencias psicológicas y físicas.

ROTH G.: Cuando la comida sustituye al amor. Urano. Recomendado para terapeutas y pacientes. Sensibiliza acerca de la relación entre las carencias afectivas y la actitud que se tiene frente a la comida, cuenta ejemplos de experiencias de la infancia, y ayuda a salir del círculo vicioso de las dietas, poniendo el énfasis en la relación que se tiene con uno mismo y con los demás.

DIÉGUEZ PORRES M.: La Terapia Interpersonal de la bulimia nerviosa y Caso Clínico: Bulimia nerviosa. Un nuevo enfoque terapéutico. Revista de Psiquiatría Pública. Vol. 11. Nº 2. Marzo-Abril. 1999. En estos artículos se expone la aplicación de la TIP en los casos de bulimia.

- **Horas de presentación**
Mañana Medio día Tarde Noche No existe un tiempo concreto

- **Alimentos que prefiere en los atracones:**
(puntuar de 1: lo que menos prefiere a 10: los que más prefiere)
Existe alguna causa desencadenante de los atracones: SI NO
¿cuáles?.....
.....

--	--	--	--

- ¿Te das atracones únicamente cuando estás solo/a? SI NO

V. Conductas purgativas y compensatorias

(si no tienes conductas purgativas pasa al siguiente apartado).

- ¿Has vomitado alguna vez para librarte de los alimentos?
Edad de inicio:
Frecuencia:
Después de la comida, con qué rapidez se produce el vómito:

Antes de los Entre 16-30 min. Entre 31-45 min. Entre 46-60 min. Una hora o más

- **Uso de laxantes:** SI NO
Edad de inicio:
Frecuencia:
- **Utiliza diuréticos:** SI NO
Edad de inicio
Frecuencia
- **Utiliza fármacos para adelgazar:** SI NO
Edad de inicio
Tipo:
- **Realiza ejercicio:** SI NO
Frecuencia:

VI. Imagen corporal

- **Cómo consideras tu peso durante la infancia:**
Normal Delgado Algo obeso Obeso Muy obeso
- **Te gastaron bromas acerca de tu peso:**
Sí, que era muy delgado
Sí, que era muy obeso
No
- **Actualmente piensas que tu peso es:**
Normal Delgado Algo obeso Obeso Muy obeso
- **Hasta que punto te preocupa coger UN KILO:**
Nada Un poco Bastante Muchísimo

- Como te sientes de satisfecho/a con tu cuerpo:
 Insatisfecho Bastante insatisfecho Algo satisfecho Satisfecho
- Con qué frecuencia te pesas:
 Menos de una vez al mes
 Mensualmente
 Semanalmente
 Más de una vez a la semana

	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
Trabajo				
Actividades diarias				
Pensamientos				
Relaciones Personales				

Diariamente

	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
Madre				
Padre				
Esposo/a				
Novio/a				
Amigos				
Amigas				
Hijos/as				

Más de una vez al día

- Como te sientes de obesa:
 En absoluto obesa Algo obesa Obesa Muy obesa
- ¿Alguna parte de tu cuerpo no te gusta? SI NO
- Si has contestado Sí. ¿Qué partes te desagradan?.....

VII. Nivel de interferencia debido al trastorno alimentario con respecto a:

VIII. Tipo de relación con las siguientes personas

- ¿Sabe tu familia que tienes un problema de alimentación? SI NO
- ¿Qué no saben?.....
- ¿Entienden el problema? SI NO A MEDIAS
- ¿Crees que sería beneficioso que vinieran a informarse? SI NO

IX. Variables fisiológicas y problemas médicos derivados

<p>Estado de la piel: 1.- Normal 2.- Alterada</p> <p>Tensión arterial máxima:</p> <p>Frecuencia cardiaca:</p> <p>Bioquímica: 1.- Normal 2.-Alterada</p> <p>Hormonas tiroideas: T3 T4 T4 libre TSH</p> <p>Hemograma: 1.- Normal 2.- Alterado</p>	<p>Vello corporal: 1.- Normal 2.- Alterada.</p> <p>Tensión arterial mínima:</p> <p>Temperatura axilar:</p> <p>Triglicéridos:</p>
<p>Afonía Dolor de estómago Frio Arritmia cardiaca Problemas dentales Hipersensibilidad a ruido, luz o tacto Retención de líquidos Espasmos musculares Laguno</p>	<p>Irregularidades menstruales Piel seca Estreñimiento Debilidad, fatiga Mareo Ojos enrojecidos Caída de pelo Uñas quebradizas Otros.....</p>

Anexo 3: Registro alimentación

NOMBRE:

HORA/ DÍA	DÓNDE/ QUIÉN	COMIDA	AV IA/IV	SITUACIÓN

A = Atracón / V = Vómito / IA = Impulso Atracón / IV = Impulso Vómito

Anexo 4: Hoja de registro de alimentación semanal

NOMBRE		MES						
DÍA								
HORA DESAYUNO								
HORA ALMUERZO								
HORA COMIDA								
HORA MERIENDA								
HORA CENA								
OBSERVA- CIONES								

A = Atracón / V = Vómito / IA = Impulso Atracón / IV = Impulso Vómito

salud mental

DOCUMENTO TEÓRICO

11

Introducción

Dentro del concepto actual de trastornos de la alimentación, se incluyen específicamente dos entidades, la anorexia y la bulimia e inespecíficamente diversos síndromes. Posiblemente en un futuro cercano se incluirá una tercera entidad, el trastorno por atracón. Subyacentes a esta\|s enfermedad\|es se esconden diversas etiologías, clínicas diferentes, estructuras de personalidad distintas y una evolución heterogénea. Existe un consenso entre los profesionales e investigadores en que la naturaleza de los trastornos de la conducta alimentaria es compleja y multifactorial, lo que hace necesario el diagnóstico diferencial y\|o el estudio de comorbilidad y\|o de la enfermedad dual (Grijalvo, J. Et al, 2000).

Los individuos con TCA muestran un amplio rango de síntomas que frecuentemente ocurren a lo largo de un continuo desde la anorexia restrictiva a la obesidad, pasando por anorexia purgativa, vigorexia, bulimia restrictiva, bulimia compulsiva y comedor compulsivo, aunque los criterios diagnósticos clínicos son específicos para cada trastorno. La hipótesis del continuo que proponen diversos autores (Perpiña, 1989; Calvo, 1992; Scarano, Kalodenr, 1994; Lowe et al, 1996) se acerca más a la realidad clínica y propone la continuidad de los trastornos alimentarios, en lugar de su clasificación por categorías aisladas como proponen los manuales de clasificación. Incluso se ha señalado la posibilidad de que en realidad se trata del mismo trastorno con distintas manifestaciones, al que podríamos denominar "Trastornos de la Dieta" o "Trastornos por Miedo a la Deformidad" (engordar) (Pérez Sales, 1999) manifestando todos ellos dos aspectos en común:

1. Preocupación por el peso
2. Idea sobrevalorada de adelgazar

Los pacientes se distribuyen a lo largo del continuo en función de que esta sintomatología vaya acompañada o no de un determinado peso, de seguimiento de dietas mas o menos restrictivas, de conductas purgativas, y de la mayor o menor alteración que se produce en la imagen corporal (Mateos-Parra, A, Solano Pinto, N.: 1997).

Su tratamiento requiere un abordaje comprensivo e integral que contemple tanto las conductas alimentarias, purgativas y de actividad trastornadas, como la función adaptativa del trastorno, aportando soluciones que ayuden a los pacientes a afrontar los retos de su existencia de forma más competente (Calvo, 2002).

Se trata de trastornos complejos tanto en morbilidad como en comorbilidad, por lo que el tratamiento se dirigirá tanto al trastorno alimentario como a los trastornos psicopatológicos concomitantes (APA, 1995). El tratamiento puede requerir un mínimo de un año de psicoterapia, llegando hasta los cinco años en algunos casos de anorexia (APA, 1995).

12

Datos epidemiológicos

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, viene determinada por dos periodos claramente definidos; el primero abarca desde los estudios pioneros publicados en la etapa que va de 1931 a 1985 y, el segundo, hacia el final de la década de los ochenta y principios de los noventa.

En el primero se mantienen las tasas más o menos estables como confirman los estudios de Theander (1970), en Suecia, de Kendel y col (1973) en Londres y Escocia, Jones y cols (1980) o Lucas y cols en EEUU entre otros.

En el segundo periodo desde 1985 hasta la actualidad se observa un incremento significativo de la

incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios, aunque existe una gran variabilidad de las tasas en contextos socioculturales muy parecidos al nuestro.

La prevalencia de la Anorexia Nerviosa está situada entre el 0,5-1% (Garfinkel y Garner, 1982; APA, 1993), con una mortalidad alarmante, aproximadamente un 10% de los casos (Silber, 1984). Estas tasas se mantienen constantes en los últimos años (Fairburn, Hay y Welch, 1993).

La AN generalmente aparece en la adolescencia, entre los 14 y 19 años (aunque también se describen casos en otras edades), y básicamente en el sexo femenino (Halmi, 1974; Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980). En los últimos años el trastorno afecta a todos los niveles socioeconómicos (Toro y Vilardell, 1987).

Según la APA (2000), la prevalencia de la BN entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-4,6%, siendo entre los varones diez veces menor. Algunos estudios en EE.UU sugieren un descenso en los últimos años.

La prevalencia en niños y adolescentes se desconoce.

Estudios recientes sugieren que en algunos pacientes el ejercicio excesivo puede precipitar el trastorno.

Los familiares de primer grado de pacientes con AN tienen más altos rangos de AN y BN. Las familias de pacientes de BN tienen más altos rangos de abuso de sustancias (particularmente alcohol), también más altos rangos de trastornos afectivos y de obesidad.

En España hay un reducido número de estudios epidemiológicos (Toro y col., 1989, Carbajo y col. 1995). Morandé (1999) confirmó el diagnóstico de anorexia nerviosa en el 0,69%, y el de bulimia nerviosa en el 1,24%. Cuando se consideraron síndromes incompletos el 4,7% de las mujeres y el 0,9% de los hombres presentaban algunos de los trastornos alimentarios.

En Murcia, los datos asistenciales recogidos en los últimos años indican un aumento de la demanda por trastornos de la alimentación en infanto-juvenil, y un mantenimiento en Adultos. (tabla 1). Los porcentajes se dan respecto a la población atendida en los centros de salud mental de la región y referidos a trastornos de la conducta alimentaria sin diferenciar diagnósticos.

Tabla 1

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN		Adultos		Infanto-juvenil	
		Primeras	Revisiones	Primeras	Revisiones
Año 1999	Total	115	271	14	21
	Varón/mujer		21/250	8/6	11/10
	% del total	1,7%	1,46%	0,81%	0,72%
Año 2000	Total	112	304	45	78
	Varón/mujer	12/100	28/276	18/27	22/56
	% del total	1,9%	1,6%	2,76%	2,43%
Año 2001	Total	107	312	50	90
	Varón/mujer	10/97	32/280	10/40	17/73
	% del total	1,9%	1,6%	2,9%	2,6%
Año 2002	Total	98	315	48	99
	Varón/mujer	9/89	32/283	16/32	25/74
	% del total	1,9%	1,53%	2,4%	2,58%

13

Comorbilidad

Los trastornos de la alimentación no suelen aparecer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. En este sentido, Braun, Sunday y Halmi (1994), utilizando los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) en 105 pacientes con trastornos de la alimentación, encontraron que el 81.9% de los sujetos tenían además del trastorno de alimentación, otro diagnóstico en el Eje I de dicho manual. Los diagnósticos más comunes eran: trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad, y abuso de sustancias (principalmente drogas inhibidoras del apetito y ansiolíticos).

Aunque haremos uso del término de comorbilidad para los dobles diagnósticos psiquiátricos, este término puede resultar insuficiente para los trastornos de la conducta alimentaria, ya que significa concurrencia casi por azar, simultaneidad de trastornos y sería más acertado plantear el diagnóstico dual desde la multiaxialidad.

Así, tenemos como las tentativas de suicidio en AN se presentan en procesos de larga evolución, consumo de sustancias (alcohol y drogas) y en el marco de una ideación obsesiva o de un trastorno de personalidad subyacente.

En el caso de la bulimia nerviosa aparecen otros trastornos psiquiátricos cuando hay antecedentes de abuso sexual, perfil de baja tolerancia a la frustración y escaso control de la impulsividad.

Como señala Pérez Sales (1999), la bulimias multi-impulsivas se caracterizan por: abuso de alcohol, desinhibición sexual, gestos autolíticos, tendencia al dramatismo, vacío interior e incapacidad afectiva, oscilaciones bruscas e impredecibles del ánimo, relaciones familiares tempestuosas.

Los estudios realizados sobre comorbilidad hasta ahora insisten en que va a depender del momento en el que se realiza la valoración (antes o después del trastorno) ya que los resultados pueden estar influenciados por los cambios propios de la mala nutrición.

Kendler y cols (1991) apuntan que los cambios biológicos de la mala nutrición y los reiterados intentos de controlar la ingesta compulsiva durante mucho tiempo, van a desencadenar cambios en algunos rasgos de personalidad: incremento del neuroticismo, menor habilidad para el afrontamiento de situaciones estresantes, hipervigilancia hacia información interoceptiva, mayor incontinencia emocional con dificultades en su modulación.

Una parte importante de la sintomatología psicológica de la anorexia nerviosa es consecuencia del estado de desnutrición: obsesividad y compulsividad especialmente relacionada con la alimentación o habilidad emocional, aislamiento social, déficit en la concentración, pérdida del interés sexual, trastornos del sueño (Toro, 1987; Turón, 1998; García Gamba, 2002).

En cuanto a la relación con los **Trastornos de Personalidad**, los resultados han sido altamente variables, con rangos de comorbilidad entre un 21 y 97% (Vitousek y Manke, 1994; Skodol et al, 1993).

Esta relación es indudable, y así lo ha recogido la literatura desde hace más de 30 años, y se ha podido hallar que hay rasgos de personalidad que pueden predisponer, o se encuentran más frecuentemente asociados a la anorexia nerviosa: rigidez, constancia, orden, autoexigencia, perfeccionismo, etc. También en la bulimia nerviosa se han descrito rasgos de personalidad, aunque muy diferentes a los anteriores: apatía, descontrol, inconstancia, etc. (Múñoz y Perea, 2002).

Respecto a los trastornos de personalidad la bulimia nerviosa se asocia especialmente al trastorno límite y al trastorno histriónico, que son reconocidos como factores de vulnerabilidad. Del mismo modo, la anorexia se asocia con los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (Herpertz-Dahlmann y cols, 2001). Estos datos son acordes con los encontrados por la APA (1995) que encuentran, cómo en general los individuos con anorexia, tienden a presentar más alto rango de trastornos de personalidad de cluster C (por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo) y en la bulimia juegan más características del cluster B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) particularmente impulsivo, afectivo y narcisista.

Wonderlich y Swift (1990) estudiaron la relación siguiendo los criterios DSM III-R y obtuvieron los siguientes resultados: El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, estaba más presente en la anorexia restrictiva que en la anorexia bulímica; la bulimia con peso normal se relacionaba con personalidad histriónica; e independientemente del subtipo de trastorno de la alimentación, la depresión era mayor en sujetos que cumplieran los criterios de trastorno límite y dependiente de la personalidad.

En algunas pacientes con trastorno alimentario y presencia de una historia de abuso sexual o físico se ha encontrado un trastorno de personalidad límite (Gleaves y Eberenz, 1993).

La presencia de trastorno límite de la personalidad parece asociarse con más trastornos de la alimentación, mayor número de hospitalizaciones, y presencia de gestos autolíticos y automutilaciones. También empeora el pronóstico, con peor respuesta al tratamiento y más alteraciones psicopatológicas en el seguimiento.

También Santonastaso (1999) en un estudio con 394 estudiantes de 16 años investiga sobre la evolución de los casos asintomáticos, los síndromes parciales y los completos, y encuentra determinante para el mantenimiento de los trastornos alimentarios el rasgo de perfeccionismo. Parece ser que aquellos sujetos con vulnerabilidad a este rasgo tienen más riesgo de desarrollar o incrementar sus actitudes perfeccionistas tras seguir dietas intensas, y esto impediría la remisión espontánea del trastorno, perpetuándolo.

Cuando los trastornos alimentarios están asociados a trastornos de personalidad que interfieren el proceso terapéutico, se aconseja una intervención psicológica dirigida al trastorno de personalidad

(APA,1993)

Alteraciones del estado de ánimo y ansiedad.

Los síntomas depresivos y ansiosos son sumamente frecuentes, ya que entre el 47 y el 73% de los pacientes bulímicos presentan algún episodio depresivo a lo largo de su vida, y el 75% presenta síntomas psicofisiológicos de ansiedad.

La presencia de síntomas depresivos configura un terreno de mayor vulnerabilidad para los acting suicidas (alrededor del 37-40%), que aumenta cuando se añade una insuficiencia nutricional o pérdida de peso (que predisponen a ello). También al comparar sujetos con trastorno alimentario y depresión con sujetos depresivos, los primeros experimentan más altos niveles de ansiedad, culpa y obsesividad, pero menos aislamiento social y bajo interés (APA, 2000).

Los síntomas de ansiedad son muy frecuentes, sobre todo en situaciones relacionadas con la comida. En la bulimia hay una mayor presencia de trastornos de pánico, fobias y trastornos de ansiedad generalizada respecto a la población general. En la anorexia nerviosa también aparecen mayor frecuencia de fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo, que también está presente en la bulimia. Durante la infancia es más común encontrar síntomas ansiosos (APA, 2000).

Los pacientes anoréxicos con síntomas obsesivos-compulsivos comparados con pacientes obsesivo-compulsivos presentan más obsesiones en relación a la simetría y al orden, mientras que las de tipo agresivo y de comprobación son más frecuentes en los segundos. Los pacientes anoréxicos cumplen con más frecuencia que los obsesivo-compulsivos los criterios de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. (Matsunaga et al, 1999).

Abuso y dependencia de sustancias.

Respecto al consumo de drogas, diferentes estudios confirman una alta prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos alimentarios. Según la APA (2000) en la bulimia nerviosa está presente en un 22,9%, siendo hasta 7 veces más probable que en la anorexia nerviosa. Cuando está presente el abuso/dependencia de sustancias tienen más problemas graves con la impulsividad en general, incluyendo riesgos severos de robos en tiendas, gestos suicidas y abuso de laxantes.

La historia de abuso de sustancias es un factor de mal pronóstico citado por muchos autores (Keel y cols., 1999; López y Rodríguez, 1999).

Trastorno por estrés postraumático

Algunos estudios hallan un porcentaje del 37%.

Diferentes estudios ponen de manifiesto la importancia de las situaciones estresantes como factores etiológicos de los trastornos alimentarios. Entre estos acontecimientos estresantes destacan: padres alcohólicos, abuso sexual, trastornos afectivos en padres, muerte de personas significativas (Compas y Tacy, 1993; Meyer, 1997). Hay una alta frecuencia de abusos en la infancia en pacientes con bulimia nerviosa (APA, 2000).

Complicaciones médicas

Entre los trastornos de la conducta alimentaria es la anorexia la que desencadena con más frecuencia graves complicaciones médicas. En la bulimia las complicaciones que pueden aparecer en su evolución se relacionan casi siempre con las conductas de purga compensatorias.

Resumiendo a García-Camba de la Muela (2002) las complicaciones más importantes son:

1. **Alteraciones metabólicas:** Las alteraciones hidroelectrolíticas son más frecuentes en pacientes bulímicos como consecuencia de vómitos repetidos o el abuso de laxantes y diuréticos. Especialmente grave puede ser la hipopotasemia con riesgo de arritmias cardíacas, nefropatía y miopatía. La deshidratación provoca hiperaldosteronismo y edemas, que pueden desencadenar un círculo vicioso con aumento de las purgas.

La ingesta excesiva de agua puede provocar hiponatremia e intoxicaciones acuosas con convulsiones y muerte.

Con frecuencia se encuentra en los pacientes con bajo peso hipoglucemia e hipercolesterolemia. Presentan además con relativa frecuencia hipercarotinemia con un característico tinte anaranjado de la piel, más llamativo en palmas y plantas.

2. **Alteraciones endocrinas:** La mayor parte son consecuencia de una adaptación regresiva frente a la pérdida de peso y el exceso de ejercicio.

La amenorrea se atribuye al cambio dietético y a la pérdida de peso. Suele detectarse una disminución de los niveles plasmáticos de estradiol, LH y FSH con disminución de la respuesta de éstas últimas al factor liberador de la GH. En la bulimia son frecuentes las irregularidades menstruales pero no la amenorrea completa.

Ante una amenorrea en el curso de un TCA se deben determinar los valores basales de LH, FSH y estrógenos. Si la amenorrea persiste tras el restablecimiento del peso se repetirían las determinaciones hormonales y se realizaría una ecografía ovárica. De no encontrarse alteraciones ginecológicas ajenas al TCA se elevaría el peso en 2-4 Kg sobre el previamente establecido como objetivo o bien se administran estrógenos y progesterona.

En los varones con anorexia se observan disminuciones de testosterona con reducción del volumen testicular y bajos niveles de LH y FSH.

En la anorexia nerviosa se encuentra hipercortisolismo y respuesta anormal del mismo a la prueba de supresión con desametaxona. En la bulimia los valores de cortisol son normales.

Se ha descrito el "síndrome eutiroides enfermo" consistente en la disminución de la conversión periférica de T4 en T3 y la producción preferente de T3 inversa, con menor actividad metabólica. Aparecen signos como la bradicardia, sequedad de piel, estreñimiento e intolerancia al frío. En los pacientes bulímicos los valores de hormonas tiroideas suelen ser normales.

La T3 y la LH en mujeres y la testosterona en varones son los índices endocrinológicos que mejor se relacionan con las pérdidas de peso.

Las alteraciones en la secreción de hormona antidiurética pueden predisponer a la aparición de diabetes insípida.

3. **Alteraciones cardiovasculares:** La mayoría de las muertes en anoréxicos adolescentes se deben a colapso cardiovascular secundario a la desnutrición extrema. Con la progresiva pérdida de peso disminuye el grosor de la pared del ventrículo izquierdo y el volumen de eyección.

Existe también el riesgo de muerte súbita por disregulación autonómica, aumento del intervalo QT y arritmias secundarias a las alteraciones hidroelectrolíticas. La hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia debidas a purgas repetidas pueden desencadenar alteraciones de la conducción cardíaca si son lo bastante intensas.

En relación con la reducción del metabolismo basal aparecen bradicardia e hipotensión. Debido a insuficiencia cardíaca o a hiponatremia pueden presentarse edemas de tobillos, frialdad de extremidades y acrocianosis.

La pérdida de peso puede acompañarse de prolapso de la válvula mitral que desaparece con la recuperación del peso.

En los pacientes gravemente desnutridos la realimentación forzada puede desencadenar una miocardiopatía mortal, relacionada con hipofosfatemias intensas. Este síndrome se puede prevenir con una realimentación lenta y progresiva, y el análisis de los niveles de electrolitos y fosfatos frecuentes durante las primeras fases del proceso.

4. **Alteraciones neurológicas:** Son frecuentes el enlentecimiento generalizado y algún complejo punta-onda en el EEG. Más excepcional es la epilepsia.
5. **Alteraciones hematológicas e inmunológicas:** En la anorexia son frecuentes la anemia, la leucopenia con linfocitosis relativa y alteración granulocítica y la trombocitopenia. Todo lo anterior puede acompañarse de hipoplasia medular e incluso necrosis. También se han descrito alteraciones del sistema inmunitario con depresión del mismo, sin embargo no es frecuente que surjan procesos infecciosos importantes.
6. **Alteraciones renales:** En pacientes con más de 2 años de evolución no es raro encontrar alteraciones en la concentración y dilución de la orina. Es frecuente la elevación de los niveles plasmáticos de urea y creatinina en relación con la menor ingesta de proteínas y líquidos, disminución del filtrado glomerular y aumento del catabolismo proteico muscular. Disminuye o desaparece la respuesta normal a la hormona antidiurética, compatible con una diabetes insípida parcial. El consumo excesivo de oxalatos, baja ingesta de líquidos, vómitos y abuso de laxantes explican la mayor frecuencia de nefrolitiasis por oxalato cálcico.
7. **Alteraciones musculoesqueléticas:** Se ha descrito en la anorexia retraso en la maduración y disminución de la densidad ósea. La amenorrea puede asociarse con osteopenia y osteoporosis sobre todo en columna lumbar y cadera, con riesgo de fracturas patológicas. Los pacientes pre-puberales y puberales tienen riesgo de desarrollar una atrofia permanente del crecimiento.

El grado de desmineralización ósea suele ser proporcional a la duración de la enfermedad y al índice de masa corporal. El restablecimiento de los ciclos menstruales y la recuperación del peso no siempre normaliza la densidad ósea. Algunos autores señalan que los suplementos de estrógenos podrían ejercer una acción protectora.

El dolor en las extremidades puede ser consecuencia de fracturas de estrés las cuales pueden ser difíciles de diagnosticar sin una TC.

En las adolescentes con anorexia nerviosa se debe realizar una densitometría periódicamente para conocer su situación ósea. Cuando se detecta osteopenia deben tomarse medidas preventivas que eviten la osteoporosis.

Carney y Andersen (1996) recomiendan realizar una primera densitometría cuando la anorexia se acompaña de amenorrea de más de 6 meses de duración o en la bulimia se recoge una historia previa de anorexia. Si se detecta osteopenia grave o moderada y con el tratamiento de la anorexia se restablece la menstruación, se administrarán 1.500 mg/día de calcio restringiéndose el ejercicio. Si la menstruación no se restablece se añaden además estrógenos. Si la osteopenia es leve y se ha restablecido la menstruación se administrarán 1.000 mg/día de calcio, permitiendo un ejercicio físico normal. Si la menstruación no se ha restablecido pueden añadirse estrógenos o elevar el peso objetivo establecido.

Si a pesar de estas intervenciones sigue progresando la pérdida ósea, se debe considerar la administración de bifosfonatos.

8. Alteraciones orofaciales y gastrointestinales: Es muy frecuente la hipertrofia de las glándulas salivales, sobre todo de las parótidas, la cual puede tardar meses en desaparecer tras la normalización del peso y la alimentación. Por efecto del ácido gástrico de los vómitos pueden aparecer descalcificaciones en la carta interna de los dientes.

Es frecuente el retraso en el vaciamiento gástrico y la prolongación del tránsito gastrointestinal, con sensaciones de plenitud, borborigmos y estreñimiento que tienden a perpetuar el trastorno alimentario.

El abuso de laxantes también puede provocar complicaciones colónicas, con estreñimiento grave, melanosis coli, esteatorrea, malabsorción y gastroenteropatía perdedora de proteínas.

Las pruebas de función hepática suelen presentar elevaciones, reversibles con la recuperación nutricional, de GPT y GOT.

La malnutrición y los vómitos pueden producir hemorragias gastrointestinales. En la bulimia y también en la anorexia durante la fase de realimentación puede aparecer dilatación aguda del estómago. Se han descrito casos de pancreatitis aguda en pacientes bulímicos.

9. Alteraciones cutáneas: El aspecto de la piel suele ser seco y quebradizo. En muchos anoréxicos aparece alguno que coexiste con pérdida de cabello. El signo de Russell consiste en las callosidades en el dorso de la mano por erosión dentaria durante la autoprovocación del vómito.

Diagnóstico diferencial

15

15.1. Con otras enfermedades orgánicas:

El diagnóstico de la anorexia resulta fácil en los cuadros que llevan ya una cierta evolución. El diagnóstico diferencial puede plantearse entre formas clínicas larvadas o de comienzo con aquellos cuadros somáticos caracterizados por pérdida de peso en personas jóvenes, como son los tumores, linfomas etc. Y aquellos que cursan con síntomas gastrointestinales, particularmente el síndrome de la arteria mesentérica superior. En todos estos cuadros orgánicos estaría ausente la búsqueda voluntaria de la pérdida de peso y el miedo a la obesidad nucleares de la anorexia nerviosa.

Existe una anorexia como síntoma de otras enfermedades psiquiátricas o anorexia secundaria y la anorexia nerviosa, en la cual el rechazo alimentario es aparentemente el elemento central del diagnóstico. Este último diagnóstico, en nuestro entorno, se hace en base a la presencia de los criterios diagnósticos aceptados en la CIE-10. Si los pacientes cumplen con estos criterios, que incluyen la pérdida de peso autoinducida y la distorsión del esquema corporal con la preocupación por el peso, se hacen acreedores de este diagnóstico independientemente de que también cumplan los criterios diagnósticos de trastorno afectivo, obsesivo-compulsivo u otro.

Bulimia nerviosa:

El diagnóstico diferencial puede estar dificultado al ocultar el paciente datos sobre su comportamiento. Deben tenerse en cuenta los trastornos gastrointestinales que cursan con vómitos repetidos y las hiperfagias de causa orgánica neurológica o endocrina. Aunque la asociación entre la Diabetes y la bulimia es frecuente, no toda pérdida de control de la ingesta que aparece en aquella puede ser atribuida a ésta.

La prevalencia de los TCA (especialmente la bulimia) en diabéticos juveniles oscila entre el 10 y el 35% según las series, significativamente superior a la que corresponde por azar, con un predominio en mujeres. Existen sin embargo trabajos que no encuentran esta mayor prevalencia, aunque sí se observan frecuentes conductas alimentarias anómalas y excesiva preocupación por el aumento de

peso. En esta asociación son frecuentes la manipulación de la insulina, el incumplimiento terapéutico y el descontrol metabólico. Algunos de los síntomas propios de los trastornos alimentarios (pérdida de peso, rechazo de alimentos, atracones, vómitos...) pueden aparecer como síntoma también en otros trastornos psicopatológicos. Por ello, resulta imprescindible saber que existen rasgos comunes con diferentes trastornos. Con el trastorno del estado de ánimo, la pérdida de peso, alteraciones del sueño y ánimo deprimido; con la esquizofrenia, la negación de ingerir alimentos; con los trastornos de ansiedad, los atracones; con el trastorno por somatización, rasgos similares. Las características que diferencian al trastorno alimentario de los anteriores son esencialmente que no se produce un temor fóbico a engordar ni existen distorsiones en la imagen corporal (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); que se produce una pérdida de apetito pero no aparece la preocupación por el contenido calórico en los depresivos; el paciente puede negarse a comer, pero los delirios no se centran en el contenido calórico de los alimentos ni hay miedo a engordar en la esquizofrenia como tampoco ocurre en el trastorno por somatización (Mateos Parra y Solano-Pinto, 1997).

En los trastornos de ansiedad suele asociarse hiperorexia, y si además hay impulsividad puede confundirse con la bulimia nerviosa, el aspecto diferencial más importante es la ausencia de miedo a la obesidad y la falta de distorsión de la imagen corporal (Díaz Atienza, 2000).

Respecto a la **bulimia nerviosa** y los trastornos orgánicos habrá que realizar el diagnóstico diferencial:

1. Hipotiriodismo (no ligado a imagen corporal distorsionada o miedo a la obesidad).
2. Diabetes (aunque la asociación es frecuente, no toda pérdida de control sobre la ingesta puede ser debida a la bulimia nerviosa).
3. Enfermedad de Cushing (existe ganancia de peso pero no es debida a conductas de tipo bulímico).
4. Tumores hipotalámicos.
5. Síndrome de Kleine-Levine (suele presentar hipersomnia e hiperfagia).
6. Síndrome de Klüver-Bucy (comportamiento de desinhibición e hiperorexia, no hay alteración de la imagen corporal).

15.2. Con otros trastornos mentales:

El diagnóstico diferencial más difícil de realizar en la práctica clínica sería entre la anorexia y la bulimia, debido posiblemente al continuo que ya se ha señalado. Chinchilla (1994) dice que se pueden destacar los aspectos que más diferencian a ambos:

- Obesidad previa más frecuente.
- Más vomitadoras y abuso de laxantes y diuréticos.
- Menor control de los impulsos.
- Mayor abuso de alcohol y drogas.
- Mayores conductas suicidas y automutilaciones.
- Cleptomanía.
- Mayor ansiedad e inestabilidad emocional.
- Mayor historia de depresiones en las no vomitadoras y en familiares de primer grado.
- Comienzo de la enfermedad más tardío y mayor duración de la misma.
- El 40-60% tiene un trastorno afectivo en su vida.
- Mayor actividad sexual en general.
- Menor aislamiento social, mayor extraversión.
- Mayor número de acontecimientos vitales previos al episodio.

- Cuadros más crónicos y de peor pronóstico.
- Imprecisión sobre su pertenencia al espectro de la anorexia nerviosa o de su independencia clínica.
- Más relacionada con déficit serotoninérgico.

En las pacientes con **anorexia nerviosa** es más frecuente encontrar hipotensión, bradicardia e hipotermia.

La bulimia rara vez evoluciona hacia la anorexia nerviosa típica, pero sí es frecuente encontrar una anorexia previa.

Cuadro resumen del diagnóstico diferencial TCA y otros trastornos mentales

	SINTOMAS COMUNES	DIFERENCIA
Tr. Estado Animo	Pérdida de peso Alteraciones del sueño Estado de ánimo deprimido	Preocupación por el contenido calórico en los TCA
T.O.C.	Obsesión con alimentos	Temor fóbico a engordar Distorsiones de la imagen corporal en los TCA
Tr. Ansiedad	Atracones	Distorsión imagen corporal
Somatización	Rasgos similares	Miedo a engordar en los TCA
Esquizofrenia	Negativa a ingerir alimentos	El delirio no se centra en el contenido calórico de los alimentos

Adaptado de Mateos Parra y Solano Pinto (1997).

Evolución

16

Generalmente la anorexia se inicia entre los 10 y 30 años, de forma que si su comienzo tiene lugar en otras edades, algunos autores la consideran un cuadro atípico. La edad promedio se sitúa entre los 15 y 17 años. Afecta al 0,5% de las muchachas de esta edad si se hace referencia a cuadros completos. Los cuadros incompletos son mucho más numerosos, algunos autores refieren más del 90% y que afecta fundamentalmente a mujeres.

A diferencia de la anorexia, la bulimia tiene una edad de inicio situada al final de la adolescencia o comienzo de la adultez.

La historia clínica de ambos trastornos muestra con frecuencia a una adolescente que ha recibido algún comentario alusivo a su peso, caderas, o similar, que adquiere mucha importancia en la persona, centrándose a partir de ese momento en mejorar su cuerpo, con las expectativas de conseguir un cambio estético total y así elevar su autoestima. A veces el inicio del cuadro coincide con algún acontecimiento al que se le atribuye valor de desencadenante: cambio de domicilio, de instituto, académico, ruptura afectiva...

El descontento con el propio cuerpo puede no centrarse en el peso, sino en determinadas partes del mismo: caderas, glúteos, barriga, muslos, como más frecuentes. Deciden someterse a dieta para adelgazar e inicialmente restringen los alimentos que atribuyen mayor aporte calórico, grasas e hidratos de carbono (pan, mantequilla, embutidos, dulces) posteriormente la restricción afecta al total de los alimentos y a todas las comidas. Acaban alimentándose de escasos alimentos como yogur, queso, lechugas, manzanas y otra fruta. En la bulimia la restricción va seguida de atracones normalmente de alimentos prohibidos, con posteriores conductas compensatorias como el vómito. También es frecuente, aunque mayoritariamente en anorexia, un aumento de actividad física, andando grandes distancias, pese a su adelgazamiento y debilidad, mostrando además una dedicación intensa a los estudios.

Se pesan a menudo, vigilan su abdomen, en ocasiones recurren a laxantes y diuréticos. Consultan información sobre dietas, calorías y formas de adelgazar. Incluso puede que se interesen por la comida de los demás miembros de su familia. Las comidas en la anorexia suelen acabar realizándolas a solas, y si lo hacen con la familia son usuales ciertas manipulaciones o rituales: troceado minucioso y rechazo de gran parte, aplastar en el plato, esconder alimentos, mezclar con agua... negando dichas conductas.

Paulatinamente van mostrándose más irritables, taciturnas, aisladas, rechazando salir con sus amigas y desinteresándose por el sexo opuesto; muestran síntomas depresivos de mayor o menor intensidad.

La amenorrea aparece después de algunos meses, en anorexia nerviosa, y en bulimia pueden producirse fluctuaciones menstruales o amenorrea pero no es criterio diagnóstico.

Pueden pasar varios años desde el inicio de la enfermedad hasta que el paciente solicita tratamiento especializado. En la anorexia nerviosa el paciente no suele ir a consulta hasta que los signos externos del trastorno se hacen visibles, no suelen ir por iniciativa propia, dada la negación de la enfermedad, frecuente de este trastorno. Suelen acudir cuando la familia se percata de la pérdida importante de peso y/o está instaurada la amenorrea.

En la bulimia suelen vivirse los síntomas con temor y vergüenza a ser descubiertos en uno de los atracones, lo que suele retrasar la consulta con el especialista.

El retraso agrava el pronóstico.

Muchos pacientes que tienen un curso crónico de anorexia, de más de una década suelen ser incapaces de mantener un peso saludable y sufren depresión crónica, obsesividad y aislamiento social.

Es necesario la planificación del tratamiento individual cuidadosamente, requiriendo consultas con otros especialistas, hospitalizaciones repetidas, hospitalizaciones parciales, cuidados residenciales, terapias, otras terapias sociales, medicaciones diversas y ocasionalmente TEC en pacientes gravemente deprimidos.

Con pacientes crónicos puede ser un objetivo de las intervenciones plantearse pequeñas mejoras progresivas y pocas recaídas, así como un peso compatible con la vida, más que ganar peso saludable. Centrarse en cuestiones de calidad de vida, más que cambiar su peso o normalizar su comida (APA, 2000).

El curso de la BN es tórpido. La presencia de periodos de recuperación y recaídas es continua, con un progresivo deterioro físico, psicológico y de las relaciones interpersonales. Si no hay complicaciones importantes, puede llegar a estabilizarse a los diez años, dejando atrás la clínica, pero con áreas afectadas de su vida.

Cuando reciben tratamiento, la evolución suele mostrar también remisiones y recaídas. Varios estudios encuentran que el número de pacientes que continúan cumpliendo criterios diagnósticos para BN decrece a medida que la duración del seguimiento aumenta. Aproximadamente el 30% de las bulímicas continúan una década después con atracones y purgas (Muñoz Perea, M y Turon Gil, V, 2002).

De peor evolución serían las pacientes llamadas bulímicas multimpulsivas, del 20 al 25%, que presentan conductas de descontrol de los impulsos: hurtos, abuso de alcohol u otros tóxicos, cleptomanía, promiscuidad sexual, autoagresiones...

Según los datos ofrecidos por Chinchilla (1994) entre el 50 y el 75% de los pacientes evolucionan hacia la remisión o mejoría, no siempre duradera, pero sí de buen pronóstico a largo plazo, sobre todo si fueron tratadas muy precozmente en el inicio de la enfermedad. Se acepta que hay remisión total en el 50%, y que el 20% tienen una pobre evolución.

La evolución de la AN suele ser un proceso progresivo de agravamiento, donde la pérdida ponderal y las complicaciones físicas marcarían un final previsible. A veces la evolución hacia la cronicidad cursa con recaídas y recuperaciones parciales, acabando al cabo de los años en un estado permanente de delgadez más o menos extrema, amenorrea, limitaciones físicas y graves cogniciones de rechazo al peso normal o a la dieta normal. Se mantiene un rechazo inflexible al peso normal aunque ya no se persiga la delgadez como sinónimo de belleza. En los que reciben tratamiento, incluso casos muy favorables, éste rara vez dura menos de 2 o 3 años (Muñoz y Turon, 2002). El porcentaje de pacientes que se recuperan totalmente es del 50%; un 20% quedan con problemas residuales y el 30% sigue un curso crónico (Treasure J, 1997).

Recientemente las tasas de recuperación encontradas alcanzan un 69% en un estudio prospectivo de 10 años de Herpertz-Dahlman y cols. (2001).

Pronóstico y predictores de evolución

17.1. Factores predictores

1. Los mejores predictores de pobres resultados son: baja autoestima y comorbilidad con trastornos de personalidad tipo B. (Rica et al, 2001).
2. La alta frecuencia de atracones y vómitos, así como una historia de abuso de sustancias o dependencia, son indicadores de pronóstico negativo. (Wilson, Loeb et al, 1999).
3. Aunque una mejor alianza terapéutica puede incrementar la probabilidad de remisión, el manejo del síntoma en el curso del tratamiento, puede tener más impacto sobre el rango de remisión del paciente que la alianza y a la inversa (Wilson, Loeb, 1999).
4. El cambio rápido en la dieta restrictiva surge como el más claro mediador del resultado del tratamiento (Wilson, Fairburn et al, 2002).
5. Ninguno de los efectos de la terapia cognitivo-conductual puede ser atribuido a la alianza terapéutica (Wilson, Loeb, 1999).

17.2. Factores de mantenimiento del trastorno:

- **Complicaciones físicas y bajo peso.**

Como se demostró en el estudio de Keys de Minnesota, la inanición produce alteraciones cognitivas específicas: Obsesividad y compulsividad, especialmente relacionada con la alimentación. Gran parte de la clínica psicológica y conductual (obsesividad y compulsividad, labilidad emocional, aislamiento social, déficit de concentración, pérdida de interés sexual, trastornos del sueño) de la anorexia se explicaría por la malnutrición y bajo peso (Toro, 1987; Turon, 1998; García Camba, 2002). Esta clínica suele ser refractaria a la terapia cognitiva y al tratamiento con antidepresivos (Mitchell y cols., 2001).

Enfermedades como la diabetes se considera factor de mal pronóstico.
- **Conductas de purgas y dieta.**

La práctica de dietas facilita la aparición de atracones y las purgas u otras conductas compensatorias se convierten en "sistema legalizador" de los atracones. Una mayor intensidad de sintomatología bulímica al inicio de la terapia predice un peor resultado (López y Rodríguez, 1999; Stice, 1999).
- **Conductas adictivas.**

En algunos estudios se equipara atracón con adicción. Además la historia de uso de sustancias es un factor de mal pronóstico. (Keel y cols, 1999; López y Rodríguez, 1999).
- **Persistencia de cogniciones anómalas.**

Cuanto más frecuentes e intensas peor pronóstico (Agras et al, 2000, Stice, 1999). La mala nutrición lleva a la paciente a evaluar de forma alterada los alimentos, así como a una percepción anómala de su imagen corporal.

Fairburn y cols (1993) señalan que las preocupaciones residuales relativas al peso y la imagen corporal, una vez finalizada la terapia, son predictores de recaída.
- **Trastornos de personalidad.**

La existencia de trastornos de la personalidad complica el proceso terapéutico. Son conocidos los rasgos característicos en AN y BN. Los TP límite e histriónico están especialmente asociados a BN, mientras que en la AN serían más frecuentes el evitativo-dependiente y el obsesivo-compulsivo (Herpertz-Dalhmans y cols. 2001).
- **Bajo soporte social y familiar.**

La alteración de la relación familiar, estableciendo una dinámica de conflictos y lucha de competencias para que el paciente coma, interfiere negativamente en la evolución de la anorexia. (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991).

En la bulimia una mayor edad al inicio de la enfermedad facilita la ocultación de los síntomas. Suelen sufrir deterioro escolar o laboral, frecuentes rupturas sentimentales y rechazo en su medio social. Por eso la patología se agrava, el proceso terapéutico se interfiere y el cuadro adopta mayor morbilidad. Las conductas de atracón y purga están vehiculizadas por los sentimientos de fracaso, de culpa y por los estados afectivos de ansiedad y depresión (Selvini Palazzoli, 1978; Minuchin y cols, 1978, Toro, 1987).
- **Yatrogenia.**

Afortunadamente, cada vez es menos frecuente.
- **Factores socio-culturales.**

El estereotipo cultural premia y refuerza a la paciente en su lucha por la delgadez. (Toro, 1987).

Evaluación

18

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías con diversos signos y síntomas. La anorexia y la bulimia nerviosa se caracterizan por serias alteraciones en la alimentación, como restricción de la ingesta o atracones, así como por la excesiva preocupación por el peso y la imagen corporal. Todo ello produce efectos nocivos sobre el bienestar psicológico y puede tener efectos muy perjudiciales sobre la salud.

La evaluación de estos trastornos, por tanto, tiene que dirigirse tanto hacia las características clínicas como a las nutricionales y psicológicas y debe ser realizada, la mayoría de las veces, por un equipo de trabajo multidisciplinar.

Además es importante tener en cuenta que frecuentemente se produce un retraso entre la aparición de los síntomas y el inicio del tratamiento. En muchas ocasiones los pacientes no tienen conciencia de que las conductas que realizan son patológicas, incluso puede que lo vean como una solución a sus problemas en el caso de la anorexia o bien que oculten los síntomas por sentirse avergonzados de ellos. Estas características, frecuentes en estas patologías, va a dificultar la obtención de resultados válidos y fiables de las pruebas diagnósticas, ya que pueden ser distorsionadas o falseadas, pues la mentira o ocultación de los síntomas es muy frecuente, sobre todo en las primeras entrevistas, aspecto que debemos tener en cuenta a la hora de valorar los datos recogidos al inicio del tratamiento.

La evaluación de los trastornos de conducta alimentaria, en nuestro caso, se realiza según la historia clínica habitual que se utiliza en los centros de salud mental para cualquier otro trastorno psicopatológico, y además incluye cuestionarios autoaplicados y una entrevista semiestructurada específica que serán, junto con la exploración médica, los principales instrumentos para la evaluación de los trastornos de conducta alimentaria.

18.1. Exploración médica

La mayoría de los síntomas y signos físicos que aparecen en la evolución de un trastorno alimentario son causados por la desnutrición y las conductas purgativas empleadas. Estos signos y síntomas van a requerir una exploración física y de laboratorio mínimas, pero necesarias.

Tradicionalmente la exploración física ha contemplado:

- Peso y talla.
- Pulso y tensión arterial.
- Estado de hidratación.
- Examen dental.
- Examen cardiológico (ECG).
- Examen gastrointestinal.
- Examen neurológico.
- Examen ginecológico, incluyendo desintometría ósea.

Respecto a la pruebas de laboratorio se incluye:

- Radiografía de tórax
- Balance electrolítico
- Calcio, magnesio, fósforo, cloro
- Pruebas funcionales hepáticas
- Niveles de saliva de amilasa
- Función renal
- Glucemia
- T3, T4, TSH
- Análisis de orina
- Hemograma (protocolo de anemia)
- Examen gastrointestinal.

18.2. Entrevistas semi-estructuradas

Las entrevistas son las herramientas más precisas para evaluar un trastorno de conducta alimentaria, ya que pueden definirse los diferentes conceptos de cada pregunta.

Las entrevistas que se aplican en la actualidad en los servicios especializados de distintos lugares de España contemplan diferentes aspectos de la sintomatología propia de los trastornos de conducta alimentaria, así como de síntomas comúnmente asociados. Se analizan las conductas restrictivas, los atracones, las conductas purgativas, la imagen corporal, las relaciones sociales y el nivel de afectación de su vida por el trastorno, etc...

Recomendamos la entrevista que adjuntamos en el anexo 1.

Con respecto a la dieta existen diversas técnicas para evaluar la ingesta alimentaria, entre ellas están el registro directo de comidas (anexo 3 y 4) el registro de pesos y medidas (anexo 2) el registro de frecuencia de atracones y vómitos o de impulso al atracón e impulso al vómito. Estos registros ayudan a evaluar diferentes aspectos de la dieta. En cuanto al peso y la adiposidad pueden evaluarse mediante el índice de masa corporal (IMC) el porcentaje de grasa corporal, la medición de pliegues cutáneos, resistencia bioeléctrica... Es más frecuente entre todos el cálculo de IMC, aunque en casos de pacientes en edad infanto-juvenil las tablas no son muy recomendables, haciendo mejor uso del porcentaje de pérdida.

En la evaluación de la actividad física también se recomiendan diarios, observación directa o monitorización mecánica.

18.3. Cuestionarios autoaplicados

Los cuestionarios autoaplicados aportan síntomas o conductas de riesgo para padecer un trastorno de conducta alimentaria, pero no dan un diagnóstico específico. Cuando se aplica un cuestionario es importante tener en cuenta la posibilidad de que las respuestas estén falseadas por el deseo del paciente de ocultar la gravedad de los síntomas y dar una mejor imagen. Además hay que tener en cuenta la validez interna del cuestionario, su sensibilidad y especificidad, para elegir el más adecuado.

Existen ya innumerables cuestionarios de aplicación en los trastornos de conducta alimentaria, entre los que vamos a mencionar sólo los más utilizados en la literatura actualizada (tabla 18.1). Después explicaremos con mayor detalle los recomendados en esta guía (EAT, EDI y BITE).

TABLA. 18.1 Instrumentos de evaluación

Tipo de instrumento	Objetivos	Nombre y autor
Entrevistas Diagnósticas	Detectar conductas para facilitar el diagnóstico del trastorno.	<ul style="list-style-type: none"> -Interview for Diagnostic of Eating Disorders (IDED), Williamson et al (1990). -Eating Disorder Examination (EDE). Fairburn y Wilson (1993). -Stanford Eating Disorder Clinic, Agras (1987).
Entrevistas para evaluar la psicopatología asociada	Especialmente para detectar la presencia de depresión, ansiedad, obsesiones, psicosis.	<ul style="list-style-type: none"> -Brief Interview of Secondary Psychopathology (BISP), Williamson et al (19- Clinical Eating Disorder Eating Instrument (CEDRI), Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrik (1987).
Autoinformes de actitudes y síntomas de trastornos alimentarios	Detectar sintomatología propia de los trastornos de la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> -Eating Attitudes Test (EAT), Garner y Garfinkel (1979) -Eating Disorder Inventory (EDI), Garner y Olmstead (1984). -Bulimia Test (BULIT), Smith y Thelen (1984). -Binge Eating and cognitive Factors Scale, Gormally, Black, Daston y Rardin (1982).
Autoinformes sobre la imagen corporal	Detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> -The Body Esteem Scale (BES), Franzoi y Shields (1984). -The Body Self-Relations Questionnaire (BSRQ), Cash, Winstead y Janda (1986). -Body Shape Questionnaire (BSQ), Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). -Escala de siluetas o de figuras de Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero y Veitia (1985). -Subescala del EDI, Garner y Olmstead (1984). -Cuestionario de Influencia de Modelo Estético Corporal, Toro, Salamero y Martinez (1994). -Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), Rosen, Salzberg y Sr.

Mateos Parra y Solano Pinto (1997).

Eating Attitudes Test (EAT)

Elaborado por Garner y Garfinkel en 1979 con el objetivo de medir de forma general los síntomas de anorexia y bulimia. Originalmente estaba constituido por 40 ítems agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar el peso (Garner y Garfinkel, 1979); posteriormente reducen el cuestionario a 26 ítems, quitando los que consideraron redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (EAT-26)

Eating Disorder Inventory (EDI)

Desarrollado también por Garner y cols. (1983) contiene 64 ítems agrupados en ocho subescalas: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la imagen corporal, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, miedo interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. Posteriormente se desarrolló el EDI-2 (1991) que añade al anterior 27 ítems clasificados en tres subescalas: ascetismo, regulación de impulsos e inseguridad social.

Un estudio realizado por Cooper y cols (1985) encontró que las escalas que mejor diferenciaban la anorexia de la bulimia eran las de sintomatología bulímica y la de insatisfacción con la imagen corporal, pero ésta última era alta en las dos. Las subescalas como baja autoestima, miedos interpersonales, miedo a madurar, identificación interoceptiva y la motivación para adelgazar diferencian a los sujetos con trastornos de conducta alimentaria del grupo control. Las subescalas como insatisfacción con la imagen corporal, motivación para adelgazar y realización de dietas aparecen altas tanto en población con TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA como en población general.

Este cuestionario ha demostrado ser sensible a los cambios registrados en los pacientes durante el tratamiento, por lo que se puede utilizar también para su valoración.

Bulimia Test of Edimburg (BITE)

Realizada por Henderson y Freeman en 1987 consta de 37 ítems para identificar a personas con síntomas bulímicos. Tiene dos escalas: una de síntomas y otra de intensidad. Puede ser útil para valorar la intensidad de trastorno de conducta alimentaria y la respuesta al tratamiento.

19

Tratamiento

La evaluación pretratamiento va a ser esencial para determinar el tipo de tratamiento a seguir (APA, 2001).

El proceso de tratamiento puede requerir una variedad de dispositivos de atención y prevención: tratamiento ambulatorio, hospital de día, comedores, hospitalización, pisos protegidos, etc., presentando una enorme complejidad de coordinación y seguimiento interdisciplinar y de recursos (APA, 2001).

Debe evitarse que el paciente acabe viviendo por y para la enfermedad, primando la continuidad en la vida del sujeto y favoreciendo siempre que sea posible las alternativas terapéuticas que faciliten esa continuidad.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de personas con anorexia nerviosa que se recuperan por completo es moderado y que la tasa de recaídas en bulimia nerviosa es muy alta, y que una proporción muy alta de las que mejoran, continúan teniendo ciertas alteraciones (distorsión imagen corporal, conductas alimentarias desordenadas, otras dificultades psiquiátricas) se hace necesario en ocasiones relativizar el objetivo de eliminación total de síntomas, proponiendo objetivos intermedios.

El plan de tratamiento incluirá metas alcanzables para el individuo y tendrá en cuenta:

- Que la motivación puede fluctuar.
- Que la recaída es normal y no es signo de fracaso.
- Que los progresos pueden ser lentos.

De forma habitual estos pacientes presentan una motivación para el tratamiento que puede ser ajena al propio paciente, fluctuando a lo largo del proceso su motivación para el cambio (Calvo, 2002). El tratamiento, por tanto, deberá identificar el estado motivacional de los pacientes, sus resistencias al cambio y actuar apropiadamente (Pasamontes et al., 1998; Pérez Sales, 1999). Las etapas en el proceso de cambio, según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente's (1992) pueden sucederse desde la precontemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Por ello cualquier tratamiento, requerirá una primera fase de concienciación de enfermedad y valoración del estado del individuo, en este proceso de cambio. En esta fase, se recomienda utilizar la entrevista motivacional para el manejo de la ambivalencia, resistencia y escucha empática y la mejora de la relación terapéutica. (Miller y Rollnick, 1999).

Habrá que dedicar un tiempo para mantener la motivación al tratamiento, el establecimiento de hábitos alimentarios saludables y asegurarse de que el progreso se mantiene en el futuro, mediante estrategias de prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985).

Se establecerá un tratamiento escalonado:

- 1º) Procurar desde el inicio tener en cuenta la relación y alianza de tratamiento (motivación, concienciación, asesoramiento profesional).
- 2º) Control de la situación clínica desde el punto de vista médico-psiquiátrico (exploración orgánica y psicopatológica) así como del grupo socio-familiar (funcionamiento de los grupos de referencia del paciente y de los riesgos asociados a su conducta).
- 3º) Acuerdo para el establecimiento de programas de tratamiento individualizados y específicos (individuales, familiares, grupales y desde las intervenciones de corte psicopedagógico hasta las terapias de orientación psicodinámica) (Grijalvo y cols., 2000).

El tratamiento requiere una frecuencia de sesiones y una duración en el tiempo, suficientemente intensa para que tenga efecto. La tendencia actual es realizar el tratamiento de forma ambulatoria, con intensidad variable en función de las necesidades del paciente (Calvo, 2002). Sería recomendable llevar a cabo dos entrevistas semanales en la primera fase del tratamiento (APA, 2001).

Las acciones terapéuticas que recomendamos a continuación, son aplicables, con ligeras variaciones, a pacientes adolescentes. Estas variaciones dependerán del nivel cognitivo que requiere cada técnica, de la edad de los pacientes, los retos implicados en el desarrollo evolutivo de este periodo (cambios corporales, inicio de la madurez sexual, toma de conciencia propia, aumento de la autonomía, incremento de la influencia de los iguales, desarrollo del sentido de coherencia e integridad personal) y de la integración de la familia (Calvo, R. 2002).

Los modelos de terapia, para los que existe evidencia de su eficacia en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, son el cognitivo-conductual y el interpersonal. A continuación describimos brevemente los puntos principales de cada modelo:

19.1. Terapia cognitivo-conductual

Objetivos:

1. Restablecer un modelo de alimentación normalizada.
2. Desarrollar técnicas de afrontamiento para evitar atracones y conductas compensatorias.
3. Modificar distorsiones cognitivas acerca de la comida y de la imagen corporal.

Frecuencia y duración:

Este tratamiento, se podría realizar en 19 sesiones, en un periodo de 20 semanas aproximadamente. Las sesiones grupales durarán 90 minutos y 45 minutos la individuales. La frecuencia aconsejable de dichas sesiones será de dos semanales las primeras dos semanas, una semanal las siguientes doce sesiones, que pasarán a ser quincenales en las últimas seis semanas.

El desarrollo de este programa comprende tres fases superpuestas (Wilson, 2002):

1. Conciencia de problema. El primer objetivo es educar al paciente sobre la BN e incrementar la regularidad de la comida, guiando al paciente hacia el modelo con tres comidas principales y dos aperitivos cada día. Promueve el auto-registro de alimentos, atracones y purgas. Programa psicoeducativo que es común con el de la AN. Se realiza hasta la sexta o séptima sesión, preferentemente con una frecuencia de dos sesiones semanales.
2. La segunda fase, sobre la octava sesión, continúa con la exposición de los procedimientos terapéuticos para reducir la restricción alimentaria, por ejemplo, ampliar la elección de alimentos. Además, se añaden los procedimientos cognitivos, mediante experimentos conductuales que sirven para identificar y corregir las cogniciones disfuncionales, y las conductas de evitación relacionadas con el peso y la figura.
3. En la tercera fase, aproximadamente a partir de la sesión número 16, se aborda sobre todo el mantenimiento del cambio y el final del tratamiento. Para disminuir la probabilidad de recaídas se usan las estrategias de prevención de recaída.

Este modelo puede considerarse la intervención terapéutica de elección, incluso en la adolescencia. Pueden utilizarse sin problemas varias técnicas de este modelo como planificación ambiental, administración de refuerzos positivos, diversas técnicas de manejo de estrés, imaginación positiva, reestructuración cognitiva, modelado, resolución de problemas, entrenamiento de habilidades de afrontamiento e intención paradójica. Las técnicas que exigen la utilización de meta-cogniciones son más eficaces en la adolescencia media y tardía (R. Calvo, 2002).

Según Wilson y col. (2002) la asignación de tareas conductuales para casa son las que explicarían el rápido efecto de terapia cognitivo conductual, en concreto la automonitorización que se produce en la primera sesión, por el aumento rápido de concienciación de la conexión entre la conducta problema y las variables que influyen en ella. Es fundamental para la reacción de autoevaluación, proceso que mejora la autorregulación (Bandura, 1986).

Dificultades en la aplicación de la terapia cognitivo conductual (Rica, V. et al, 2001).

- Requieren posición activa del paciente.
- Buena relación terapéutica.
- Programa cuidadosamente estructurado.
- Tareas de dificultad gradual.
- No es suficiente en todos los casos, en un 50% persisten síntomas tras el tratamiento.
- El modelo tradicional "restricción-atracón-purga" no es suficiente, los factores emocionales contribuyen también, y debe incluirse el círculo emoción negativa-atracón-vómito.

19.2. Terapia interpersonal

Fases (Wilson et al, 2002):

- 1ª. Fase: Durante las primeras cuatro sesiones (semanas 1-2) se dedica a analizar con detalle el contexto interpersonal en el que el trastorno alimentario se desarrolló y se mantiene. El paciente aprende a formular su trastorno en términos interpersonales y especifica un número limitado de áreas problema (duelo, disputas interpersonales, transición de roles y déficits interpersonales).
- 2ª. Fase: El foco del tratamiento se centra en esas áreas problema, áreas en las que el paciente tiene más frecuentemente déficits personales y dificultad con la transición de roles (ej: proceso de independencia de los padres). La estrategia específica que se use dependerá de la naturaleza de estas áreas.
- 3ª. Fase: En la fase final del tratamiento, durante la que las sesiones son quincenales (sesión 17-19, semanas 15-20), se discuten los sentimientos sobre la finalización del tratamiento, se revisan los progresos, y formas de manejar y afrontar futuras dificultades.

Durante todo el tratamiento se enfatiza la competencia propia del paciente. En ninguna etapa del tratamiento se presta atención a los hábitos alimentarios o actitudes sobre el peso y la figura, no conteniendo ningún procedimiento cognitivo-conductual específico de terapia cognitivo conductual. No hay instrucciones conductuales, no hay registros, ni automonitorización, ni referencia a cogniciones.

19.3. Indicaciones específicas en el tratamiento de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa.

19.3.1. Bulimia nerviosa

19.3.1.1. Consejo nutricional

El consejo nutricional puede resultar útil como coadyuvante de otras modalidades terapéuticas. Minimiza la restricción de alimentos, incrementa la variedad de comida y fomenta el ejercicio moderado (APA, 2001).

19.3.1.2. Tratamiento psicológico de la Bulimia nerviosa. Recomendaciones.

La terapia de primera elección es la terapia cognitivo-conductual, siguiendo el programa propuesto por Fairburn y col. (1985;1997).

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en cuatro características de la bulimia nerviosa: atracones, purgas, restricción de la dieta y actitud anormal sobre la figura y el peso. También mejora significativamente la psicopatología general de la bulimia nerviosa: depresión, auto-estima, funcionamiento social y medidas de alteración de la personalidad (Wilson y Fairburn 2002).

Como tratamientos psicológicos alternativos la terapia interpersonal resulta altamente prometedora. Aunque la terapia cognitivo-conductual es comparativamente de acción más rápida, los resultados a un año de seguimiento entre ellas no son estadísticamente diferentes. (Whittal et al, 1999; Hay y Halcaltchuck, 2001; APA, 2001 ; Agras y cols., 2000).

El ejercicio físico, añadido al tratamiento cognitivo-conductual, mejora los efectos del mismo (Sundgot-Borgen, J.; Rosenvinge, JH. and cols. 2002; Pendleton, 2001).

En la guía de la APA (2001) los estudios sobre el tratamiento grupal sugieren alguna eficacia y hay evidencia de que si incluye consejos y manejo dietético es más efectivo. La combinación individual y grupal puede ser más efectiva .

Podría ser de ayuda en casos de comorbilidad la aplicación de otras técnicas (conductuales y dinámicas).

La terapia familiar es recomendable, siempre que sea posible, en adolescentes o en adultos con conflictos familiares.

19.3.1.3. Tratamientos farmacológicos

Los antidepresivos son útiles como parte del tratamiento inicial combinados con psicoterapia. La adición de antidepresivos puede ser más efectiva que la psicoterapia sola para reducir síntomas de ansiedad y depresión.

Un gran número de estudios de alta calidad sugieren que distintas clases de antidepresivos producen significativamente mayores reducciones a corto plazo en los episodios de atracón y purga en la BN que el placebo. A largo plazo los efectos de los antidepresivos permanecen sin determinar. Hay poca evidencia de que combinando la terapia cognitivo conductual con medicación antidepresiva aumente significativamente la mejoría en los rasgos nucleares de la BN, aunque puede ayudar en el tratamiento de la ansiedad y depresión comórbidas.

En el caso de que el paciente no quiera seguir la terapia cognitivo-conductual o cuando ésta haya fracasado, la terapia con antidepresivos reduce los episodios de atracón / vómito y es más efectiva a corto y a largo plazo que el placebo.

No existen claras diferencias entre unos antidepresivos y otros. Sin embargo los ISRS son considerados los más seguros. Dosis de fluoxetina de 60 mg. han demostrado su eficacia por lo que parecería justificado su uso como tratamiento farmacológico de primera elección. Si fracasa, está justificado hacer un segundo intento con otro antidepresivo.

A falta de datos sistemáticos la mayoría de clínicos recomienda continuar con la terapia antidepresiva durante 6 meses a un año en la mayoría de pacientes.

19.3.1.4. Conclusiones:

1. Los antidepresivos son más efectivos que el placebo reduciendo los atracones y purgas (Bacaltchuck & Hay, 2002a).
2. Con una excepción, no existen estudios sistemáticos de dosis respuesta. La excepción mostró que 60 mg/día pero no 20 mg/día de Fluoxetina eran más efectivos que el placebo (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992).
3. Las diferentes clases de antidepresivos parecen ser igual de eficaces, aunque no hay comparaciones directas de fármacos diferentes dentro del mismo estudio. Actualmente 60 mg/día de Fluoxetina podría ser el tratamiento de primera elección por tener menos efectos secundarios que los tricíclicos (Bacaltchuck & Hay, 2002a; Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992).
4. Los pacientes que no responden a un antidepresivo pueden responder a otro. La medicación es a veces efectiva en casos en los que la terapia cognitivo conductual ha fallado (Bacaltchuck & Hay, 2002a; Mitchell et al, 1989; Walsh et al, 1997 y 2000).
5. Aunque existen algunos estudios, los efectos a largo plazo de la medicación no han sido convenientemente estudiados (Agras et al, 1994a; Pope et al, 1985; Romano et al, 2002; Walsh et al, 1991).
6. Pocos estudios han evaluado los efectos de los antidepresivos sobre aspectos de la BN diferentes de los atracones y purgas. Hay datos que apuntan a que los antidepresivos no producen mejoría de los hábitos dietéticos de las pacientes entre los episodios de atracón (Rossiter et al, 1988).

7. No se han identificado predictores consistentes de respuesta al tratamiento antidepresivo. Los niveles de depresión no parecen estar relacionados con la respuesta al tratamiento (Agras et al, 1987; Romano et al, 2002; Walsh et al, 1988 y 1991).
8. El mecanismo a través del cual la medicación antidepresiva ejerce su efecto es desconocido.
9. Los resultados de los estudios sugieren que la fluoxetina sola no es una adecuada estrategia de tratamiento, y que se requieren otras estrategias de tratamiento para mantener la mejoría inicial (Romano et al, 2002).

19.3.1.5. Comparación de la medicación antidepresiva con la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la BN:

1. La terapia cognitivo conductual es mejor aceptada por los pacientes que la medicación antidepresiva (Bacaltchuck et al, 2002b; Leitenberg et al, 1994; Mitchell et al, 1990).
2. La tasa de abandono es menor con la terapia cognitivo conductual que con los tratamientos farmacológicos (Agras et al, 1992; Bacaltchuck et al, 2002b; Mitchell et al, 1990; Whittal et al, 1999).
3. La terapia cognitivo conductual parece ser más eficaz que el tratamiento con medicación antidepresiva únicamente (Agras et al, 1992; Bacaltchuck et al, 2002b; Leitenberg et al, 1994; Whittal et al, 1999).
4. La combinación de terapia cognitivo conductual con medicación es significativamente más eficaz que el tratamiento con medicación sólo (Agras et al, 1992; Bacaltchuck et al, 2002b; Leitenberg et al, 1994; Mitchell et al, 1990; Walsh et al, 1997; Whittal et al, 1999).
5. Existen indicios de que la adición de terapia cognitivo conductual y medicación antidepresiva pueden potenciarse, siendo la combinación más eficaz que la psicoterapia sola (Bacaltchuck et al, 2002b; Fichter et al, 1991; Mitchell et al, 1990; Walsh et al, 1997).
6. La combinación de terapia cognitivo conductual y medicación antidepresiva puede ser más efectiva que la terapia cognitivo conductual sola en la reducción de los síntomas ansioso depresivos (Mitchell et al, 1990; Walsh et al, 1997).
7. El mantenimiento a largo plazo de los cambios parece ser mejor con la terapia cognitivo conductual que con la medicación (Agras et al, 1994a; Bacaltchuck et al, 2002b; Mitchell et al, 1990; Pyle et al, 1990).
8. A largo plazo algún tratamiento es mejor que ningún tratamiento en lo que respecta al funcionamiento psicosocial. En un estudio (Keel et al, 2002) de seguimiento a los 10 años de mujeres que habían seguido tratamiento con terapia cognitivo conductual, antidepresivos o ambos, se encontró mejoría en el funcionamiento psicosocial de estas mujeres frente a aquellas que habían estado sometidas a la condición placebo.
9. Estudios recientes con el antiepiléptico topiramato han mostrado aparente efectividad en el tratamiento de los síntomas de atracón en bulimia nerviosa, perfilándose como un buen instrumento terapéutico en estos trastornos (Shapira y cols., 2000). Shapira, NA.; Goldsmith, TD.; & McElroy, SL. (2000). *Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series*. Journal of Clinical Psychiatry, 61, 368-372.
- 10.

Tanto la terapia cognitivo-conductual como el tratamiento psicofarmacológico por separado son eficaces. Combinados parecen aumentar la eficacia. El tratamiento farmacológico solo, es menos eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual solo.

19.3.2. Anorexia nerviosa

La relativa pobreza de investigaciones sobre resultados del tratamiento en Anorexia Nerviosa contrasta con la cantidad y calidad de investigaciones sobre resultados del tratamiento en Bulimia Nerviosa. Debido a que la literatura sobre el Tratamiento de AN contiene numerosos estudios de seguimiento no controlados de varios programas de tratamiento, es imposible generalizar de un nivel de tratamiento a otro, hacer comparaciones entre los estudios, o identificar tratamientos efectivos. (Wilson & Fairburn, 2002).

En la mayoría de los casos es posible que el tratamiento sea exclusivamente ambulatorio, siendo el ingreso hospitalario la última elección.

En un estudio (Crisp et al, 1991) en el cual fueron comparados el tratamiento hospitalario y el ambulatorio de la AN, se hicieron dos llamativos descubrimientos:

- 1º El tratamiento breve ambulatorio fue tan efectivo como el más largo e intensivo tratamiento combinado hospitalario + ambulatorio.
- 2º Ambas formas de tratamiento se asociaban a una significativa ganancia de peso al año de seguimiento.

19.3.2.1. Rehabilitación nutricional

Programa de rehabilitación nutricional: el tratamiento debe contemplar consejo dietético y elementos conductuales para la restauración efectiva del peso en la mayoría de los casos.

Los programas deberían establecer el objetivo de un peso sano y fijar los porcentajes de aumento controlado de peso (0,250-0,5 Kg/semana para la mayoría de los programas ambulatorios). Los niveles de ingesta deberían empezar con 30-40 Kcal/kg por día y seguir aumentando progresivamente hasta los 70-100Kcal/kg por día en algunos pacientes durante la fase de aumento de peso. Los niveles de ingesta deben estar entre 40-60 kcal/kg por día durante la fase de mantenimiento. También puede resultar beneficioso que los pacientes tomen suplementos vitamínicos o minerales. Otras opciones incluyen los suplementos alimentarios líquidos.

En caso de osteopenia están indicados los suplementos de calcio. El uso de estrógenos no suele revertir la osteoporosis y osteopenia si no se acompaña de una recuperación ponderal. Se añaden al tratamiento cuando la menstruación no se restablece a pesar de alcanzarse (o superarse en 2-4 kg si es posible) el peso fijado como objetivo. Si continúa produciéndose pérdida ósea tras las medidas anteriores se puede considerar la administración de bifosfonatos (García-Camba de la Muela, 2002).

Resulta esencial el control médico de los pacientes durante la fase de realimentación, incluyendo: signos vitales, ingesta de alimentos y líquidos, excreción; electrolitos, incluido el fósforo; presencia de edema, aumento rápido de peso por sobrecarga de líquido, insuficiencia cardiaca congestiva, y síntomas gastrointestinales como estreñimiento e hinchazón.

Hay que ayudar en el aumento del peso que se produce al inicio y los cambios de su imagen corporal. Educar sobre los riesgos de su trastorno y el apoyo a sus familiares (APA, Agras y Cramer, 1984).

19.3.2.1. Tratamiento psicológico

La intervención psicológica es útil una vez que la ganancia de peso ha comenzado. Por sí sola no es suficiente, pero se considera la piedra angular del tratamiento. La psicoterapia individual debe durar un año como mínimo, pudiendo durar hasta 5 ó 6 años.(APA, 2001; Hoffman y Halmi, 1993). Es esencial que incorporen un conocimiento de conflictos psicodinámicos, desarrollo cognitivo, defensa psicológicas y la complejidad de las relaciones familiares, así como presencia de otros trastornos (APA, 2001).

Se recomienda el uso de terapia familiar en el tratamiento de adolescentes con AN. Puede hacerse conjuntamente, o paciente y familia por separado. Los grupos de familias también son útiles aunque estos resultados no están bien establecidos. (Eisler y Dare, 2000). El método más extensamente estudiado implica orientación a los padres en la rehabilitación del paciente y apoyo a los padres y al paciente en retomar gradualmente la normalización de su vida.

El tratamiento cognitivo-conductual pudiera ser beneficioso, particularmente bien adaptado al tratamiento de pacientes adultos para los que la terapia familiar parece no ser indicada. (Wilson y Fairburn, Channon, 1989; Sefarty, 1989 y Russell e.a., 1987). En la adolescencia, la intervención terapéutica de referencia sería la cognitivo-conductual unida a la intervención familiar (Calvo, 2002).

Los tratamientos grupales se pueden utilizar como tratamiento complementario, pero con muchas precauciones (evitando la agrupación por diagnóstico).

19.3.2.2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico no debe usarse como único o primer tratamiento y en principio no debe utilizarse durante el periodo de recuperación de peso. Se puede valorar la indicación de antidepresivos después de la restauración del peso, cuando desaparecen los efectos psicológicos de la desnutrición, pudiendo mejorar la evolución y ayudando a prevenir las recaídas. Los resultados sobre este último punto son contradictorios:

En un estudio controlado de tratamiento con Fluoxetina a continuación de la restauración de peso (Kaye et al, 2001) se encontró que mejoraba la evolución de los pacientes al año de seguimiento, evitando las recaídas. En otro estudio retrospectivo del uso de Fluoxetina tras el alta hospitalaria (Strober et al, 1997), no se confirmó este presunto efecto beneficioso.

Aún teniendo en cuenta las limitaciones de las que adolecen los pocos estudios realizados con medicación en estos pacientes (pequeño tamaño de las muestras, uso de bajas dosis y estudios con pacientes hospitalizados e integrados en programas de ganancia de peso) la consistencia con la que se han obtenido resultados negativos sugiere que la medicación no mejora la recuperación de peso de los pacientes hospitalizados.

Sí sería necesario el uso de medicación para el tratamiento de problemas asociados a la anorexia nerviosa, como la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo, aunque no tenga un efecto específico sobre los síntomas nucleares de la anorexia.

Para tratar la distensión y los dolores abdominales debidos a gastroparesia y a saciedad prematura se suelen recomendar agentes que favorecen la motilidad, como la metoclopramida.

19.3.3. Trastorno por atracón

Aunque no es un diagnóstico aprobado en la CIE-10 en la actualidad, existen criterios de investigación presentados en el DSM-IV. La prevalencia en la población general es de 1,5 a 2,0% (Bruce & Agras, 1992; Gotestam & Agras, 1995). Este trastorno parece afectar a un grupo de mayor edad que la Bulimia Nerviosa, estando muchos de los pacientes por encima de los 40 años. Los casos en varones no son raros (Spitzer et al, 1993), aproximadamente un tercio de los pacientes. El trastorno se asocia de forma significativa con la obesidad (Bruce & Agras, 1992; Striegel-Moore et al, 2000).

La comorbilidad psiquiátrica es frecuente; hasta un 75% de estos pacientes tienen antecedentes psiquiátricos y más de la mitad presentan: Episodio depresivo mayor (Wilfley et al, 2000; Yanovski et al, 1993).

19.3.3.1. Tratamiento farmacológico

Los resultados con medicación antidepresiva son variados en el mejor de los casos, y algunos estudios fracasan en demostrar su superioridad respecto al placebo (Agras et al, 1994a; Alger et al, 1991; Hudson et al, 1998). Las tasas de respuesta al placebo son muy altas, alrededor del 70%. Otros estudios muestran la eficacia de los antidepresivos en la reducción de la frecuencia de atracones, pero sin significativa disminución del peso (McCann & Agras, 1990).

En un estudio con 75 mg/día de imipramina durante las 8 primeras semanas de un programa de 8 meses con consejo dietético y apoyo psicológico, ésta demostró ser superior al placebo en la reducción del número de atracones y la pérdida de peso (Laederach-Hoffman et al, 1999).

El topiramato, un antiepiléptico, ha mostrado en estudios recientes ser aparentemente efectivo en la reducción de la frecuencia de atracones en estos trastornos así como en la reducción del peso en los pacientes obesos (Appolinario y cols., 2001; McElroy y cols., 2003).

Con la evidencia disponible el tratamiento farmacológico no puede ser recomendado como terapia inicial de estos trastornos, aunque pueden resultar útiles en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos (Wilson & Fairburn, 2002).

19.3.3.2. Tratamientos conductuales de pérdida de peso

Usados en pacientes obesos o con sobrepeso y trastorno por atracón. Están focalizados en la disminución de la ingesta calórica, mejora nutricional y aumento de la actividad física.

Tanto la terapia cognitivo conductual como las conductas de pérdida de peso producen llamativas reducciones en los episodios de atracón en pacientes obesos con este trastorno (Marcus et al, 1995). Los tratamientos de restricción calórica producen significativas pérdidas de peso al menos a corto plazo (Agras et al, 1994a; Marcus et al, 1995; Nauta et al, 2000). Muchos estudios encuentran que tanto los obesos con trastorno por atracón como los obesos sin comorbilidad responden por igual a estos tratamientos en relación a la pérdida de peso a corto plazo (Gladis et al, 1998; Sherwood et al, 1999), mientras que otros encuentran que la comorbilidad condiciona un peor resultado (Yanovski et al, 1994).

A pesar de advertencias en contra (Garner & Wooley, 1991), no existen evidencias de que las restricciones dietéticas puedan iniciar o exacerbar los episodios de atracón en este tipo de trastornos (Howard & Porzelius, 1999; National Task Force on Prevention and Treatment of Obesity, 2000).

19.3.3.3. Tratamiento psicológico

Hay pocos estudios controlados sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos a largo plazo (Wilson y Fairburn, 2002).

En los estudios realizados los distintos tratamientos psicológicos aplicados al trastorno por atracón (terapia cognitiva-conductual, terapia interpersonal, programas de pérdida de peso conductual y guías de autoayuda basada en la TCC) parecen igualmente efectivos a la hora de reducir la frecuencia de los atracones (Wilson y Fairburn,).

Ni la terapia cognitiva-conductual ni la terapia interpersonal producen diferencias significativas de pérdida de peso, a pesar de la reducción de los atracones. Sólo algunos estudios han señalado que el cese de los atracones se asocia a mayor pérdida de peso. Ambos modelos de tratamiento son significativamente más efectivos que la lista de espera control, pero ninguno de ellas ha mostrado ser superior a la otra (Wilfley et al, 1993; 2001).

Pendleton y colaboradores (2001) en un estudio con 114 mujeres obesas con trastorno por atracón, formó cuatro grupos: 1. terapia cognitivo-conductual con ejercicio y mantenimiento, 2. terapia cognitivo-conductual y ejercicio, 3. terapia cognitivo-conductual y mantenimiento y 4. terapia cognitivo-conductual sólo. El estudio fue completado por 84 mujeres en 16 meses. Las pacientes con TCC y ejercicio experimentaron una reducción de la frecuencia de atracones mayor que las pacientes con TCC sólo. El grupo de TCC, ejercicio y mantenimiento tuvo un rango de 58% de abstinencia al final del estudio y una reducción media de 2,2 de índice de masa corporal; índice que se redujo significativamente en los sujetos con ejercicio y mantenimiento. Los resultados sugieren que añadir ejercicio a la TCC, y alargar la duración del tratamiento aumenta el resultado y contribuye a reducir los atracones y el índice de masa corporal.

Para Rica y cols (2000) el programa de TCC sería la alternativa terapéutica de primera elección. Dicho programa sería una adaptación de las formulaciones de Fairburn para la bulimia nerviosa teniendo en cuenta las características diferentes de ambas patologías:

- No presenta conductas compensatorias.
- Dificultad para regular la ingesta, los atracones coexisten con sobreingesta habitual (sin pérdida de control).
- Las restricciones dietéticas si las hay, son diferentes, y no necesariamente preceden al atracón. Muestran menos niveles de restricción, y a menudo fracasan en el seguimiento de la dieta.
- Los factores emocionales negativos juegan un mayor papel en la patogénesis.
- Sí muestran distorsiones cognitivas, como en la bulimia nerviosa y pensamientos disfuncionales como en los obesos sin trastorno por atracón. Pueden reducir la autoestima.
- La mayoría son obesos, por lo que la pérdida de peso es objetivo del tratamiento.

Teniendo en cuenta estas diferencias del trastorno por atracón y la bulimia nerviosa se plantean dos objetivos específicos del tratamiento para el trastorno por atracón:

1. Promover actividad física para la pérdida de peso.
2. Modificar pensamientos disfuncionales acerca del sobrepeso.

Programa estructurado de TCC para el Trastorno de atracón.

El programa comprende 22 visitas en 24 semanas y algunas modificaciones del programa de TCC para bulimia:

1. Los terapeutas han de mantener actitud empática hacia la paciente, intentando no influirse por sus propios prejuicios hacia el sobrepeso y bajo control sobre la comida. Mantener una aproximación práctica, reforzando la importancia de las tareas conductuales, la resistencia a la tarea debe utilizarse como oportunidad para sacar a la superficie el sufrimiento y la vergüenza que ellos sienten con sus atracones.
2. Información específica sobre la obesidad en particular, explicar la patogénesis multifactorial de la obesidad, y el papel de la dieta y ejercicio físico, reforzando que el peso perdido sólo por dietas restrictivas se recupera normalmente muy rápidamente.
3. La importancia del ejercicio físico debe reforzarse. La actividad física puede introducirse como un ejemplo de actividad incompatible con comer en situaciones de alto riesgo. También es un instrumento útil en el manejo del malestar psicológico. Debe llegarle el mensaje de que el incremento en gasto energético puede obtenerse a través del ejercicio físico regular como componente esencial de los programas a largo-plazo de pérdida de peso.
4. Información nutricional, insistiendo en reducir grasas e incrementar cantidad de fibra y carbohidratos. Especificando que una dieta saludable y un peso corporal adecuado no es incompatible con un consumo ocasional de comidas hipercalóricas o postres.
5. Debe establecerse un modelo de comida regular, ayudando al paciente a afrontar las emociones negativas; podemos recordar que los pacientes de trastorno por atracón a menudo modulan el malestar emocional de una forma, comiendo. Contar calorías puede ser útil y anotar las calorías de una comida durante el atracón. Dieta hipocalórica media (25-30 Kcal/Kg de peso corporal saludable).
6. Detectar algunos pensamientos distorsionados. Debe explicitarse y modificarse los prejuicios sobre las personas obesas, y expectativas realistas sobre los efectos del tamaño corporal que debe establecerse. Algunos muestran pensamientos disfuncionales sobre el daño de comidas específicas; por ejemplo, algunas comidas como los dulces, se ven como peligrosas porque pueden inducir una adicción y se evitan. Si hay comidas prohibidas, hay que introducirlas.
7. Se debe ayudar a los pacientes a aceptarse como son. Se debe tener en cuenta el efecto de la baja autoestima en el mantenimiento del trastorno. Los pacientes deben probar a usar trajes de su talla actual. Poder ayudar al paciente a identificarse como sujetos atractivos con una talla por encima del promedio, valorar los aspectos positivos de su propio cuerpo. Identificar las situaciones que evita por el sobrepeso, y trabajar para reducir la fobia social que presente por el sobrepeso.

salud mental

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- ADOLESCENT MEDICINE COMMITTEE, CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY (CPS): *Eating disorder in adolescents: Principles of diagnosis and treatment*. Paediatrics & Child Health, January, 2001; 3 (3); 189-92.
- AGRAS, W.S.; DORIAN, B.; KIRKLEY, B.G.; ARNOW, B.; & BACHMAN, J. (1987). *Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study*. International Journal of Eating Disorders, 6, 29-38.
- AGRAS WS, et al: *Outcome predictors for the cognitive-behavior treatment of bulimia nervosa; data from a multisite study*. Am. J. Psychiatry 2000; 157; 1.302-1.308.
- AGRAS, W.S.; ROSSITER, E.M.; ARNOW, B.; SCHNEIDER, J.A.; TELCH, C.F.; RAEBURN, S.D.; BRUCE, B.; PERL, M.; & KORAN, L. M. (1992). *Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison*. American Journal of Psychiatry, 149, 82-87.
- AGRAS, W.S.; ROSSITER, E.M.; ARNOW, B.; TELCH, C.F.; RAEBURN, S.D.; BRUCE, B.; & KORAN, L. (1994a). *One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa*. Journal of Clinical Psychiatry, 55, 179-183.
- AGRAS, W.S.; TELCH, C.F.; ARNOW, B.; ELDRIDGE, K.; WILFLEY, D.E.; RAEBURN, S.D.; HENDERSON, J.; & MARNELL, M. (1994b). *Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorders. An additive design*. Behavior Therapy, 25, 209-224.
- AGRAS, W.S.; WALSH, T.; FAIRBURN, C.G.; WILSON, G.T.; KRAEMER, H.C.: *A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy a interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. Arch. Gen Psychiatry 2000 May; 57 (5); 459-466.
- ALGER, S.A.; SCHWALBERG, M.D.; BIGAOUETTE, J.M.; MICHALEK, A.V.; & HOWARD, L.J. (1991). *Effect of Tricyclic antidepressants and opiate agonist on binge-eating behavior in normal weight bulimic and obese, binge-eating subjects*. American Journal of Clinical Nutrition, 53, 865-871.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINES: *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders* (revision). January, 2000. Washington.
- APA. (1999). *Psychiatric Self-Assessment & Review*. American Psychiatric Press, Washington DC and London.
- APPOLINARIO, J.C.; COUTINHO, W.; & FONTENELLE, L. (2001). *Topiramete for binge-eating disorder*. American Journal of Psychiatry, 158, 967-968.
- BACALTCHUCK, J.; HAY, P. (2002a). *Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software. (13)
- BACALTCHUCK, J.; HAY, P.; TREFIGLIO, R. (2002b). *Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.

- BACALTCHUK, J.; TREFIGLIO, R.P.; OLIVEIRA, I.R.; HAY, P.; LIMA, M.S.; MARI, J.J.: *Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review*. Acta Psychiatry Scand 200; 101; 256-264.
- BACALTCHUK, J.; HAY, P.; TREFIGLIO, R.: *Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa*. Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), 2001.
- BACALTCHUK, J.; HAY, P.J.: *Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa*. CDSR. 2002.
- BARJAU, J.M.; CHINCHILLA, A.: *Polidipsia primaria y trastornos de la conducta alimentaria: a propósito de tres casos*. Asc. Esp. Psiquiatría 2000; 28(2); 137-139.
- BEN-TOVIM, D.; WALKER, K.; GILCHRIST, P.; FREEMAN, R.; KALUCY, R.; ESTERMAN, A.: *Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study*. The Lancet. 2001. Abril. Vol. 357. 1.254-1.257.
- BRUCE, B.; & AGRAS, W.S. (1992). *Binge eating in females: A population-based investigation*. International Journal of Eating Disorders, 12, 365-373.
- CALVO SARGADOY, R.: *Terapia cognitivo-conductual en adolescentes con trastornos de conducta alimentaria*. Rev. Psiq. Psic. Niño y adoles., 2002; 1(2): 55-73.
- CASTRO, J.; TORO, J.; SALAMERO, M.; GUIMERA, E.: *The eating attitudes test: validation of the Spanish version*. Evaluación Psicológica. Psychological Assessment 1991, 7; 175-190.
- Cava, G.; Rojo, L.: *Tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia*. Interpsiquis. 2001; (2).
- CONDE, V.J.M.; BALLESTEROS, M.C.; BLANCO, J.A.; MEDINA, G.; IMAZ, C.: *Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento (I)*. Interpsiquis, 2001; (2).
- CONDE, V.J.M., BALLESTEROS, M.C.; BLANCO, J.A.; MEDINA, G.; IMAZ, C.: *Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento alimentario (II). Una propuesta asistencial de área*. Interpsiquis, 2001 (2).
- COOPER, Z; P.J. COOPER and C.G. FAIRBURN, 1985. *The specificity of the eating disorder inventory*. Br. J. Clin. Psychol. 24: 129-130.
- CRISP, A.H.; NORTON, K.; GOWERS, S.; HALEK, C.; BOWYER, C.; YELDHAM, D.; LEVETT, G.; & BHAT, A. (1991). *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry, 159, 325-333.
- CROW, S.J.; MITCHELL, J.E.: *Integrating cognitive therapy and medications in treating bulimia nervosa*. Psychiatr. Clin North Am, 1996 DEC; 19 (4); 755-760.
- CHAMBLESS, E.A. (1998). *Update on empirically validated therapies, II*. The clinical psychologist, 51, 3-16.
- CHICHILLA MORENO, A.: *Anorexia y bulimia nerviosas*. Ergon. Madrid. 1994.
- DÍAZ ATIENZA, J.: *Unidad de trastornos alimentarios*. Hospital Provincial (CH Torrecárdenas) de Almería.
- DI CLEMENTE, C.C.; PROCHASKA, J.E.: *Towards a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors*. En MILLER W.R., HEATHER N. Treating addictive behaviors (2ª Ede.)

- Nueva York: Plenum Press, 1998; 3-24.
- DE LA SERNA DE PEDRO, I.: *Comer no es un placer*. Litofinter, SA. Madrid.1998.
- DEVLIN, M.J.; & WALSH, T. (1995). *Medication treatment for eating disorders*. Journal of Mental Health, 4, 459-469.
- EISLER, I.; DARE, C. and colb.: *Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions*. J. Ch. Psy. Vol. 41. Nº 6. pp. 727-736. 2000.
- ESPINA EIZAGUIRRE, A.; ORTEGO SÁENZ DE CABEZÓN, M.A.; OCHOA DE ALDA, I.: *Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios*. An. Psiquiatría 2000 16(8); 322-336.
- ESPINA EIZAGUIRRE, A.; ORTEGO, M.A., OCHOA DE ALDA, I.: *Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia*. An. Psiquiatría 2001 17(2); 64-72.
- FAIRBURN, C.G.; AGRAS, W.S., y WILSON, G.T.: *The research of the treatments of bulimia nervosa*. En *The biology of feast and famine* (ANDERSON, G.H. y KENNEDY, S.H. Eds.), Nueva York, Academic Press, 317-340, 1992.
- FAITBURN, C.G.; KIRK, J.; OCONNOR, L.; COOPER, M.: *A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa*. Behaviour Research and Therapy, 24: 629-643, 1986.
- FAIRBURN, C.G.; NORMAN, P.A.; WELSH, S.L. et al: *A prospective study of outcome un bulimia nervosa and the long term effects of three psychological treatments*. Archives of General Psychiatry, 52: 304-312, 1995.
- FAIRBURN, C.G.; HAY, P.J. and WELCH, S.L. (1993) *Binge eating and Bulimia Nervosa: distribution and determinants*. En FAIRBURN and WILSON (Eds) *Binge Eating: Nature, Assesment and Treatment*. NY. Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G.: *La superación de los atracones de comida*. Barcelona. Paidós. 1998.
- FAIRBURN, C.G.: *Overcoming Binge Eating*. New York. Guilford Press. 1995.
- FERNÁNDEZ, F.: *Tratamiento psicológico de la bulimia nerviosa*. En J. TURÓN. *Trastornos de la alimentación* (p. 186-194) De. Salvat-Masson. Barcelona. 1996.
- FICHTER, M.M.; LEIBL, K.; RIEF, W.; BRUNNER, E.; SCHMIDT-AUBERGER, S.; & ENGEL, R.R. (1991). *Fluoxetine versus placebo: A double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy*. Pharmacopsychiatry, 24, 1-7.
- FLUOXETINE BULIMIA NERVOSA COLLABORATIVE STUDY GROUP. (1992). *Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial*. Archives of General Psychiatry, 49, 139-147.
- GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA, E. (2002). *Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad*. Ed. Masson, Barcelona.
- GARFINKEL y GARNER (1982). *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective*. NY. Brunner/Mazel.

- GARNER, D.M.: *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 1990-EDI II*. Madrid: TEA Ediciones, 1998.
- GARNER, D.M.; & WOOLEY, S.C. (1991). *Confronting the failure of behavioural and dietary treatments for obesity*. *Clinical Psychological Review*, 11, 729-790.
- GLADIS, M.M.; WADDEN, T.A.; VOGT, R.; FOSTER, G.; KUEHNEL, R.H.; & BARTLETT, S.J. (1998). *Behavioral treatment of obese binge eaters: Do they need different care?* *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 375-384.
- GOTESTAM, K.G.; & AGRAS, W.S. (1995). *General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway*. *International Journal of eating disorders in Norway*. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119-126.
- GRIJALBO, J.; INSÚA, P. y IRUIN, A.: *Características y evolución de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en un servicio público de salud mental extrahospitalario*. *Psiquiatría Biológica*, junio 2000, 7 (3); 30-41.
- HALMI, K.A.: *Trastornos de alimentación*. En *Tratado de Psiquiatría* (HALES, R.; YUDOFKY, S.; TALBOTT M.D.) Barcelona. Ancora. 1996.
- HALMI, K.A. (1974). *Anorexia Nervosa: demographic and clinical features in 94 cases*. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18-25
- HALMI, K.A.; ECKERT, E.D., LA DU, T.J.; COHEN, J. *Anorexia nervosa treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline*. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 177-181
- HAY, P.J.; BACALTCHUCK, J.: *Extracts from "Clinical Evidence"*. *Bulimia Nervosa*. *BMJ*. Vol 323. Julio 2001.
- HAY, P.J.; BACALTCHUK, J.: *Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing*. CDSR. 2000.
- HERPERTZ-DAHLMAN, et al.: *Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation*. *Jchild Psychol*, 2001, 42(5): 603-612.
- HOWARD, C.E.; & PORZELIUS, L.K. (1999). *The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications*. *Clinical Psychology Review*, 19, 25-44.
- HUDSON, J.I.; MCELROY, S.L.; RAYMOND, N.C.; CROW, S.; KECK, P.E.; CARTER, W.P.; MITCHELL, J.E.; STRAKOWSKI, S.M.; POPE, H.I.G.; COLEMAN, B.S.; & JONAS, J.M. (1998). *Fluvoxamine in the treatment of a binge-eating disorder: A multicenter placebo-controlled, double-blind trial*. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1.756-1.762.
- INSALUD. *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Madrid. Instituto Nacional de Salud. 2000.
- JONES, D.J., FOX, M.N., BABIGEN, H.M. y HUTTON, H.E. (1980). *Epidemiology of Anorexia nervosa*. *Psycho. Medic.*, 42, 551-558.
- KAYE, W.H.; NAGATA, T.; WELTZIN, T.E.; HSU, G.L.K.; SOKOL, M.S.; MCCONAHA, C.; PLOTNICOV, K.H.; WEISE, J.; & DEEP, D. (2001). *Double-blind placebo controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging-type anorexia nervosa*. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 644-652.

- KEEL, P.K.; MITCHELL, J.E.; DAVIS, T.L.; & CROW, S.J. (2002). *Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 31, 151-158.
- KEEL and cols.: *Long-term outcome of bulimia nervosa*. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56: 63-69.
- LAEDERACH-HOFFMAN, K.; GRAF, C.; HORBER, F.; LIPPUNER, K.; LEDERER, S.; MICHEL, R.; & SCHNEIDER, M. (1999). *Imipramine and diet counselling with psychological support in the treatment of obese binge eaters: A randomised, placebo-controlled double-blind study*. International Journal of Eating Disorders, 26, 231-244.
- LANA MOLINER, F.: *Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales*. Actas Esp. Psiquiatría 2001; 29 (19); 58-66.
- LEITENBERG, H.; ROSEN, J.C.; WOLF, J.; VARA, L.S.; DETZER, M.; & SREBNIK, D. (1994). *Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa*. Behaviour Research and Therapy, 32, 37-46.
- LEWANDOWSKI, L.M.; GEBING, T.A.; ANTHONY, J.L.; O'BRIEN, W.H.: *Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for* : Clin. Psychol. Rev., 1997 Nov; 17(7); 703-718.
- LOEB, K.L.; TERENCE, G.; GILBERT, J.S.; LABOUVIE, E.: *Guided and unguided self-help for binge eating*. Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38, 3. 259-272.
- LÓPEZ, F. y RODRÍGUEZ, C.: *Factores asociados a la cronicidad en trastornos de alimentación*. An Psiquiatría 1999; 15 (4): 137-144.
- MARCUS, M.D.; WING, R.R.; & FAIRBURN, C.G. (1995). *Cognitive behavioural treatment of binge eating vs. behavioural weight control on the treatment of binge eating disorder*. Annals of Behavioral Medicine, 17, S090.
- MATEOS-PARRA, A. y SOLANO-PINTO, N. (1997): *Trastornos de la alimentación: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Rev. Elect. Psic., 1, 1-26.
- MATSUNAGA, H.; KIRIIKE, N.; IWASAKI, Y.; MIYATA, A.; YAMAGAMI, S.; KAYE, W.H.: *Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder*. Psychological Medicine, 1999, 29, 407-414.
- MCCANN, U.D.; & AGRAS, W.S. (1990). *Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: A double-blind, placebo-controlled study*. American Journal of Psychiatry, 147, 1.509-1.513.
- McELROY, S.L.; ARNOLD, L.M.; SHAPIRA, N.A.; KECK JR., P.E.; ROSENTHAL, N.R.; KARIM, M.R.; KAMIN, M.; & HUDSON, J.I. (2003). *Topiramate in the Treatment of Binge Eating Disorder Associated with Obesity: A Randomized, Placebo-Controlled Trial*. American Journal of Psychiatry, 160, 255-261.
- MILLER, W.R.; & ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós, Barcelona.
- MINUCHIN, S. et al.: *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 1978.
- MITCHEL, J.E.; PETERSON, C.B.; MYERS, T. y WONDERLICH, S.: *Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders*. Psychiatric. Clin North. Am. 2001 24(2) 315-323.

- MITCHELL, J.E.; PYLE, R.L.; ECKERT, E.D.; HATSUKAMI, D.; POMEROY, C.; & ZIMMERMAN, R. (1989). *Response to alternative antidepressants in imipramine nonresponders with bulimia nervosa*. Journal of Clinical Psychopharmacology, 9, 291-293.
- MITCHELL, J.E.; PYLE, R.L.; ECKERT, E.D.; HATSUKAMI, D.; POMEROY, C.; & ZIMMERMAN, R. (1990). *A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa*. Archives of General Psychiatry, 47, 149-157.
- MUÑOZ, M.: *Factores socioculturales en la anorexia y bulimia nerviosa*. En TURON, V. (dir). *Anorexia y bulimia nerviosa. Atención y prevención interdisciplinar*. Consulting Dovall, 2000.
- MUÑOZ PEREA, M.; TURÓN GIL, V.: *Factores mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria*. Rev. Psiq. y Psic. Niño y Adoles., 2002, 1(2): 33-41
- NATIONAL TASK FORCE ON PREVENTION AND TREATMENT OF OBESITY. (2000). *Dieting and the development of eating disorders in overweight and obese adults*. Archives of Internal Medicine, 160, 2.581-2.589.
- NATHAN, P.E. & GORMAN, J.M., (2002) *A guide to treatment that works* (2nd. Edition). New York: Oxford University Press
- NAUTA, H.; HOSPERS, H.; KOK, G.; & JANSEN, A. (2000). *A comparison between a cognitive and a behavioural treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters*. Behavior Therapy, 31, 441-462.
- PALMER, R.L.; BIRCHALL, H.; MCGRAIN, L.; SULLIVAN, V.: *Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance*. British J. of Psy. 2002 1, 181, 230-235.
- PASAMONTES, M.; FERNÁNDEZ-ARANDA, F.; TURÓN-GIL, V.; VALLEJO-RUILOBA, J.: *Bulimia nerviosa y modelo adictivo. Una revisión teórica*. An Psiquiatría 1998 14 (5); 214-222.
- PEDREIRA MASSA, J.L.: *Asistencia en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA): ¿Unidades específicas?* Psiquiatría.com.2001; 5(4).
- PENDLETON, V.; KEN. G. et al.: *Exercise Augments the effects of Cognitive-behavioral therapy in the treatment of Binge Eating*. By Wiley Periodicals, Inc. 2002.
- PÉREZ SALES, P. *Tratamiento de grupo de los trastornos de alimentación*. Psiquiatría Pública 1999, 11(1); 48-53.
- PERPIÑA, C. (1989) *Trastornos alimentarios de los problemas en los criterios diagnósticos al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización*. Rev. Esp. De Ter. Comp., 7, 199-219.
- POPE, H.G.; HUDSON, J.I.; JONAS, J.M.; & YURGELUN-TODD, D. (1985). *Bulimia treated with imipramine: A placebo-controlled, double-blind study*. American Journal of Psychiatry, 140, 554-558.
- PORZELIUS, L.K.; HOUSTON, C.; SMITH, M.; ARFKEN, C.; & FISHER, E. JR. (1995). *Comparison of standard behavioural weight loss treatment and a binge eating weight loss treatment*. Behavior Therapy, 26, 119-134.
- PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M. *Modelo transteórico de cambio para las conductas adictivas*. En: CASAS, M.; GOSSOP, M. (eds). *Recaída y prevención de recaídas*. SITGES: *Monografías de Toxicomanías*. CITRAN

nº 2, p. 85-136.

- PROCHASKA, J.E.; DICLEMENTE, C.C.: *Stages of change in the modification of problem behaviors*. En: HERSEN, M.; EISLER, R.M.; MILLER, P.M., editores. *Progress in behavior modification*. Sycamore (Illinois): Sycamore Press, 1992; 184-214.
- PYLE, R.L.; MITCHELL, J.E.; ECKERT, E.D.; HATSUKAMI, D.K.; POMEROY, C.; & ZIMMERMAN, R. (1990). *Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment*. American Journal of Psychiatry, 147, 871-875.
- RICCA, V.; MANNUCCI, E.; PAIONNI, A.; DI BERNARDO, M.; CELLINI, M.; CABRAS, P.L.; & ROTELLA, C.M. (1999). *Venlafaxine versus fluoxetine in the treatment of atypical anorectic outpatients: a preliminary study*. Eating Weight Disorders, 4, 10-14.
- RICCA, V.; MANNUCCI, E.; MEZZANI, B.; MORETTI, S.; DI BERNARDO, M.; BERTELLI, M.; ROTELLA, C.M.; & FARAVELLI, C. (2001). *Fluoxetine and Fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: a one-year follow-up study*. Psychotherapy Psychosomatic, 70, 298-306.
- RICCA, V.; MANNUCCI, E.; ZUCCHI, T.; ROTELLA, C.M.; FARAVELLI, C.: *Cognitive-Behavioural Therapy for Bulimia nervosa and Binge Eating Disorder*. Psychother Psychosom 200; 69; 287-295.
- ROCA, E.; ROCA, B.: *La bulimia nerviosa y su tratamiento: Terapia Cognitivo conductual de Fairburn*. Psiquis 2001. (www.comportamental.com)
- ROMANO, S.J.; HALMI, K.A.; SARKAR, N.P.; KOKE, S.C.; & LEE, J.S. (2002). *A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment*. American Journal of Psychiatry, 159, 96-102.
- ROSSITER, E.M.; AGRAS, W.S.; LOSCH, M.; & TELCH, C.F. (1988). *Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral or pharmacological treatment*. Behaviour Research and Therapy, 26, 495-498.
- ROTH, A. & FONAGY, P. (1996) *What works for whom?* New York: Guilford.
- RUSSELL et al (1987) *An evaluation of family therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. Arch. Gen. Psy, 44, 1947-1056.
- SALDAÑA GARCÍA, M.: *Trastornos del comportamiento alimentario*. Fundación Universidad Empresa. Madrid. 1994,
- SHAPIRA, N.A.; GOLDSMITH, T.D.; & McELROY, S.L. (2000). *Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series*. Journal of Clinical Psychiatry, 61, 368-372.
- SCARANO, G.M. and KALODNER, M.C.R. (1994). *A description of the disorders of eating: Implications for interventions and research*. J. of and deselop., 72 (4) 356-361.
- SCHMIDT, T. *Aprender a comer*. Barcelona: Martínez-Roca; 1996.
- Selvini Palazzoli, M.: *Selfstarvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson. 1978

- SHERWOOD, N.E.; JEFFERY, R.W.; & WING, R.R. (1999). *Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome*. International Journal of Obesity, 23, 485-593.
- SILBER, T. (1984) *Anorexia Nervosa, morbidity and mortality*. 851-859.
- SPANGLER, D.L.: *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: An illustration*. J. Clin Psychol. 55 (6), 1999; 699-713.
- SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T.; WING, R.; MARCUS, M.D.; STUNKARD, A.; DEVLIN, M.; MITCHELL, J.; HASIN, D.; & HORNE, R.L. (1993). *Binge eating disorder: Its Further validation in a multisite study*. International Journal of Eating Disorders, 13, 137-154.
- STICE, E.: *Clinical implications for psychosocial research on bulimia nervosa and binge*. Eating disorder. In J. Clin. Psychol 1999; 55; 675-683.
- STRIEGEL-MOORE, R.H.; WILFLEY, D.E.; PIKE, K.M.; DOHM, F.A.; & FAIRBURN, C.G. (2000). *Recurrent binge eating in black American women*. Archives of Family Medicine, 9, 83-87.
- STROBER, M.; FREEMAN, R.; DEANTONIO, M.; LAMPERT, C.; DIAMOND, J.; (1997). *Does adjunctive fluoxetine influence the post-hospital course of restrictor-type anorexia nervosa? A 24-month prospective, longitudinal follow up and comparison with historical controls*. Psychopharmacology Bulletin, 33, 425-431.
- SUNDGOT-BORGEN, J.; ROSENVINGE, J.H.; BAHR, R., SCHNEIDER, L.S.: *The effect of exercise, cognitive therapy and nutritional counselling in treating bulimia nervosa*. Med. Sci. Sports Exerc. 34 (2): 190-195. 2002 feb.
- TEJERO, A., TRUJOLS, J.: *El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas*. En J.L. GRAÑA, *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Debate. Madrid, 1994.
- THACKWRAY, D.E.; SMITH, M.C.; BODFISH, J.W.; MEYERS, A.W.: *A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interv. bulimia nervosa*. J. Consult. Clin Psychol 1993; 61(4); 639-645.
- TORO, J. y VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Ed. Martínez Roca. 1987.
- TORO, J. *La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria*. Med. Clin. (Bar), 2000, 114: 543-544.
- TOUYZ, S.W.; BEUMONT, P.J.V.; GLAUN, D.; PHILIPS, T.; & COWIE, I. (1984). *A comparison of lenient and strict operant conditional conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa*. British Journal of Psychiatry, 144, 517-520.
- TOUYZ, S.W.; BEUMONT, P.J.V.; DUNN, S.M. (1987). *Behaviour therapy in the management of patients with anorexia nervosa: A lenient, flexible approach*. Psychotherapy and Psychosomatics, 48, 151-156.
- TOUYZ, S.W.; & BEUMONT, P.J.V. (1997). *Behavioral treatment to promote weight gain in anorexia nervosa*. In D.M. GARNER & P.E. GARFINKEL (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 361-371). New York: Guilford Press.
- TREASURE, J. *Eating disorders*. En MURRAY, R.; HILL, P.; Mc GUFFIN, P. eds. *The essentials of postgraduate psychiatry*, 3ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

- TURÓN GIL, V.J.: *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson. Barcelona. 1998
- TURÓN GIL, V.J.: *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Masson. Barcelona. 1997.
- TURÓN, V.J.: *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona. Masson. 1997.
- TRUJOLS, J.; TORO, J.: *Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por uso de sustancias psicoactivas: Análisis de una interrelación*. En M. CASAS (eds), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Neurociencias, 1992.
- VANDEREYCHEN, CASTRO y VANDERLINDEN. *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Ed. Martínez Roca, 1991.
- VANDERLINDEN, J.; NORRÉ, J.; VANDEREYCKEN, W.: *A practical guide to the treatment of bulimia nervosa*. Brunner/Mazel. New York. 1992.
- WALSH, B.T.; GLADIS, M.; ROOSE, S.P.; STEWART, J.W.; STETNER, F.; & GLASSMAN, A.H. (1988). *Phenelzine versus placebo in 50 patients with bulimia*. Archives of General Psychiatry, 45, 471-475.
- WALSH, B.T.; HADIGAN, C.M.; DEVLIN, M.J.; GLADIS, M.; & ROOSE, S.P. (1991). *Long-term outcome of antidepressants treatment for bulimia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 148, 1.206-1.212.
- WALSH, B.T.; WILSON, G.T.; LOEB, K.L.; DEVLIN, M.J.; PIKE, K.M.; ROOSE, S.P.; FLEISS, J.; & WATERNAUX, C. (1997). *Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa*. American Journal of Psychiatry, 154, 523-531. (5)
- WALSH, B.T.; AGRAS, W.S.; DEVLIN, M.J.; FAIRBURN, C.G.; WILSON, G.T.; KAHN, C.; & CHALLY, M.K. (2000). *Fluoxetine in bulimia nervosa following poor response to psychotherapy*. American Journal of Psychiatry, 157, 1.332-1.333.
- WESTEN, D.; HARNDEN-FISCHER, J.: *Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction between Axis I and Axis II*. Am J Psychiatry april 2001; 158; 547-562.
- WHITTAL, M.L.; AGRAS, W.S., GOULD, R.A.: *Review: medication and cognitive behaviour therapy control symptoms of bulimia nervosa. Bulimia nervosa: a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments*. Behavior Therapy 1999 Winter; 30;117-35.
- WHITTAL, M.L.; AGRAS, W.S.; & GOULD, R.A. (1999). *Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments*. Behavior Therapy, 30, 117-135.
- WILFLEY, D.E.; FRIEDMAN, M.A.; DOUNCHIS, J.Z.; STEIN, R.I.; WELCH, R.; & BALL, S.A. (2000). *Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 296-305.
- WILFLEY, D.E. et al.: *A randomized Comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge.eating disorder*. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59; 713-721.

- WILSON, G.T. & FAIRBURN, C.G. *Treatments for Eating Disorders*. In NATHAN, P.E. & GORMAN, J.M. (Eds.), *A guide to treatments that work*. (2nd ed.). New York, Oxford University Press, 2002.
- WILSON, G.; FAIRBURN, C.: *Cognitive-Behavioral Therapy for eating disorders*. J. Consulting and Clinical Psychology. 1993. Vol 61. Nº 2, 261-269.
- WILSON, G.; FAIRBURN, C.; AGRAS, W.; TIMOTHY, B. y KRAEMER, H.: *Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: Time Course and Mechanisms of Change*. J. Consulting and Clinical Psychology. 2002. Vol 70. Nº 2, 267-274.
- WILSON, G.T.; LOEB, K.L. et al.: *Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: predictors and processes of change*. J. Consult. Clin. Psycho. 67 (4): 451-459. 1999 aug.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO, 1992.
- YANOVSKI, S.Z.; NELSON, J.E.; DUBBERT, B K.; & SPITZER, R.L. (1993). *Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects*. American Journal of Psychiatry, 150, 1472-1479.
- YANOVSKI, S.Z.; GORMALLY, J.F.; LESSER, M.S.; GWIRTSMAN, H.E.; & YANOVSKI, J.A. (1994). *Binge eating disorder affects outcome of comprehensive very-low-calorie diet treatment*. Obesity research, 2, 205-212.