

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología



**ANALISIS DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCION PSICOLOGICA PARA MUJERES CON
BULIMIA NERVIOSA**

TESIS DOCTORAL

por

M^a Isabel Martínez Castro

Directora: Dra. María Crespo López

Departamento de Personalidad, Evaluación y

Tratamientos Psicológicos I

Madrid, 2007

A mi familia y a Oscar.

***Vuestro ánimo y apoyo me hacen
estar aquí en estos momentos***

AGRADECIMIENTOS

Tras varios años de dedicación al presente trabajo de investigación, me es realmente grato recordar a aquellas personas que han hecho posible su realización, apoyándome en todo momento, mostrándome su amistad y profesionalidad y orientándome en cada paso dado.

En primer lugar, quisiera dar las gracias a todas y cada una de las pacientes que, con todo su entusiasmo y motivación, han confiado plenamente en el trabajo realizado en cada una de las sesiones. Además, la cercanía y el cariño que han mostrado en ocasiones, me han llenado como persona. Sin su tiempo, dedicación y esfuerzo nada hubiera sido posible. Espero haber contribuído a que su vida se haya visto liberada en parte, de la gran carga que soportaban.

Deseo igualmente agradecer a las instituciones que han colaborado con entusiasmo en la investigación, ya que han hecho posible el acceso y la participación de las pacientes a ellas vinculadas. Dirijo especialmente este agradecimiento a los profesionales que se han encargado personalmente de divulgar los tratamientos aplicados, contactar con las posibles pacientes y estar presentes en los momentos en los que han podido surgir complicaciones. Gracias sinceras a Puri, Maria y Elena.

Es mi deseo asimismo expresar mi profundo agradecimiento a la difunta María Luisa de la Puente Muñoz, que dirigió con gran entusiasmo y dedicación mi Tesis Doctoral. Fue ella quién me acogió con plena confianza y cariño cuando le mostré mi interés por trabajar con ella. Su dedicación al estudio de los trastornos alimentarios encaminó el objetivo de mi investigación y su profesionalidad y experiencia me enseñaron aquellos aspectos que no vienen recogidos en los libros.

La profesora María Crespo, directora de esta investigación, siempre ha estado ahí. En un primer momento, mostrando su interés y ofreciendo su colaboración en los primeros pasos de la investigación; posteriormente, tomando la dirección de la misma. Desde entonces, el tiempo y esfuerzo dedicado al presente trabajo han sido constantes. Sus numerosas y valiosas aportaciones han hecho posible el diseño y ejecución de todos y cada uno de los apartados de la presente investigación, y su apoyo y ánimo me han fortalecido en momentos débiles. Gracias por haberme acompañado a lo largo de todos estos años y haber sido tan comprensiva y paciente en tantos momentos.

A mis compañeros y amigos del grupo de investigación, Patricia Sánchez, Maria Angeles Peláez y Maria del Mar Gómez y muy especialmente María Arinero y Javier López por haber estado a mi lado desde el principio de este camino, haberme ayudado en la elaboración inicial del trabajo y haberlo puesto en marcha con tanto ánimo e ilusión. Gracias a vosotros he aprendido el valor del trabajo en equipo. Vuestra cercanía siempre me ha animado a pedir lo que necesitase y siempre habéis estado ahí. Os doy las gracias en mi nombre y en el de tantas pacientes que os recuerdan.

Gracias por último a mis familiares, especialmente a mis padres, por haber creído en este proyecto y haberme apoyado en todo. Me habéis facilitado en todo lo posible el que yo pudiese dedicarme a esta investigación y habéis comprendido que a veces no tuviese demasiado tiempo para ocuparlo en otros temas. Pero lo que os agradezco realmente son los valores que me habéis transmitido en todos estos años, la educación que me habéis dado y el enorme amor que me habéis demostrado. He llegado aquí gracias a vosotros.

Finalmente, expresar mi agradecimiento a Oscar, quién ha sabido soportar todos estos años de dedicación, a pesar del poco tiempo que le he podido ofrecer en muchos momentos. Él ha sido quién ha sabido tranquilizarme y animarme en situaciones difíciles y ha colaborado en todo aquello que le he pedido. Siempre has estado ahí y el cariño y respeto que me has mostrado me han ayudado a avanzar en mi camino como persona. Gracias por haberme dado tanto amor.

INDICE

MARCO TEORICO

1.- INTRODUCCIÓN	13
2.- CARACTERIZACIÓN DE LA BULIMIA NERVIOSA	20
2.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO	20
2.2. SINTOMATOLOGÍA Y ALTERACIONES	23
2.2.1 Alteraciones cognitivas	25
2.2.2 Alteraciones emocionales	28
2.2.3 Alteraciones conductuales	30
2.2.4 Sintomatología física	32
2.3.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA	34
2.3.1 Comorbilidad de la bulimia nerviosa con otros trastornos	38
3.- MODELOS EXPLICATIVOS DE LA BULIMIA NERVIOSA	42
3.1 MODELO BIOLÓGICO	43
3.2 MODELOS DE ESTRÉS INTERPERSONAL	44
3.3 MODELO DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD	45
3.4. MODELO COGNITIVO	47
3.5 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL	48
3.6 MODELOS INTEGRADORES	51
4.- TRATAMIENTOS PARA LOS PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA	56
4.1. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL	58
4.2. TRATAMIENTO CONDUCTUAL	65
4.3. TERAPIA INTERPERSONAL	67
4.4. OTRAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS	69
4.5. TERAPIA FARMACOLÓGICA	72
4.6. FACTORES PREDICTORES	73
4.6.1. Factores predictores del resultado del tratamiento	74
4.6.1.1. Variables propias del trastorno	75
4.6.1.1.1. <u>Peso</u>	75

4.6.1.1.2. <i>Historia previa de AN</i>	76
4.6.1.1.3. <i>Duración del trastorno</i>	76
4.6.1.1.4. <i>Presencia de conductas purgativas</i>	77
4.6.1.1.5. <i>Alteraciones en la imagen corporal</i>	78
4.6.1.2. <i>Variables psicológicas</i>	79
4.6.1.2.1. <i>Ansiedad y depresión</i>	79
4.6.1.2.2. <i>Trastornos de la personalidad</i>	80
4.6.1.2.3. <i>Baja auto-estima</i>	81
4.6.1.2.4. <i>Impulsividad y abuso de sustancias</i>	82
4.6.1.3. <i>Entorno social y familiar</i>	82
4.6.2. <i>Factores predictores del abandono del tratamiento</i>	83
4.6.3. <i>Factores predictores de recaída tras el tratamiento</i>	84
4.6.4. <i>Valoración general</i>	85
5.- ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS	87
5.1. <i>ESTUDIOS QUE EVALÚAN LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PARA BULIMIA NERVIOSA: META-ANÁLISIS</i>	87
5.2. <i>REVISIÓN DE LA COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS PARA BUMILIA NERVIOSA</i>	95
5.2.1. <i>Características de los participantes</i>	107
5.2.2. <i>Metodología de las intervenciones</i>	113
5.2.3. <i>Contenido y estructura de las intervenciones</i>	115
5.2.4. <i>Resultados de las intervenciones</i>	117
5.3. <i>CONCLUSIONES</i>	124
ESTUDIO EMPIRICO	
6.- PLANTEAMIENTO GENERAL	132
6.1. <i>OBJETIVOS</i>	137
6.2. <i>HIPÓTESIS</i>	138
7.- MÉTODO	141
7.1. <i>PARTICIPANTES</i>	141
7.2. <i>DISEÑO</i>	143

7.2.1. Variable independiente	143
7.2.2 Variables dependientes	143
7.2.3 Variables mediadoras	144
7.2.4 Variables extrañas o contaminadoras	145
7.3. MATERIALES E INSTRUMENTOS	143
7.3.1 Batería de evaluación	146
7.3.1.1 Entrevista diagnóstica: Eating Disorder Examination	147
7.3.1.2 Instrumentos de autoinforme	150
7.3.1.3 Auto-registros de comida	151
7.3.2. Material utilizado en el tratamiento	152
7.4. PROCEDIMIENTO	160
7.4.1 Diseño del tratamiento y estudio piloto	160
7.4.2 Captación de los participantes en el estudio	162
7.4.3 Evaluación pretratamiento.....	165
7.4.4 Tratamiento	166
7.4.5 Evaluación postratamiento	171
7.4.6 Seguimiento	172
7.5. ANÁLISIS DE DATOS	173
8.- RESULTADOS	178
8.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	178
8.1.1 Variables sociodemográficas	178
8.1.2 Variables relacionadas con el trastorno	180
8.1.3 Variables dependientes	181
8.1.3.1 Análisis de la relación entre puntuaciones EDE y puntuaciones auto-registro	189
8.1.4 Variables mediadoras	191
8.2. ANÁLISIS DE HOMOGENEIDAD	193
8.2.1 Análisis de la homogeneidad entre los grupos de tratamiento	193
8.2.2 Análisis de la homogeneidad de las participantes que concluyen el tratamiento y las que lo abandonan	193
8.3. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS	199

8.3.1	<i>Determinación de las mejoras a lo largo del tiempo</i>	199
8.3.1.1	<i>Cambios pre-postratamiento en los tres grupos</i>	199
8.3.1.1.1	<i><u>Variables dependientes</u></i>	200
8.3.1.1.2	<i><u>Variables mediadoras</u></i>	200
8.3.1.2	<i>Cambios de los programas de intervención en los seguimientos</i>	212
8.3.1.2.1	<i><u>Variables dependientes</u></i>	112
8.3.1.2.2	<i><u>Variables mediadoras</u></i>	223
8.3.2	<i>Determinación de las diferencias en función del tipo de intervención</i>	226
8.3.2.1	<i>Diferencias entre los tres grupos de intervención en el postratamiento</i>	226
8.3.2.2	<i>Diferencias entre los tres grupos de intervención durante los seguimientos</i>	229
8.4	ANÁLISIS DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS INTERVENCIONES	233
8.4.1	<i>Porcentaje de posibles casos</i>	233
8.4.2	<i>Análisis del tamaño del efecto de los programas de intervención</i>	245
8.5	ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD	251
8.5.1	<i>Adherencia al tratamiento</i>	251
8.5.2	<i>Cambio percibido en el tratamiento</i>	253
8.6	CONTRASTE DE HIPÓTESIS	258
9.-	DISCUSION Y CONCLUSIONES	269
9.1.	CONSIDERACIONES GENERALES	269
9.2	METODOLOGIA	271
9.3	PARTICIPANTES	273
9.3.1	<i>Características sociodemográficas</i>	273
9.3.2	<i>Características relacionadas con el trastorno</i>	275
9.3.3	<i>Sintomatología</i>	276
9.4	EFICACIA DE LA INTERVENCION	281
9.5	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	295

<i>9.6 DIRECTRICES FUTURAS</i>	298
<i>10. BIBLIOGRAFÍA</i>	301
<i>ANEXOS</i>	331
<i>ANEXO I: BATERIA DE EVALUACIÓN</i>	
<i>ANEXO II: MATERIAL UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO</i>	
<i>ANEXO III: MANUAL DE TRATAMIENTO</i>	

MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación es un hábito adquirido desde la infancia cuya función principal y universal es la de aportar sustancias al organismo necesarias para la nutrición. Para lograr una buena alimentación, es necesario comer de forma equilibrada, variada y completa. Una dieta es considerada adecuada si están presentes en ella la energía y todos los nutrientes (en cantidades adecuadas y suficientes) necesarios para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona (Pinto y Carbajal, 2003).

En los países industrializados, dónde no es común la carencia de nutrientes, la alimentación además desempeña un papel social. Las horas del desayuno, comida o cena se pueden convertir en momentos en los que compartir unas palabras con familiares y amigos. A pesar de la naturalidad o el placer con el que la mayoría de las personas podemos vivir estas situaciones, muchas otras sienten sufrimiento y angustia cuando se enfrentan a la comida. En palabras de Lejarriega (2001) *“he abierto los armarios sistemáticamente, uno por uno, y he ido sacando comida, mucha comida; pan tostado, bollos, galletas, aceitunas, atún, sardinas en aceite, mantequilla, arroz, yogures y más cosas que no recuerdo. Todo ello lo he ido exponiendo a mi alrededor, sentada en el suelo, devorando violenta, gruñendo, arañando, rompiendo con los dientes los precintos, llenando el pijama de restos de mayonesa, miel, salsa, aceite. En mi boca todo entraba como en un pozo sin fin”* (pp. 138).

Estas personas sufren, lo que llamamos hoy en día, trastornos de la conducta alimentaria (a partir de ahora citado como TCA). Es posible que estemos acostumbrados a oír los términos anorexia y bulimia de manera frecuente a nuestro alrededor. Puede incluso ser habitual que alguien conozca, aunque sea de oídas, algún caso directo. Y podemos comprobar que hasta en la fuente más actual de búsqueda de información, como es la red de internet, aparecen muchas páginas con información muy diversa al

respecto. Sin embargo, según algunas investigaciones históricas (Bemporad, 1997) estos trastornos existen desde tiempos ancestrales, aunque no en la misma extensión ni de la misma manera que en la actualidad. Ya en 1932 se citó en la literatura psicoanalítica el caso de cuatro pacientes con unos síntomas que podrían ser el prelude de la bulimia nerviosa (Stunkard, 1990)

De manera más evidente, en la década de los 60 comienzan a ser identificadas en países occidentalizados mujeres jóvenes, de clase social media-alta que dejaban de comer por su propia iniciativa, llegando algunas hasta la muerte. Fue cuando se incluyó la anorexia nerviosa (AN) en la categoría “Síntomas Especiales no Clasificados en Otras Categorías” del DSM-II (American Psychiatric Association -APA-, 1968).

En la década siguiente empezaron a surgir casos en los que las mujeres alternaban las dietas con atracones, normalmente seguidos por algún método purgativo. La bulimia nerviosa (BN) se introdujo por primera vez en el sistema diagnóstico del DSM-III como categoría diagnóstica propia (APA, 1980).

Conforme ha ido avanzando la investigación de estos trastornos, se ha observado que no todos los pacientes con problemas en la ingesta de alimentos cumplen criterios diagnósticos de AN o BN. Para poder clasificar a estos pacientes, en el DMS-IV (APA, 1994) se introdujo una nueva categoría diagnóstica, denominada “Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados” (TCANE). Dentro de esta categoría destaca como diagnóstico provisional el denominado Trastorno por atracón, Trastorno de sobreingesta o Trastorno Alimentario Compulsivo (TAC).

El comienzo de la investigación sobre el tratamiento de dichos problemas alimentarios se remonta a los años setenta; a partir de entonces, se han desarrollado una serie de terapias psicológicas específicas para estos trastornos, que junto con el tratamiento farmacológico ya existente, conforman la intervención aplicada a los

pacientes con TCA. La evolución en el desarrollo de las diversas opciones terapéuticas no ha sido la misma entre los distintos trastornos, encontrando mayor volumen de estudios para la BN.

Son varios los posibles motivos que expliquen la escasez de estudios controlados que evalúen la eficacia de los tratamientos para la AN. A pesar del incremento progresivo de este trastorno en sus tasas de incidencia (Hoek y van Hoeken, 2003), la AN se considera un problema relativamente raro, incluso entre mujeres jóvenes (Bemis, 1987; Garner, Fairburn y Davis, 1987; Hsu, 1996; Peterson y Mitchell, 1999; Saldaña, 2001; Wilson, 1999), lo que dificulta el empleo de muestras con un tamaño adecuado para la investigación.

Además, los pacientes con AN tienen un peso, por definición, por debajo del mínimo que les correspondería por edad y estatura (Rock y Curran-Celentano, 1996) lo que genera una serie de complicaciones médicas (Johnson, Tsoh y Varnado, 1996; Peterson y Mitchell, 1999) que necesitan ser tratadas en muchos casos a nivel hospitalario (Garner et al., 1987). Cuando esas dificultades se han solventado, el paciente intenta mantener los resultados conseguidos y para ello suele implicarse posteriormente en otros tratamientos (en régimen ambulatorio u hospitalización de día) (Pike, 1998; Saldaña, 2001). Por ello es difícil conocer la eficacia que ha aportado cada una de esas intervenciones terapéuticas en la evolución del paciente.

Fuera del ámbito hospitalario, el tratamiento ambulatorio debe ser extenso en el tiempo (Kleifield, Wagner y Halmi, 1996; Wilson, 1999; Wilson y Fairburn, 1993), con un seguimiento prolongado (Garner et al., 1987) y simultaneado con revisiones médicas (Channon, De Silva, Hemsly y Perkins, 1989; Kleifield et al., 1996). Aquí el paciente debería tomar un papel activo frente a su trastorno; sin embargo, es habitual en las personas que sufren AN la falta de motivación, o incluso la resistencia al tratamiento

(Agras, 1987; Garner y Bemis, 1982; Kleifield et al., 1996; Peterson y Mitchell, 1999; Vitousek, 1991; Wilson y Fairburn, 1993), dificultando así la evaluación del mismo.

A todo ello se le suma la gran diversidad de criterios empleados para definir y valorar la recuperación de los pacientes y la escasez de estudios que muestren resultados de los efectos de los tratamientos a corto plazo (Pike, 1998) (véase Tabla 1.1).

Tabla 1.1. Dificultades para la evaluación de la eficacia de los tratamientos en AN

CUESTIONES METODOLÓGICAS	CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRASTORNO
<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de prevalencia en mujeres españolas: entre 0,74% (Rojo, 1999) y 0,11% (Peláez, 2003) - Participación en diversos tratamientos - Escasez de resultados a corto plazo - Diversidad de criterios para la recuperación del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal según edad y talla - Falta de motivación al tratamiento - Necesidad tratamiento ambulatorio con supervisión médica

En cuanto a los TCANE, la gran variedad de pacientes que pueden padecer alguno de esos trastornos y su diversidad sintomatológica, dificulta poder abordar esta categoría diagnóstica desde un único punto de vista terapéutico. En estos casos, el tratamiento se ajustará a las necesidades idiosincráticas de cada paciente. Esto impide que las personas que sufren alguno de estos trastornos puedan formar parte de una muestra uniforme que valore la eficacia de un tratamiento concreto.

Como diagnóstico que cada vez va cobrando más entidad propia dentro de los TCANE, el tratamiento del TAC ha dado lugar a cierto volumen de investigación. Sin embargo, las conclusiones que se pueden obtener al respecto son escasas debido a la relativa “novedad” del trastorno. Al menos, sí están claros los objetivos de la

intervención con estos pacientes, a saber, el control de los atracones y la reducción del peso (Johnson et al., 1996), ya que generalmente los comedores compulsivos tienen sobrepeso u obesidad (De Zwaan, 2001; Dingemans, Bruna y Furth, 2002; Telch, Agras y Rossiter, 1998). Para conseguir este último objetivo de manera controlada se hace necesaria la intervención de expertos en nutrición, necesitando, por lo tanto, una implicación multidisciplinar.

El tratamiento más ampliamente estudiado ha sido el de la BN por diversos motivos. Las tasas de prevalencia del trastorno en España llegan a alcanzar la cifra de 2,29% en el estudio epidemiológico llevado a cabo en 2003 por Peláez en la Comunidad de Madrid (Peláez, 2003). Estos pacientes, contrariamente de aquellos que sufren AN, suelen tener consciencia de la enfermedad que sufren, acudiendo normalmente a tratamiento por voluntad propia en etapas avanzadas del trastorno (Polivy y Herman, 2002). Además, la hospitalización sólo está recomendada en situaciones muy graves, como el riesgo de suicidio en el paciente, la presencia de una alteración electrolítica grave, embarazo en pacientes con unos hábitos alimentarios muy desestructurados o el fracaso reiterado de tratamientos ambulatorios (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993). Por lo tanto, está bien establecido que el régimen de tratamiento de la BN debe ser, por lo general, ambulatorio (Saldaña, 2001), sin requerir la colaboración simultánea de otros profesionales (médicos, nutricionistas...), ya que la sintomatología física propia de estos pacientes suele mejorar con la recuperación de un patrón alimentario normalizado.

El presente trabajo pretende avanzar en el conocimiento de la eficacia del programa de intervención que se ha mostrado más eficaz en el tratamiento de la BN, a saber, el tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por Fairburn (Fairburn, 1985). Para ello, se intentará conocer la eficacia diferencial de los componentes principales de

dicha terapia, desarrollándose tres grupos de tratamiento en los que se combinan de manera estratégica las técnicas propias de dicha intervención.

De forma previa a este estudio se realiza una descripción de las personas con BN, detallando las alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales y físicas que padecen, al igual que la comorbilidad que presenta con otros trastornos. Se describen los modelos causales más relevantes para la BN y se revisan los distintos tratamientos aplicados a estos pacientes, comprobando la eficacia comparativa de los mismos. Finalmente, se presentan las conclusiones obtenidas, que dan lugar al planteamiento del presente estudio.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA BULIMIA NERVIOSA

La BN es un trastorno bastante común en mujeres occidentales, caracterizado por la presencia de una sintomatología amplia y variada. La calidad de vida de estos pacientes se ve afectada tanto por las alteraciones propias del problema alimentario como por las consecuencias que se derivan del mismo. Asimismo, puede ser habitual que el paciente con BN padezca a su vez otros trastornos psicológicos. A continuación se detallan los criterios diagnósticos para BN, los síntomas que la definen, su epidemiología y la comorbilidad que presenta.

2.1. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La presencia de atracones y vómitos recurrentes en pacientes con conductas similares a las de la AN, llevó a autores como Russell (1979) a denominar a este “nuevo” conjunto de síntomas como BN. Al principio, él mismo consideró prematuro categorizar este trastorno como un síndrome específico; sin embargo, al año siguiente apareció en la literatura como un trastorno alimentario con entidad propia (DSM-III, 1980) (Stunkard, 1997).

Desde entonces, los criterios para definir la BN han ido sufriendo modificaciones. En el *DSM III*, se hace referencia a ciertas características del atracón, que no aparecen en la versión revisada (*DSM III-R*, 1987), a saber, que los alimentos ingeridos durante el atracón sean hipercalóricos o que la ingesta durante el mismo sea disimulada. Igualmente señalan las frecuentes oscilaciones del peso en el paciente, variable que tampoco se menciona en el *DSM III-R*. Sin embargo, en esta versión la preocupación por la silueta y el peso se convierten en un criterio necesario para padecer el trastorno y se mantienen

como criterios diagnósticos centrales el empleo de conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, y la presencia de atracones recurrentes. Además aparecen las pautas que definen un atracón (propuestas por Fairburn en 1987), a saber, ingesta rápida en un corto periodo de tiempo de una cantidad excesiva de alimentos y sensación de falta de control sobre la comida. En el *DSM-IV* (1994) se concreta la frecuencia mínima con la que deben aparecer los atracones y las conductas compensatorias y se excluye la posibilidad de que el paciente pueda estar sufriendo AN. Además, se distinguen dos subtipos de BN en función de la ausencia o presencia de purgas. En la versión revisada del DSM-IV (DSM-IV-TR. 2000) no se lleva a cabo ninguna modificación al respecto (véase Tabla 2.1)

Según la clasificación DSM-IV-TR (APA, 2000) la definición y diagnóstico de la BN implica la presencia de tres características principales. La primera hace referencia a la presencia de episodios recurrentes de atracones. Un atracón consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimentos durante un período discreto de tiempo (e.g. dos horas). Además, durante el atracón se experimenta sensación de pérdida de control sobre la ingesta. La segunda característica supone la ejecución de conductas compensatorias recurrentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, ayuno o ejercicio físico exagerado) realizadas para prevenir la ganancia de peso. El criterio diagnóstico de BN implica al menos dos atracones semanales durante los tres últimos meses. Finalmente, la tercera característica hace referencia a la excesiva preocupación por el peso y la figura; la valía personal se juzga casi exclusivamente en función de estos factores.

Además, teniendo presente el tipo de conductas compensatorias que se emplean, se han definido dos subtipos de BN: 1) la bulimia nerviosa de tipo purgativo incluye a la persona que realiza conductas purgativas como el vómito autoinducido o abusan de

laxantes y diuréticos; y 2) la bulimia nerviosa subtipo no purgativo que incluye a la persona que emplea otro tipo de conductas compensatorias como el ayuno o el exceso de ejercicio físico.

Tabla 2.1 Criterios diagnósticos para la BN según las clasificaciones de la APA (DSM)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BN EN EL DSM-III (APA, 1980)	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BN EN EL DSM-III-R (APA, 1987)	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BN EN EL DSM-IV Y DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000)
<p>A. Episodios recurrentes de voracidad (consumo de grandes cantidades de alimento en un corto período de tiempo, por lo general inferior a las dos horas)</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo fácil de alimentos hipercalóricos durante una comilona 2. Ingesta disimulada de alimentos durante una comilona 3. Finalización de los episodios de voracidad con dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoinducido 4. Intentos repetidos de perder peso con dietas exageradamente estrictas, vómitos autoinducidos o empleo de laxantes y/o diuréticos 5. Frecuentes oscilaciones de peso, superiores a cinco kilos, debido a la alternancia de atracones y ayuno <p>C. Conciencia de que el patrón es anormal y temor a no ser capaz de parar de comer voluntariamente</p> <p>D. Estado de ánimo deprimido y pensamientos autodespreciativos después de cada episodio de voracidad</p> <p>E. Los episodios bulímicos no son debidos a la anorexia nerviosa ni a otro trastorno somático conocido</p>	<p>A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de alimentos en un período discreto de tiempo)</p> <p>B. Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad</p> <p>C. La persona se empeña regularmente o bien en provocarse el vómito, usar laxantes o diuréticos, ayunar o practicar dietas estrictas, o bien practicar ejercicio de forma muy enérgica para prevenir el aumento de peso</p> <p>D. Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses</p> <p>E. Preocupación persistente por la silueta y el peso</p>	<p>A.- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (e.g. en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias ▪ Sensación de falta de control sobre la ingesta del alimento (e.g. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) <p>B.- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>C.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.</p> <p>D.- La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar tipo:</p> <p>Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p>Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio físico intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

A pesar de los avances logrados en esta materia, existen estudios que aportan datos empíricos sobre la escasa validez, por demasiado restrictivos, de algunos de los criterios expuestos en el DSM-IV para diagnosticar BN (Hay, Fairburn y Doll, 1996; Sullivan, Bulik y Kendler, 1998; Tobin, Griffing y Griffing, 1997). Estos estudios analizan básicamente los criterios relativos a la frecuencia de atracones (considerada arbitraria incluso por el grupo de trabajo que revisó los criterios DSM-III-R (Smith, Marcus y Eldredge, 1994; Wilson y Walsh, 1991) y a las pautas dadas para poder identificar un atracón. Ciertos estudios encuentran dichas pautas insuficientes (Herman y Polivy, 1996; Johnson, Boutelle, Torgrud, Davig y Turner, 2000; Polivy y Herman, 2002), mientras que otros autores ni siquiera las consideran del todo válidas, cuestionando que el atracón necesite conllevar una “gran” cantidad de comida (Garner, Shafer y Rosen, 1992; Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazam, 1986; Rossiter y Agras, 1990). A pesar de ello, no se ha producido ninguna modificación en el DSM-IV-TR al respecto, ya que otros autores (Johnson et al., 2000) encuentran necesarios los tres criterios recomendados por la APA para definir el atracón, a saber, cantidad elevada de comida, duración limitada y sensación de pérdida de control.

2.2. SINTOMATOLOGÍA Y ALTERACIONES

Los pacientes con BN sufren alteraciones a nivel cognitivo, emocional, conductual y fisiológico. Podría parecer que el paciente con BN es aquel que no come de manera adecuada, vomita de vez en cuando y está preocupado por su peso. Nada más lejos de la realidad cuando se le observa desde una perspectiva más global, teniendo en cuenta sus emociones, pensamientos y actuaciones en el día a día. Se podrían describir como personas que se valoran principalmente por la figura que ven reflejada en el espejo,

que se muestran ansiosas, descontroladas y débiles ante su desorden en la alimentación, que se sienten atrapadas por las calorías, cuya vida social queda mermada por los continuos rechazos a situaciones relacionadas con la comida o la figura, y cuyo estado físico se va deteriorando conforme avanza el trastorno.

La consciencia de enfermedad en etapas avanzadas es otra de las características habituales en estos pacientes, lo que les lleva a percibir que sus comportamientos y hábitos son desadaptativos, generando una fuerte culpabilidad y malestar hacia uno mismo (Saldaña y Tomás, 1998).

No se puede hablar de los pacientes como las únicas personas que sufren las consecuencias del trastorno. También aquellas que conviven con ella o él y comparten los momentos del desayuno, comida y cena, son víctimas de esta enfermedad. La incomprensión del trastorno por parte de los familiares suele ser habitual, al igual que los sentimientos de indefensión y culpabilidad.

Tampoco se puede concretar una evolución cronológica en la aparición de estos síntomas. Muchas de las características que sufren estos pacientes ya están presentes en sus vidas antes de la aparición del problema; otras, sin embargo, sirven como factores de mantenimiento del mismo (véase el apartado “modelos explicativos de la bulimia nerviosa”). Por lo tanto, no se tiene muy claro si estas variables son consecuencia de la sintomatología propia del trastorno, si por el contrario actúan como base para el inicio del mismo, o si simplemente coexisten con el resto de síntomas sin una influencia mutua importante (Saldaña, Tomás y Bach, 1997).

A pesar de la variedad sintomatológica mencionada, la mayoría de la investigación se ha centrado únicamente en los aspectos conductuales como referente para valorar la mejoría o el empeoramiento del trastorno, dejando muchas veces en un

segundo plano variables tan relevantes como la preocupación por el peso y la silueta (criterio diagnóstico del trastorno).

Los estudios realizados sobre la descripción de pacientes con BN han tenido en cuenta las valoraciones propias de los pacientes (a través de cuestionarios, autoinformes, auto-registros y entrevistas) (Saldaña, 1994), los resultados obtenidos en pruebas psicológicas de laboratorio (como el *Stroop Color Naming Test* con contenido emocional -Mathews y MacLeod, 1985- y el uso de la escucha dicótica) (Williamson, Muller, Reas y Thaw, 1999) y los índices clínicos de las pruebas médicas realizadas (análisis de sangre, de orina, ECG, radiografías, resonancias magnéticas..) (APA, 2000).

2.2.1. Alteraciones cognitivas

Según las investigaciones que apoyan la importancia de las cogniciones en el estudio de la BN, se han observado errores por parte de los pacientes en el procesamiento de la información relacionada con el cuerpo y la comida. Incluso se ha hipotetizado que los “esquemas” mentales que dirigen las funciones de atención, memoria, percepción... estén sesgados y por ello los pacientes se preocupan tanto por el tamaño corporal y por la comida (Cooper y Fairburn, 1993). Estos sesgos cognitivos serían también los que estarían presentes en aquellas personas que estén altamente preocupadas por el peso, la figura y la alimentación, a pesar de no cumplir criterios diagnósticos de BN (Williamson, 1996). Por lo tanto, no sería una característica exclusiva de dichos trastornos.

Analizando en detalle la manera en la que procesan la información que reciben, se observa que estos pacientes prestan mayor atención a estímulos relacionados con gordura y con comida que engorda en comparación con otros estímulos no relacionados con esa temática (Ben-Tovim y Walker, 1991; Campayo y Martínez-Sánchez, 2005; Cooper,

Anastasiades y Fairburn, 1992; Cooper y Fairburn, 1992; Fairburn, Cooper, Cooper, McKenna y Anastasiades, 1991; Green, Elliman, Rogers y Welch, 1997; Lovell y Williams, 1997; Schotte, McNally y Turner, 1990).

Además, su memoria también está influenciada por el tipo de información que recibe, ya que recuerdan más palabras relacionadas con la gordura que sujetos sin trastorno; sin embargo, no existen diferencias en la memoria de palabras con otro contenido emocional (Sebastian, Williamson y Blouin, 1996).

Cuando se evalúa esta dimensión a través de la interpretación de estímulos ambiguos, se hipotetiza que los sujetos preocupados por algún tema darán sentido a esa información de forma coherente con sus preocupaciones. En la misma línea encontrada en los estudios anteriores, los pacientes con BN interpretan situaciones ambiguas de manera congruente a sus preocupaciones por la figura y la comida (Perrin, 1995). En concreto, sobreestiman la cantidad de comida ingerida (Gleaves, Williamson y Barker, 1993; Hadigan, Walsh, Devlin y LaChaussee, 1992; Williamson, Gleaves y Lawson, 1991).

En cuanto a la percepción del tamaño corporal, existen resultados contradictorios al respecto (Fernández-Aranda, Dahme y Meemann, 1999; Hsu y Sobkiewicz, 1991; Saldaña et al., 1997; Williamson et al., 1999). Diversas investigaciones han observado una distorsión perceptiva a la hora de estimar la dimensión corporal en este trastorno. En concreto, estos pacientes sobreestiman el tamaño de su figura, percibiéndose a sí mismos con un cuerpo que no corresponde con la realidad (Cash y Deagle, 1995, 1997; Collins et al., 1987; Freeman, Thomas, Solyom y Koopman, 1985; Smeets y Panhyusen, 1995). Otros autores no encuentran tan común esta distorsión, y postulan que sólo una minoría de los pacientes con BN sobreestiman las distintas partes de su cuerpo o la totalidad del mismo. Y en el extremo opuesto, se descarta cualquier tipo de error perceptivo en la

valoración del tamaño corporal o de objetos externos (Fernández, Probst, Meermann y Vandereycken, 1994; Fernández-Aranda et al., 1999; Probst, Vandereycken y Van Coppenolle, 1997). Ciertos autores postulan la influencia del estado de ánimo en la estimación de la dimensión corporal (Carter, Bulik, Lawson, Sullivan y Wilson, 1996; Kulbartz-Klatt, Florin y Pool, 1999). Partiendo de un estado emocional neutro, encontraron que tras producir en los pacientes un ánimo positivo, éstos variaban su valoración del tamaño corporal (subestimando sus dimensiones); ocurría lo contrario cuando el estado de ánimo inducido era negativo, ya que entonces veían su cuerpo más grande que en momentos anteriores. Otros autores encuentran resultados similares en personas preocupadas con su cuerpo y figura (Baker, Williamson y Sylve, 1995; MacKenzie, Williamson y Cubil, 1993; Slade, 1985; Williamson et al., 1999). Por lo tanto, esta línea de investigación puede abrir nuevas alternativas en la explicación de dicho fenómeno.

Todo ello hace que los pensamientos relacionados con la imagen corporal y con la comida ocupen la mayor parte del tiempo de estos pacientes (Saldaña y Tomás, 1998). Si a eso se le suma la preocupación que tienen por el peso y la figura (Garner, 1992; Herzog, Hopkins y Burns, 1993), la importancia que dan a esas creencias a la hora de valorarse como personas (Cooper y Fairburn, 1993; Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993; Rosen, 1992, 1995; Vitousek y Hollon, 1990) y la actitud negativa que tienen hacia su cuerpo (Fernández et al., 1994; Garfinkel et al., 1992), se comprenderá la repercusión a nivel emocional y conductual que supone para sus vidas.

2.2.2 Alteraciones emocionales

La literatura concerniente al estado emocional del paciente con BN es amplia y variada, demostrando así la repercusión que tiene este problema alimentario en el ánimo de quienes lo padecen. En la mayoría de las investigaciones no se ha tenido en cuenta si el paciente con BN pertenecía al subtipo purgativo o restrictivo, encontrando de manera general la presencia de síntomas depresivos, baja auto-estima, ansiedad e impulsividad durante el curso del trastorno. Los escasos estudios que han distinguido a estos pacientes encuentran diferencias en la sintomatología emocional asociada a ambos. A saber, los pacientes con BN subtipo purgativo presentan mayores niveles de ansiedad durante las comidas, mayor deseo de estar delgados (Willmuth, Leitenberg, Rosen y Cado, 1988), mayor malestar psicológico y mayor sintomatología depresiva (McCann, Rossiter, King y Agras, 1991; Viesselman y Roig, 1985) que los del subgrupo restrictivo.

Respecto a la sintomatología depresiva, no está claro si ésta puede ser la causa del trastorno alimentario (Ball y Lee, 2000; Leon, Keel, Klump y Fulkerson, 1997) o si es la BN la que desencadena un ánimo negativo en el paciente (Stice et al., 2000b). Pero, independientemente del orden cronológico de ambos trastornos, no hay ninguna duda de la marcada correlación que presentan (Carter et al., 1996; Ferguson, 2006; Gross y Rosen, 1988; Kulbartz-Klatt et al., 1999; Prather y Williamson, 1988; Williamson et al., 1987). Debido a la sensación de pérdida de control en la alimentación que sufren estos pacientes, son habituales cambios bruscos en el estado anímico y muestras de irritabilidad en ciertos momentos. Los pacientes se ven presos en un círculo del que no pueden escapar (atacón–conducta compensatoria–atacón) (Polivy y Herman, 2002) generando sentimientos de infelicidad y de desmoralización. Cuando tiene lugar un atracón, el paciente sabe que ha quebrantado las normas que se autoimpone en la alimentación con el objetivo de poder

controlar su figura. Por ello, se siente avergonzado y culpable sabiendo que “lo ha hecho mal”. Ocurre lo mismo cuando tienen lugar las conductas purgativas. Esto le produce desprecio hacia sí mismo, lo que sumado a la fuerte insatisfacción corporal que tienen (Fernández-Aranda y Turón, 1998; Fernández et al., 1994; Garfinkel et al., 1992; Rosen, 1992, 1995; Williamson et al., 1989) genera en el paciente sentimientos de baja autoestima (Cooper y Fairburn, 1993; Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies y O’Connor, 1997; Ferguson, 2006; Gila, Castro, Gómez y Toro, 2005; Jacobi, 2000; Rosen y Ramírez, 1998). En muchas ocasiones, este rechazo hacia uno mismo viene siendo propio de estos pacientes incluso antes de desarrollar el trastorno alimentario. En otros casos, se presenta como síntoma secundario, derivado del problema alimentario.

Estos pacientes no sólo se sienten frustrados por el descontrol alimentario sino que viven inmersos en una constante ansiedad generada por la cadena de conductas propia del trastorno (Fairburn y Cooper, 1984; Weiss y Ebert, 1983). En ocasiones, el paciente se siente tenso y nervioso por motivos propios o ajenos al problema alimentario (e.g. discusión con una amiga, aumento de talla de pantalón...) e inicia un atracón con la finalidad de descargar dicha ansiedad. Cuando el atracón ha tenido lugar, remiten esas sensaciones desagradables, pero surgen los sentimientos de malestar y culpabilidad ya comentados. Es el momento de “deshacerse” de ellos a través de las conductas purgativas. A pesar del refuerzo inmediato que eso supone para el paciente, la ansiedad reaparece cuando es consciente de lo que ha hecho, reiniciándose de nuevo el ciclo atracón–conducta compensatoria–atracción. Estos niveles de ansiedad están relacionados con la frecuencia de las conductas purgativas, observándose que conforme se incrementan el número de purgas, también aumenta la sintomatología ansiosa (Kerr, Skok y McLaughlin, 1991).

Una característica que parece estar directamente relacionada con los elevados niveles de ansiedad es la alta impulsividad encontrada en estos pacientes (Kaye, Bastiani y Moss, 1995; Fernández, Jiménez, Alvarez, y Bulik, 2006; Rosval, Steiger, Bruce, Israel, y Richardson, 2006). Esto les lleva a tener conductas en muchos casos, muy graves para su salud, que se agudizan o incrementan en la medida en que los pacientes aumentan la gravedad de sus conductas purgativas (e.g. tendencia a la auto-lesión, consumo de sustancias nocivas...).

2.2.3 Alteraciones conductuales

Como consecuencia del estado emocional del paciente y de las creencias erróneas respecto a la alimentación y la figura, es habitual la aparición de ciertos comportamientos durante el trastorno.

Las conductas más evidentes de estos pacientes son aquellas que tienen que ver con su descontrol en el patrón alimentario y con las alteraciones perceptivas y emocionales relacionadas con su imagen corporal. Además, es habitual la presencia de comportamientos impulsivos asociados al trastorno.

En cuanto a sus hábitos alimentarios, es característico un desequilibrio en la ingesta de nutrientes, un consumo excesivo y compulsivo de alimentos calóricos en grandes cantidades y la presencia de conductas purgativas compensatorias a los atracones. Dada la “consciencia” de trastorno que suelen tener estos pacientes, es habitual la evitación de situaciones relacionadas con la comida (e.g. cenas entre amigos, comidas familiares...) y la tendencia a ocultar su enfermedad en el ambiente familiar (comen alimentos a escondidas, van al baño a vomitar sin que nadie los perciba...), lo que empeora la relación con sus seres más cercanos (Saldaña y Tomás, 1998).

Respecto a su imagen corporal, los pacientes suelen llevar a cabo conductas de comprobación y rituales que llegan a ser obsesivos (e.g. se pesan varias veces al día, se miden repetidamente ciertas partes del cuerpo...) (Rosen, 1992, 1995). Además, es normal que eviten las situaciones dónde su cuerpo adquiriera algún protagonismo. Por ello, llevan ropa amplia para evitar exponer su figura, evitan mirarse en los espejos, se duchan con camiseta, rechazan la intimidad sexual...

Estos comportamientos llevan a que, con el paso del tiempo, el paciente se vaya distanciando cada vez más de su entorno más próximo, lo que genera a medio plazo un aislamiento social (Saldaña y Tomás, 1998).

A las conductas derivadas directamente de la sintomatología propia del trastorno se le suman aquellas que son consecuencia del carácter impulsivo de estos pacientes. Suele ser habitual asociar la BN con diversas conductas como el robo, consumo de alcohol, drogas y anfetaminas (Dansky, Brewerton, Kilpatrick, 2000; Holderness, Brooks-Gunn, y Warren, 1994; Mitchell, Hatsukami, Eckert y Pile, 1985; Lacey, 1993; Wiederman y Prior, 1996), juego patológico, intentos de suicidio, autoagresiones (Kendler et al., 1991; Mitchell et al., 1985) y promiscuidad sexual (Lacey, 1983; Wiederman y Prior, 1996). Éstas se agudizan conforme aumenta la gravedad de las conductas purgativas. Autores como Fernández-Aranda y Turón (1998) distinguen a pacientes con BN subtipo purgativo frente a pacientes del subtipo restrictivo, encontrando mayor dependencia de alcohol y más intentos de suicidio cuando las conductas purgativas están presentes; sin embargo, los pacientes con tendencia restrictiva muestran mayor ideación suicida y más autoagresiones que los purgativos.

2.2.4 Sintomatología física

En contraste con otros trastornos alimentarios como la AN, los problemas de salud física que presentan los pacientes con BN no se han recogido de forma tan sistemática y detallada en la literatura (Saldaña, 1994). Probablemente, esto sea debido a que en la mayoría de las ocasiones, el restablecimiento de un patrón alimentario saludable es suficiente para la recuperación física del paciente. No obstante, esto no resta importancia a las secuelas corporales propias del trastorno, sobre todo cuando la frecuencia de las conductas purgativas es muy elevada (APA, 2000; Fairburn y Harrison, 2003). La sintomatología que presentan estos pacientes es consecuencia directa de las conductas irregulares en los hábitos alimentarios, a saber, restricción alimentaria, presencia de atracones y empleo de conductas purgativas como medio para compensar el atracón.

En concreto, los vómitos repetidos conllevan una deshidratación corporal y problemas renales; también se ven afectadas las glándulas parótidas y el páncreas, y aparecen complicaciones gastrointestinales como dilatación gástrica; surgen igualmente anomalías electrolíticas (Wolfe, Metzger, Levine y Jimerson, 2001), como alcalosis y acidosis e importantes problemas dentales como caries, erosión del esmalte dental y daños en la faringe (APA, 2000). Al introducirse los dedos en la boca para autoprovocarse el vómito, se producen unas callosidades en el dorso de las manos, llamada signo de Russell (1979).

El abuso de laxantes genera complicaciones, como hiperuremia, hipocalcemia, retención de líquidos, pigmentación de la piel, síndrome de mala absorción y estreñimiento, y los atracones producen dilatación gástrica, de las glándulas salivares y dolor de estómago (APA, 2000; Saldaña, 1994; Saldaña y Tomás, 1998).

Por último, otra fuente de posibles complicaciones médicas es la evolución del peso del paciente durante el trastorno. Normalmente, las personas que padecen BN tienen un peso normal (Índice de Masa Corporal entre 20 y 25), aunque son habituales las fluctuaciones del mismo debidas a los ciclos repetidos de restricción alimentaria-atracón-conductas purgativas. Como consecuencia, se puede alterar la composición corporal y el ritmo metabólico, produciendo irregularidades en la menstruación (Saldaña y Tomás, 1998). Los pacientes con BN subtipo no purgativo, suelen tener sobrepeso (McCann y Agras, 1990), lo que puede asociarse a hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes (Van Itallie, 1985).

En la Tabla 2.2 aparecen resumidas estas características.

Tabla 2.2 Consecuencias físicas en bulimia nerviosa

SISTEMA	ALTERACIÓN MÉDICA
ENDOCRINO/ METABÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> - Pancreatitis - Hipocalemia - Hipocloremia - Hipomagnasemia - Hipofosfatemia - Afección glándula parótida - Deshidratación - Hipercolesterolemia (BN no purgativa) - Diabetes (BN no purgativa)
DIGESTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Dilatación gástrica - Problemas dentales - Dilatación glándulas salivares - Síndrome de mala absorción - Pancreatitis - Dolor estómago - Gastritis - Esofagitis
RESPIRATORIO/ CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Alcalosis - Acidosis - Hipertensión (BN no purgativa)
RENAL	<ul style="list-style-type: none"> - Alcalosis - Acidosis - Retención líquidos - Hiperuremia - Hipocalcemia
DERMATOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> - Signo de Russell - Pigmentación de la piel
REPRODUCTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en la menstruación
OSEO/ MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad muscular - Hipocalcemia

2.3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA

A pesar de la claridad en la definición de los criterios y síntomas propios del trastorno y de la variedad de pruebas existentes para la evaluación del mismo, los estudios sobre incidencia y prevalencia de la BN cuentan con ciertas dificultades.

Por una parte, se cuestiona la validez de muchas de las investigaciones epidemiológicas debido a los problemas metodológicos que presentan, como las limitaciones propias de la información obtenida a través de historiales médicos (Hsu, 1996), la baja prevalencia de la enfermedad en población general, la dificultad en la generalización de los datos de una muestra concreta y el empleo de criterios diagnósticos demasiado estrictos para algunos autores (Morandé, Celada y Casas, 1999).

Igualmente, algunas de las características propias del trastorno dificultan el desarrollo de las investigaciones. A pesar de que estos pacientes son conscientes de su enfermedad conforme ésta evoluciona, no dejan por ello de avergonzarse de su problema, por lo que tienden a ocultar las conductas más evidentes. Este carácter “secreto” del trastorno hace difícil estimar la magnitud del mismo. Por otra parte, la aparente normalidad en su condición física hace aún más compleja su detección por parte de las personas cercanas a su entorno.

Además de estas dificultades, a la hora de comparar las cifras encontradas en los distintos estudios, se observan datos muy dispares como consecuencia del empleo de diversos criterios diagnósticos, distintas características internas de los grupos experimentales utilizados y una gran variedad de métodos de evaluación, siendo generalmente más elevados los valores obtenidos a través de pruebas autoaplicadas que a través de entrevistas (Hoek, 2002; Ledoux, Choquet, y Flament, 1991).

La tasa de prevalencia para la BN en países occidentales varía entre un 0,5%, según unos estudios realizados con muestra de mujeres estudiantes en Italia y Suiza respectivamente (Santonastaso et al., 1996; Steinhausen, Winkler y Meier, 1997) y un 4,2% según los datos de Kendler et al. (1991) en su estudio llevado a cabo con gemelos de Virginia. La cifra media aceptada por la mayoría de los profesionales es de 1-3% en mujeres jóvenes (APA, 2000). Distintas investigaciones llevadas a cabo en varios países avalan estos porcentajes. Así, la tasa de prevalencia encontrada por Fairburn y Beglin (1990) es del 1% en mujeres jóvenes, de acuerdo con los criterios diagnósticos de Russell, DSM-III y DSM-III-R. Una cifra muy similar fue el resultado del estudio de Garfinkel et al (1995), llevado a cabo en una muestra canadiense (1,1% en mujeres). Dentro de ese mismo rango se encuentran las mujeres Austriacas que participaron en el estudio llevado a cabo por Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth y Biebl (1999a) (prevalencia del 1,5%). Si se tienen en cuenta aquellos pacientes que aún teniendo síntomas similares a los de la BN no cumplen todos los criterios diagnósticos, la cifra de prevalencia aumenta hasta el 5,4% (Whitehouse, Cooper, Vize, Hill y Vogel, 1992).

Los estudios sobre la incidencia de la BN en países occidentales han sido escasos por la falta de criterios diagnósticos para el trastorno hasta hace poco tiempo. La tasa anual de incidencia gira en torno a 12 por cada 100.000 habitantes al año. En el estudio llevado a cabo por Soundy, Lucas, Suman y Melton (1995), se evaluaron los informes médicos de profesionales de Rochester (Minnesota) entre los años 1980 y 1990, encontrando una incidencia anual del 13,5 / 100.000; una cifra algo más baja fue la encontrada por Hoek et al. (1995) al revisar los historiales médicos del período 1985-1989 en los Países Bajos (incidencia del 11,5 / 100.000); y en el Reino Unido, la incidencia hallada fue del 12,2 / 100.000 (Turnbull, Ward, Treasure, Jick y Derby, 1996).

De manera general se señala a un aumento significativo de los TCA en los últimos 30 años (Kendler et al., 1991). En concreto, estudios como el de Turnbull, et al. (1996) encuentran un incremento importante en las tasas de incidencia de la BN para mujeres jóvenes durante el periodo de 1988–1993 (de 14,6 a 51,7 por cada 100.000 mujeres); sin embargo, no todas las investigaciones apoyan un aumento de las cifras de pacientes con BN (Fombonne, 1995). Incluso hay estudios como el de Heatherton, Nichols, Mahamedi y Kell (1992), llevado a cabo desde 1982 hasta 1992, que señalan un leve descenso en la prevalencia de la BN en Estados Unidos.

Estas cifras disminuyen notablemente cuando los estudios se llevan a cabo con hombres, siendo la proporción varones/mujeres de 1 a 10 (de la Puente y Gómez, 1998; Saldaña y Tomás, 1998). La prevalencia vital encontrada por Garfinkel et al. (1995) en una muestra masculina es de 0,1%. Y la tasa de incidencia desciende hasta el 0,8 por 100.000 habitantes (Hoek et al., 1995; Soundy et al., 1995). A pesar de estas discrepancias en las cifras, parece ser que ambos sexos presentan cuadros clínicos muy similares entre sí (Andersen, 1988, 1990).

Sin embargo, esta mayor prevalencia en mujeres no está asociada al sexo biológico, sino más bien a los distintos papeles que se le otorga al hombre y a la mujer en la sociedad actual, donde la belleza, la esbeltez... son conceptos altamente reforzados en la mujer y que no tienen una posición tan predominante en la valoración que se hace de los hombres (de la Puente y Gómez, 1998). Esto ocurre principalmente en las sociedades industrializadas, donde la mujer ha pasado a ocupar un rol activo en la vida social; además, en estos países la comida no es únicamente una necesidad vital escasa, sino que forma parte de las actividades “ociosas”. Por ello, en la mayoría de las investigaciones se ha encontrado que la BN afecta prioritariamente a países occidentales (Fairburn y Harrison, 2003; Saldaña y Tomás, 1998), donde la mujer se ve presionada a tener una

figura prototípica y puede usar la comida como medio para conseguirla; sin embargo, tampoco llega a existir un consenso unánime al respecto, ya que otros estudios han demostrado que este trastorno ocurre tanto en estas sociedades como en las que están en vías de desarrollo, y que afecta tanto a mujeres blancas como de color y asiáticas (Ghazal, Agoub, Moussaoui y Battas, 2001; Hoek, van Harten, van Hoeken y Susser, 1998; Huon, Mingyi, Oliver y Xiao, 2002; Nobakht y Dezhkam, 2000).

En cuanto a la edad, este trastorno suele comenzar en torno a los 16-18 años (de la Puente y Gómez, 1998), apareciendo rara vez antes de la pubertad. Las edades comprendidas entre los 20 y los 24 años son las de mayor riesgo. Garfinkel et al. (1995) y Kendler et al. (1991) encuentran la prevalencia más elevada (6,2%) en aquellas mujeres que no llegaban a los 25 años frente a un 1,5% entre el grupo de edad de 25-34 años. Sin embargo, también puede afectar a niñas de incluso 11 años (Pyle, Mitchell y Eckert, 1981) y a mujeres mayores (Saldaña y Tomás, 1998; Mangweth et al., B., 2006), aunque la prevalencia es menor en estos casos (Garfinkel et al., 1995; Kendler et al., 1991).

Centrándonos en los estudios llevados a cabo en España, existen pocas investigaciones epidemiológicas que hayan abordado el problema de forma global. Los estudios que han encontrado las tasas más elevadas de prevalencia de BN en mujeres, han sido los llevados a cabo por Morandé y Peláez. En concreto, el estudio realizado entre los años 1985-1986 (Morandé, 1990) empleó una muestra de 718 estudiantes madrileños (636 mujeres y 82 varones), encontrando una prevalencia de 1,24% para las mujeres y ningún caso entre los varones. Años más tarde, Morandé, Celada y Casas (1999) evaluaron a 1.281 estudiantes madrileños de 15 años (557 varones y 724 mujeres). La prevalencia para las mujeres fue de 1,24% y para los hombres de 0,36% en el período del 1993-1994. Critican que la edad de los estudiantes no es representativa de toda la

población femenina madrileña; no obstante, la cifra hallada indica la magnitud del problema en adolescentes.

La investigación más reciente, llevada a cabo también en la Comunidad de Madrid (Peláez, 2003) empleó una muestra de 1.543 adolescentes (916 mujeres y 627 varones) con edades comprendidas entre los 12 y los 21 años en el periodo 2001-2002. La prevalencia de BN encontrada en mujeres fue de 2,29%.

En el otro extremo, el trabajo no publicado de Rojo (1999) (IV Congreso Nacional de Psiquiatría, Oviedo, 1999), llevado a cabo con una muestra de 544 jóvenes de 12 a 18 años en la Comunidad Autónoma de Valencia, encuentra la prevalencia más baja, de 0,37% en las mujeres.

A pesar de hallar estas cifras tan dispares entre los distintos estudios, los valores que muestran se encuentran dentro del intervalo 1-3%, que es el rango encontrado por la APA (APA, 2000). Por lo tanto, se puede considerar que la BN es un trastorno que ocupa un lugar importante en nuestra sociedad.

2.3.1 Comorbilidad de la bulimia nerviosa con otros trastornos

No sólo se han estudiado las tasas de prevalencia e incidencia de este trastorno, sino que también ha habido interés por conocer la comorbilidad que presenta con otros trastornos psicológicos. A pesar de que éste ha sido un tema ampliamente debatido, realmente existen pocos datos empíricos que informen de la naturaleza de estas asociaciones, de la frecuencia de las mismas y de la secuencia que presentan. Además, los resultados encontrados son diversos debido a varios motivos, como la evolución de los criterios diagnósticos para la BN (Halmi, Kleifield, Braun y Sunday, 1999), el empleo de distintos métodos en la evaluación del trastorno (e.g. entrevista estructurada vs. datos

psicométricos), tamaño muestral pequeño, ausencia de grupo control (O'Brien y Vincent, 2003), variedad en los criterios de inclusión–exclusión y diversidad en la edad de la muestra (Godart, Flament, Perdereau y Jeammet, 2002).

A pesar de ello, el estudio en este campo tiene importantes implicaciones: con fines diagnósticos, la determinación de comorbilidad facilita el diagnóstico diferencial; con fines terapéuticos, puede determinar la secuencia del tratamiento a seguir y/o explicar la dirección de los resultados de las intervenciones.

La literatura hallada ha centrado sus esfuerzos principalmente en conocer hasta qué punto los pacientes con BN sufren también algún trastorno del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o de la personalidad.

Concretamente, se ha encontrado que puede ser habitual que el paciente bulímico sufra o haya sufrido en algún momento de su vida algún *trastorno del estado de ánimo* (Cooper, 1995; Edelstein y Yager, 1992). Los porcentajes más elevados al respecto se encuentran al evaluar el trastorno depresivo mayor y la distimia. De hecho, algunos autores (Herzog, Keller, Sacks, Yeh y Lavori, 1992) encuentran que la depresión mayor es el trastorno que aparece más comúnmente en pacientes con TCA. Entre un 23 y un 75% de estos pacientes pueden padecer a la vez que su problema de alimentación uno de estos trastornos, o bien pueden haberlo padecido en algún momento de sus vidas (Braun, Sunday, y Halmi, 1994; Brewerton et al., 1995; Geist, Davis y Heinman, 1998; Herzog et al., 1992; Hudson, Pope, Yurgelun-Todd, Jonas y Frankenburg, 1987; Keck et al., 1990; Laessle, Kittl, Fichter, Wittchen y Pirke, 1987; Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens, 1985; Schwalberg, Barlow, Alger y Howard, 1992; Walsh, Roose, Glassman, Gladis y Sadik, 1985). Aunque estas cifras son bastante elevadas, parece ser que en muestra no clínica, el porcentaje se reduce. Dansky et al (1998) emplearon una muestra de mujeres

que no buscaban tratamiento y observaron que sólo un 36% de las mujeres que tenían BN también habían padecido en algún momento de sus vidas un trastorno depresivo mayor.

En cuanto a otros trastornos del estado de ánimo, se han encontrado estudios que valoran la comorbilidad entre la BN y el trastorno bipolar. Las cifras halladas rondan en torno al 4-6%; sin embargo, no hay que desestimar su importancia, ya que en algunas investigaciones se ha llegado a alcanzar el valor del 13% (Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Todd, 1983).

Los *trastornos de ansiedad* también son comunes al hablar de BN (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Herzog et al., 1992). Las cifras aquí encontradas varían entre una prevalencia vital del 75% (Schwalberg et al., 1992) frente a un 36-37% encontrado por Braun et al (1994) y Brewerton, Lydiard, Herzog y Brotman (1995). Entre estos trastornos, el más frecuente es la ansiedad generalizada (36,8%), seguido de la fobia social (30%), el trastorno de pánico (20%) y el trastorno obsesivo-compulsivo (12 a 24%).

También son muy variadas las tasas encontradas en la comorbilidad de la BN y los *trastornos de la personalidad*. (Herzog, Keller, Lavori, Kennedy y Sacks, 1992; Piran, Lerner, Garkinkel, Kennedy y Brouillette, 1988; Steiger, Liquornik, Chapman y Hussain, 1991; Wonderlich et al, 2005; Zanarini et al., 1990). Los valores oscilan entre el rango 21-40% (Ames-Frankel et al, 1992; Herzog et al., 1992) hasta los valores 61-85% en la prevalencia vital de ambos trastornos (Levin y Hyler, 1986; Norman, Blais y Herzog, 1993; Schmidt y Telch, 1990; Steiger, Thibaudeau, Ghadirian y Houle, 1992; Wonderlich, Swift, Slotnick y Goodmanm 1990). El más predominante es el trastorno límite de la personalidad (34,7%), seguido del trastorno antisocial (21,7%) y del esquizotípico (4,3%).

Estas cifras nos indican la importancia de evaluar si el paciente con BN sufre alguno de estos trastornos, de manera especial si se va a comenzar un tratamiento, dada la influencia que pueden tener en el curso del mismo (véase apartado “factores predictores”).

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Tras conocer la repercusión del trastorno alimentario en nuestra sociedad y la complejidad en su sintomatología, se hace necesario el empleo de modelos teóricos que ofrezcan una perspectiva global de esta situación. Así, junto con los datos empíricos obtenidos de la investigación, se podrá desarrollar una intervención adecuada al marco teórico existente.

Son muy diversos los modelos teóricos propuestos para explorar la aparición y el mantenimiento de la BN. Todos ellos intentan conocer los motivos que llevan a que una persona comience a tener hábitos insanos con la comida. De manera general, los factores implicados en este proceso abarcan distintos niveles. Por una parte, las variables propias del paciente (tanto a nivel biológico como psicológico); por otra, las características sociales y familiares que rodean al paciente y que influyen igualmente en la evolución del mismo.

Cada marco teórico centra su interés en una dimensión determinada, excepto los modelos integradores, que abarcan factores psicológicos, sociales y biológicos. Así, el modelo de estrés interpersonal supone que son los problemas que tiene el paciente con las personas de su entorno lo que les conduce darse atracones; desde el punto de vista cognitivo, los esquemas sesgados ofrecen al paciente información errónea respecto a su peso, alimentación y figura, desencadenando así las conductas típicas del trastorno; apoyándose en las emociones, según el modelo de reducción de la ansiedad, serían las sensaciones desagradables producidas tras la ingesta de ciertos alimentos lo que conduciría al vómito; ampliando las dimensiones implicadas, el modelo cognitivo-conductual se centra en la influencia mutua que tienen los factores cognitivos y conductuales entre sí en el desarrollo y mantenimiento del trastorno; y, por último, el

punto de vista biológico alude al nivel de ciertos neurotransmisores como causantes del problema alimentario.

Es poco habitual encontrar estudios que comprueben, de manera directa, el valor de cada uno de estos modelos. A nivel terapéutico, cada teoría explicativa ha derivado en un tratamiento para la BN. La eficacia de cada uno de esos tratamientos da apoyo, a nivel empírico, al marco teórico correspondiente.

Se expondrán los modelos teóricos más difundidos y con mayor aceptación en la investigación y en la práctica clínica, comenzando con la aproximación biológica del trastorno para después explicar las teorías psicológicas que lo sustentan. Finalmente, se expondrá un modelo explicativo integrador.

3.1 MODELO BIOLÓGICO

Históricamente, las primeras observaciones a nivel biológico respecto a la etiología de los TCA, hicieron suponer que los episodios de ingesta voraz y de descontrol alimentario podían estar relacionados con alteraciones neurológicas primarias de tipo comicial. De hecho, se constató que muchos de estos pacientes presentaban anomalías en el electroencefalograma (Green y Rau, 1974). Sin embargo, esta hipótesis fue descartada con el tiempo, al observar que la muestra de pacientes bulímicos con alteraciones electroencefalográficas no difería de aquellas personas del mismo sexo y edad sin sintomatología bulímica.

Posteriormente, autores como Wurtman (1987) surgieron que los pacientes con sintomatología bulímica podían tener bajos niveles de serotonina en el sistema nervioso central. Este neurotransmisor está relacionado con las sensaciones de hambre-saciedad; concretamente, bajos valores de serotonina conducen a fuertes sensaciones de apetito. De

esa manera, se explicaría la ingesta voraz de estos pacientes. Además, el consumo de nutrientes ricos en aminoácidos y bajos en proteínas ayudarían al paciente a compensar ese déficit, ya que el triptófano llegaría al cerebro y se transformaría en serotonina. Por lo tanto, los atracones ricos en carbohidratos propios de este trastorno podrían valorarse como una “auto-medicación” por parte del paciente.

La terapia farmacológica derivada de este modelo (empleo de antidepresivos, como los tricíclicos, inhibidores de la recaptación de la serotonina o inhibidores de la monoamino oxidasa) parece ofrecer buenos resultados en gran parte de la literatura. No obstante, no está claro si el único mecanismo de acción posible es el expuesto, ya que ciertos fármacos antidepresivos (como la desipramina), con un efecto insignificante sobre la transmisión serotoninérgica, son igualmente efectivos (Chinchilla, 1994). Por lo tanto, no existe una postura común en la investigación respecto al valor de este modelo.

3.2 MODELO DE ESTRÉS INTERPERSONAL

De manera general, este enfoque teórico se divide en dos escuelas de pensamiento (Garner, Garfinkel y Bemis, 1982). La primera de ellas considera que el trastorno alimentario es una consecuencia de los conflictos psíquicos ordinarios que pueda tener cualquier paciente; es decir, las causas de su aparición serían comunes a las de otros problemas de índole muy distinta. Por lo tanto, la aproximación terapéutica a la BN consistiría en una psicoterapia convencional. El segundo enfoque plantea el carácter distintivo y específico en la etiología de estos trastornos, teniendo que adecuar la terapia a las necesidades específicas del paciente. Dentro de esta aproximación, el modelo de estrés interpersonal ha tomado especial relevancia gracias a la eficacia del tratamiento que deriva del mismo.

Este enfoque centra su atención en las causas que llevan al paciente a comer de manera descontrolada grandes cantidades de alimentos. Desde esta perspectiva, el atracón vendría precedido por antecedentes estresantes, normalmente derivados de la interacción que mantiene el paciente con su entorno social. Los sentimientos negativos de privación, depresión, ansiedad, ira... y los problemas en la relación con los demás generan la urgencia del atracón. Tras el episodio de sobreingesta, el paciente reduce momentáneamente dichas emociones y se aleja de una solución real del problema (Abraham y Beumont, 1982; Hawkins y Clement, 1980; Katzman y Wolchik, 1983). Si esta pauta se repite rutinariamente, el atracón acabará impidiendo que el paciente desarrolle estrategias de afrontamiento ante los problemas interpersonales, perpetuándole así en el trastorno.

A pesar de la evidencia empírica que apoya el modelo, muchos investigadores y clínicos se muestran reticentes al mismo, dado el escaso apoyo teórico presente en la literatura.

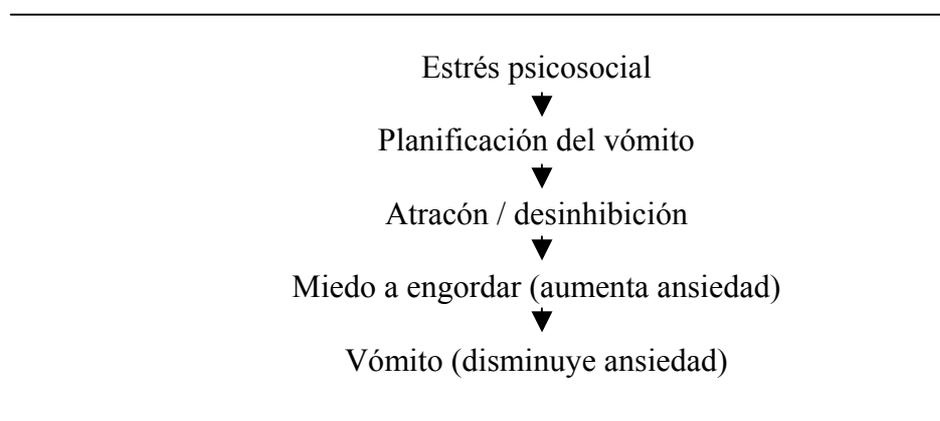
3.3 MODELO DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD

Enlazando con la importancia que otorga la teoría anterior a las emociones surgidas en el paciente como consecuencia de ciertos problemas, este modelo, propuesto por Rosen y Leitenberg (1982, 1985), apoya el constructo de ansiedad y reducción de la misma como piezas centrales para entender y tratar la BN. En esta aproximación, la conceptualización del problema alimentario está relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo: el vómito en la BN tiene la función de reducir la ansiedad, de forma similar a la compulsión de lavarse las manos en el trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes con BN creen que deben librarse de la sustancia contaminante mediante el ritual del

vómito” (Rosen y Leitenberg, 1982). Esta conducta se utiliza como respuesta de escape al reducir la ansiedad generada por ingerir comidas prohibidas durante el atracón (Johnson y Larson, 1982; Leitenberg et al., 1984). El atracón y las conductas posteriores de purga parecen formar un círculo vicioso dónde la ansiedad juega un papel determinante. Este ciclo se mantiene por mecanismos de reforzamiento negativo: el atracón causa ansiedad, la conducta purgativa la reduce. Por lo tanto, según este modelo, el principal componente que mantiene el trastorno es el vómito, no el atracón, considerándose así como un reforzador primario del trastorno. De hecho, cuando el paciente aprende a vomitar tras el atracón, éste se vuelve más frecuente y más severo (Abraham y Beumont, 1982). En la Figura 3.1 aparece resumido el modelo.

La técnica de exposición y prevención de respuesta al vómito derivada de este modelo, (Rosen y Leitenberg, 1982) ofrece apoyo empírico al mismo, ya que sus resultados se muestran eficaces en la mayoría de las investigaciones. De ahí que muchos autores, a pesar de no existir una validación teórica directa, consideren necesario tratar el vínculo insano entre vómito y atracón. No obstante, esta teoría es compatible con el modelo cognitivo-conductual posteriormente explicado, lo que ha llevado en ocasiones a integrar la técnica de exposición en un tratamiento cognitivo-conductual más amplio.

Figura 3.1 Episodios bulímicos según el modelo de reducción de la ansiedad (Fernández-Aranda y Turón, 1998)



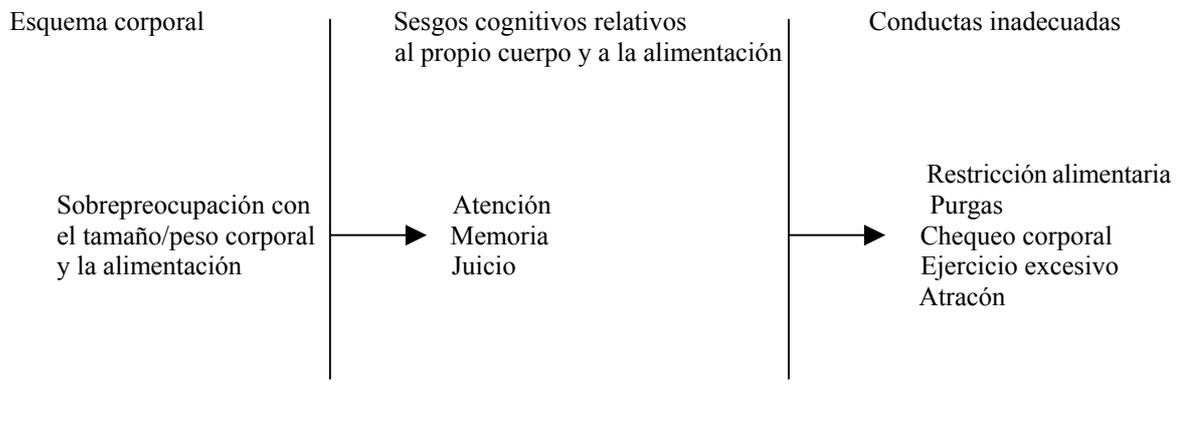
3.4 MODELO COGNITIVO

Esta teoría describe la influencia de las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento de las conductas propias de pacientes con TCA. Autores como Williamson et al (1999) hacen una descripción adecuada de las distintas variables implicadas en este proceso. A pesar de que ellos conceptualizan el modelo como “cognitivo-conductual”, las conductas bulímicas no juegan ningún papel causal en el desarrollo del trastorno, sino que son únicamente la consecuencia de las cogniciones erróneas. Por lo tanto, se conceptualiza en este apartado como modelo “cognitivo”.

Un concepto central de la teoría cognitiva (necesario para poder comprenderla) es que la estructura del pensamiento está integrada por esquemas, entendiéndose como tal una organización del conocimiento altamente eficaz, cuyo propósito es el de dirigir la atención, percepción y procesamiento de la información (Vitousek y Hollon, 1990).

Lo que apoya esta teoría es que los pacientes con trastornos alimentarios desarrollan un esquema de pensamiento sesgado, centrado en una preocupación extrema por el tamaño corporal y por la alimentación (Cooper y Fairburn, 1993). Estos sesgos, afectan a los procesos de atención, memoria y juicio. Además, el paciente sobrevalora dicha información, ya que esta estructura cognitiva posee una importancia central frente a las demás. De esta forma, los estímulos ambiguos relacionados con la ingesta y la figura se interpretan de manera errónea, por lo que el paciente suele sobreestimar la cantidad de comida ingerida y su tamaño corporal. Para controlar esas percepciones, necesita poner en marcha conductas principalmente dirigidas a la eliminación de peso, como la práctica de ejercicio físico intenso o la práctica de una dieta restrictiva. En la Figura 3.2 se puede observar el proceso completo.

Figura 3.2 Influencia cognitiva en las conductas de los trastornos alimentarios (Williamson, Muller, Reas y Thaw, 1999)



Una implicación de esta teoría es la presencia de esquemas cognitivos sesgados en personas que están muy preocupadas con su peso y figura, a pesar de que no cumplan los criterios diagnósticos de BN. Esta hipótesis ha sido corroborada en estudios como el de Williamson (1996), lo que supondría que esta teoría no sería específica para el trastorno bulímico.

A pesar de esta crítica, la importancia de las cogniciones en la BN es una variable central en el modelo más extendido en la actualidad (cognitivo-conductual), expuesto a continuación. De ahí surge la necesidad de incluir técnicas dirigidas a la reestructuración cognitiva en aquellos tratamientos que derivan de esta aproximación teórica.

3.5 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

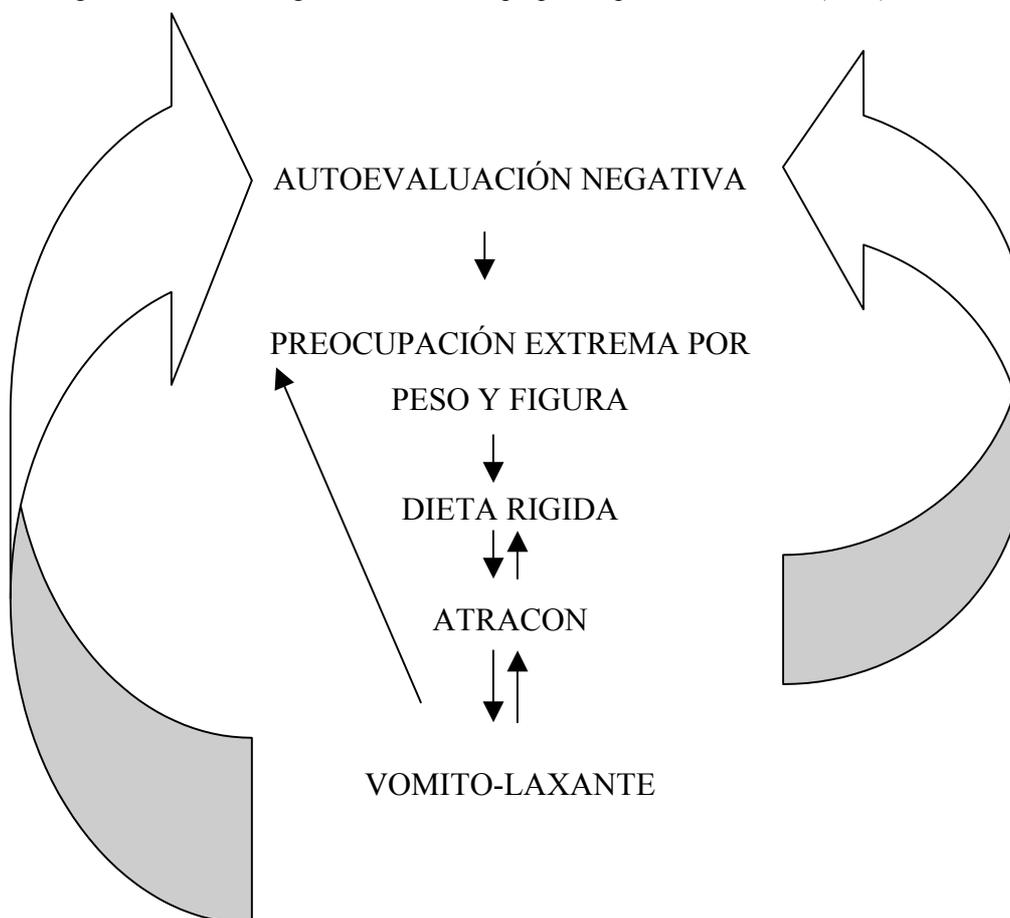
Esta aproximación teórica fue propuesta inicialmente por Fairburn, Cooper y Cooper en 1986 y actualmente es el modelo más reconocido en la práctica clínica, ya que de él deriva la terapia cognitivo-conductual. Con el tiempo, han surgido algunas modificaciones, como aquellas que añaden al tratamiento la técnica de exposición al vómito con prevención de respuesta (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn y Telch, 1989;

Cooper y Steere, 1995; Wilson, Eldredge, Smith y Niles, 1991) o las que aplican una versión reducida del mismo (Thackwray, Smith, Bodfish y Meyers, 1993); sin embargo, los principios fundamentales del modelo propuesto por Fairburn se mantienen con el tiempo. Por ello, a continuación se expone el modelo original en el que se basan el resto de propuestas.

Esta teoría enfatiza el papel crítico de variables cognitivas y conductuales en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. En concreto, propone la importancia de 5 áreas principales. Los pacientes con BN suelen tener una evaluación negativa de sí mismos y una *baja auto-estima*. Normalmente, sienten que han perdido el control en muchos aspectos de su vida excepto en su capacidad para poder disminuir de peso y moldear su figura a su antojo. Por ello, idealizan la delgadez y la convierten en una de las características más resaltables de su persona. Una baja auto-estima combinada con la *preocupación excesiva por el peso y la figura* lleva al paciente al empleo de métodos extremos en su alimentación, en un intento por alcanzar el peso ideal. Para ello, comienza a *restringir el tipo y la cantidad de alimentos* que ingiere. Con el paso del tiempo y la falta adecuada de nutrientes, el paciente comienza a tener carencias tanto físicas como psicológicas, lo que puede conducir a momentos de pérdida de control ante la comida. Estos episodios, aunque reducen temporalmente las sensaciones negativas, generan a continuación fuertes preocupaciones sobre la repercusión que tendrá el *atacón* en su peso. Para compensar estas emociones, el paciente suele provocarse el *vómito* y así expulsar aquello que le va a hacer engordar. En ese momento, se reducirá la ansiedad que sentía y la desagradable sensación de saciedad (lo que mantendrá el empleo del *atacón* en futuras ocasiones). Sin embargo, cuando el episodio haya acabado, el paciente será consciente de lo ocurrido, lo que le generará sensación de descontrol, estrés y baja auto-

estima. Esto provoca inevitablemente un nuevo comienzo del ciclo ya comentado. La Figura 3.3 resume el modelo.

Figura 3.3. Modelo cognitivo-conductual propuesto por Fairburn et al. (1986)



Aunque esta teoría está ampliamente apoyada por el tratamiento cognitivo-conductual (TCC), la evaluación directa de la misma ha sido escasa. Byrne y Molean (2002) se han encargado de hacer la primera valoración del modelo. Para ello han empleado un procedimiento estadístico que evalúa las complejas relaciones entre las variables propuestas (LISREL 7; Joreskog y Sorbom, 1989). Sus hallazgos muestran que la combinación de las variables auto-estima, deseo de adelgazar, insatisfacción corporal y restricción alimentaria explican el 97% de la varianza de los vómitos y atracones. Es decir, confirman la relevancia de estos factores en la aparición de las conductas purgativas. Igualmente, avalan la fuerte asociación recíproca entre atracón y vómito, aunque con una diferencia. Según el modelo de Fairburn, es el atracón lo que provoca en

el paciente la necesidad del vómito; sin embargo, para Byrne y Mielec es el vómito continuado lo que conduciría a la necesidad del atracón y no a la inversa. Por último, no encuentran que la relación entre la restricción alimentaria y el atracón sea un factor clave en el modelo, algo contrario a lo propuesto por Fairburn. Sin embargo, esta discrepancia puede deberse a los problemas en la definición y evaluación del constructo “restricción” (Shearin et al., 1994; Westenhoefer, 1991; Westenhoefer, Broeckmann, Munich y Pudel, 1994; Westenhoefer, Stunkard y Pudel, 1999; Yanovski y Sebring, 1994). Confirman, por lo tanto, que los componentes del modelo de Fairburn son los que mantienen el ciclo bulímico, aunque proponen una relación ligeramente distinta entre los mismos.

De esta manera, el marco cognitivo-conductual parece estar apoyado tanto a nivel empírico como teórico, lo que refuerza su empleo en el ámbito clínico y de investigación.

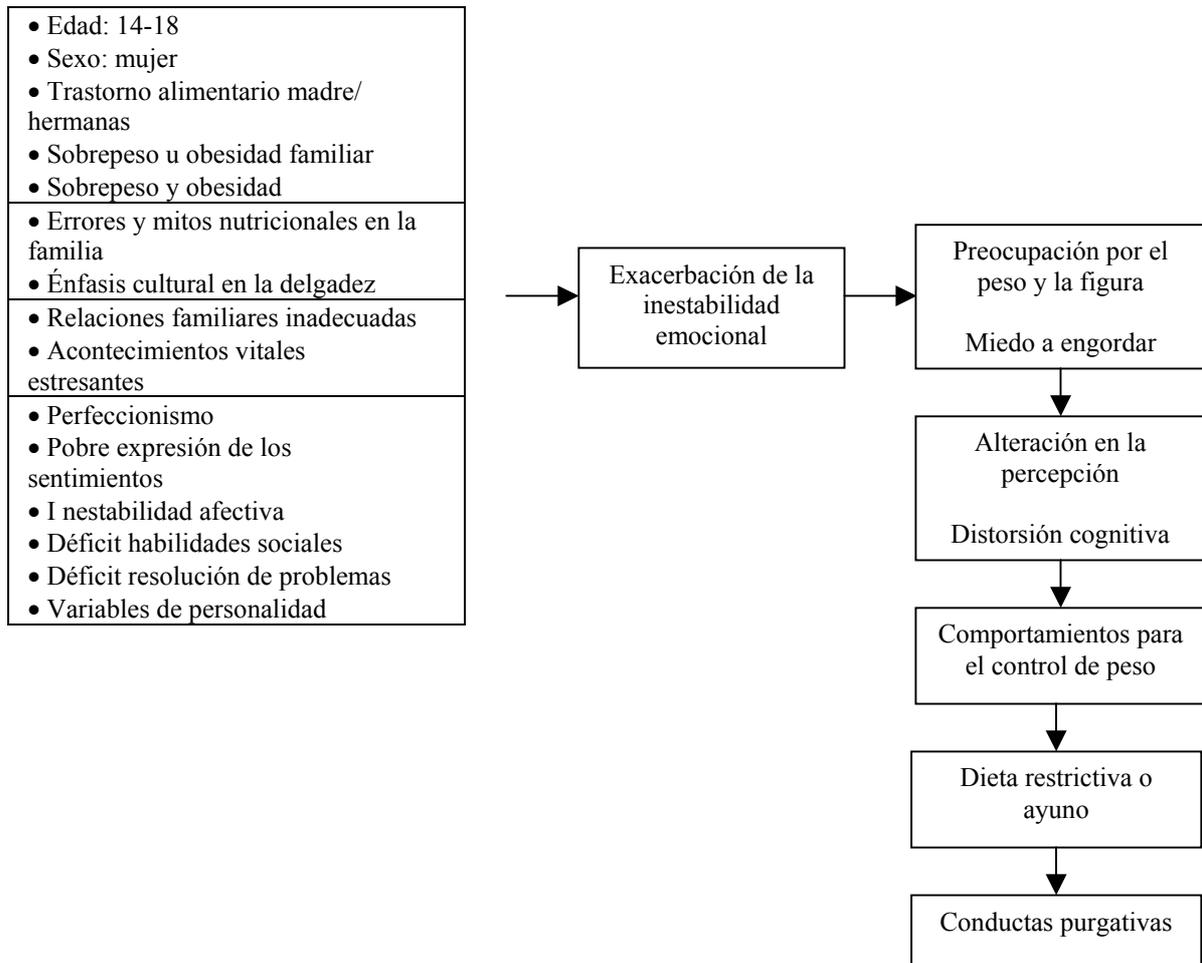
3.6 MODELOS INTEGRADORES

Tras haber abordado las posibles causas de la BN desde puntos de vista muy concretos, se propondrá a continuación un modelo explicativo que incluya factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares. Existen gran cantidad de teorías explicativas que señalan la importancia de integrar de forma parcial o total las diversas variables anteriormente explicadas. Por ejemplo, el modelo de Garner y Garfinkel (1985) integra las teorías socioculturales del trastorno alimentario (basadas en la imposición de un estándar de apariencia física) con la teoría de la restricción y del punto fijo (que defiende la regulación biológica del peso corporal). Igualmente, hay que tener en cuenta la influencia de las características psicológicas del individuo y su contexto familiar.

En las Figuras 3.4 y 3.5 se presentan los esquemas explicativos que recogen todos aquellos factores que, hasta el momento, parecen estar más directamente implicados en el proceso de adquisición y mantenimiento de la BN. Como se puede observar (Fig. 3.4), la

edad de inicio, que coincide plenamente con los cambios físicos que se producen en la adolescencia, y el tener la condición de mujer, además de una historia previa de sobrepeso u obesidad, incrementa la vulnerabilidad genética a poder padecer un trastorno alimentario. La gran importancia de los factores culturales queda recogida en el esquema a través del impacto de la presión social de modelos estéticos que idealizan el culto al cuerpo y la delgadez, así como los inadecuados hábitos alimentarios que frecuentemente suponen errores y mitos nutricionales. Asimismo, es necesario considerar como factores que predisponen a la adquisición de la BN la influencia de la familia. Se ha demostrado que la presencia de psicopatología en alguno de sus miembros, el refuerzo que ofrecen al paciente al perder peso, la existencia de una madre obesa, un funcionamiento familiar poco adaptativo y la frecuencia de ciertos comportamientos (como un control parental coercitivo, falta de atención y cuidado y muestras de hostilidad, inseguridad, sobreprotección y rigidez), incrementan el estrés personal (Haudek, Rorty y Hender, 1999; Haworth-Hoeppner, 2000; Polivy y Herman, 2002; Saldaña y Tomás, 1998; Shoebridge y Gower, 2000). Como factores psicológicos, son característicos la presencia de labilidad emocional con baja auto-estima, síntomas depresivos y de ansiedad, dificultades para expresar las emociones y falta de habilidades de afrontamiento en situaciones estresantes generales y concretas de la adolescencia (como las burlas características de ciertos compañeros). Además, debería considerarse la influencia de determinadas variables de personalidad (como el perfeccionismo o la baja auto-estima), las cuales, aunque tienen un papel menos claro en los estudios realizados, parecen también predisponer a la adquisición de los trastornos alimentarios (Lunner, Werthem, Thompson y Patxon, 2000; de la Puente y Gómez, 1998; Polivy y Herman, 2002; Saldaña, 1994; Saldaña y Tomás, 1998; Toro, 1996).

Figura 3.4. Esquema de los factores implicados en la adquisición de los trastornos de la alimentación (Saldaña y Tomás, 1998)



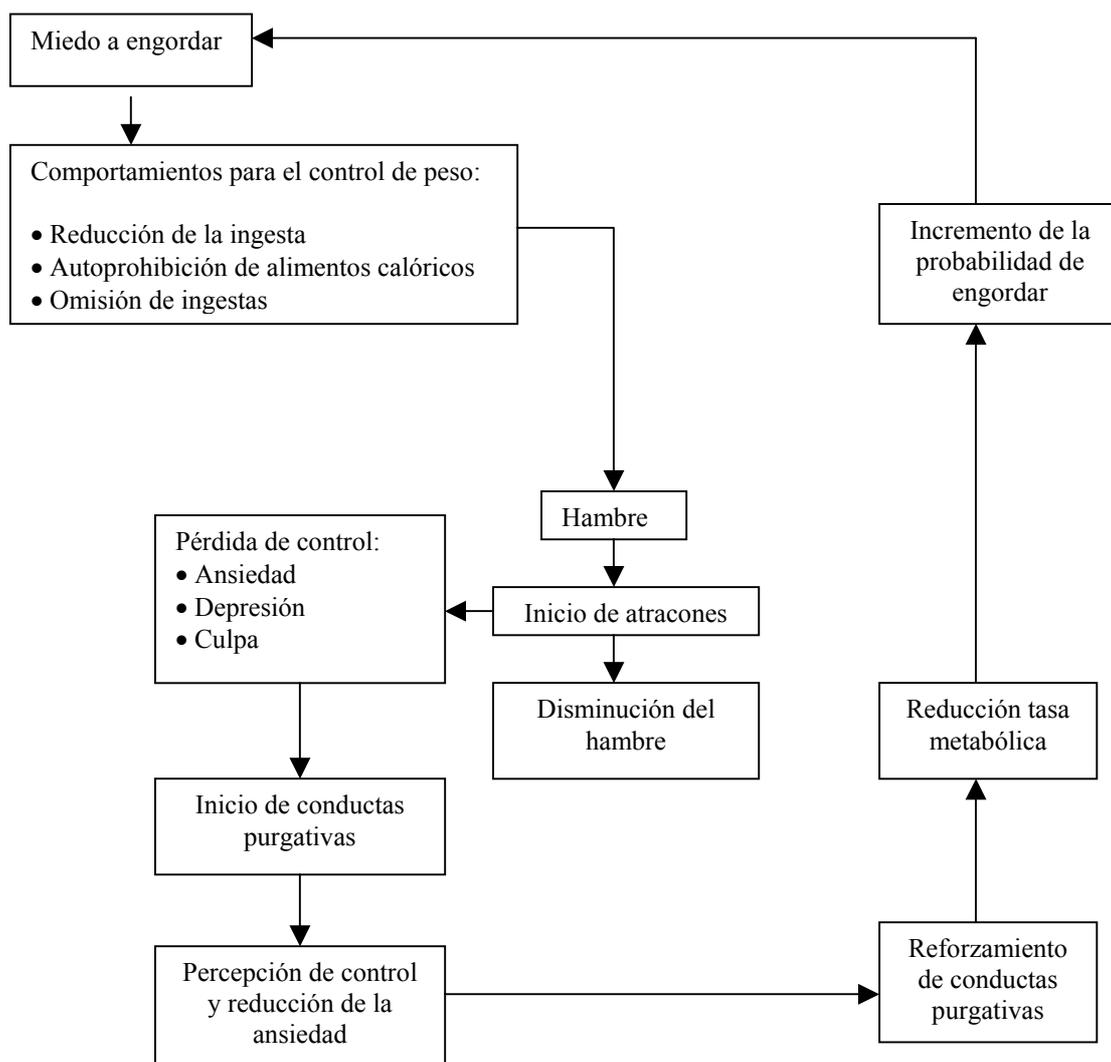
La combinación de todos estos factores exagera la inestabilidad afectiva, produciéndose una disminución mayor de la auto-estima y de las habilidades sociales. Se focaliza la atención en factores externos, se incrementa la preocupación por la imagen corporal y el peso, y se desarrolla un intenso miedo a engordar. A su vez, puede aparecer una alteración de la percepción y de las cogniciones a la hora de tratar con estímulos relacionados con el peso, comida y figura (Fig. 3.5).

Si se continúan los comportamientos restrictivos, el paciente acabará experimentando sensación de hambre, lo que favorece la violación de la dieta autoimpuesta y el inicio de los atracones. La pérdida de control le genera sentimientos de

culpa y la ansiedad que experimenta por no haber seguido la dieta favorece la aparición de conductas purgativas (vómitos auto-inducidos, abuso de laxantes y diuréticos, exceso de ejercicio físico...), las cuales le devuelven la sensación de control y disminuyen la ansiedad (Saldaña y Tomás, 1998).

De este modelo tan general no se deriva ninguna aproximación terapéutica específica, por lo que no cuenta con un respaldo teórico ni empírico concreto. Sin embargo, se ve apoyado por numerosos autores ya que incluye todas las variables que se han demostrado influyentes en el trastorno.

Figura 3.5. Esquema de los factores implicados en el mantenimiento de la bulimia nerviosa (Saldaña y Tomás, 1998)



De todo lo expuesto, se puede concluir que entre las causas más importantes para el desarrollo y mantenimiento del trastorno se encuentran: 1) la presión sobre la mujer para ser delgada; 2) el deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto para compensar la baja auto-estima y el miedo a ser rechazado; 3) estados emocionales negativos, como presencia generalmente de ansiedad y depresión; 4) estrés interpersonal, que repercute en un desarrollo inadecuado de habilidades asertivas y de resolución de problemas; 5) hábitos alimentarios y control del peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y 6) pensamientos desadaptativos sobre la nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

De las explicaciones teóricas comentadas, el modelo cognitivo-conductual enfatiza gran parte de esos factores, a saber, la baja auto-estima del paciente, las preocupaciones por el peso y figura y los hábitos alimentarios insanos que de ahí derivan. Es el modelo teórico más robusto para fundamentar la intervención terapéutica en pacientes con BN.

4.- TRATAMIENTOS PARA LOS PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

La investigación llevada a cabo en pacientes con BN y los modelos teóricos que acaban de exponerse muestran de manera clara el malestar que sufren las personas diagnosticadas con este trastorno alimentario. Además, conforme pasa el tiempo, la sintomatología se ve exacerbada, lejos de aliviar el sufrimiento que les caracteriza. Por ello es necesario conocer el modo de tratar a estos pacientes y así poder alejarles de la rutina insana en la que se ven envueltos.

Está establecido que el régimen de tratamiento de la BN debe ser, por lo general, ambulatorio, aunque existen algunas circunstancias que deben valorarse para prescribir un tratamiento en régimen hospitalario parcial o total. Cuatro son las indicaciones más comunes para la hospitalización: 1) cuando un paciente está muy deprimido o presenta riesgo de suicidio; 2) cuando la salud física del paciente es motivo de preocupación, especialmente cuando presenta una alteración electrolítica grave; 3) cuando la paciente está en su primer trimestre de gestación y sus hábitos alimentarios están muy alterados, lo cual puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo; y 4) cuando los tratamientos ambulatorios han fracasado (Faiburn, Marcus y Wilson, 1993).

Independientemente de la corriente terapéutica que se aplique, los objetivos de una intervención en pacientes con BN deben ser los siguientes: 1) reducción y eliminación de los episodios de atracones y de las conductas purgativas; 2) mejora de las actitudes relacionadas con el trastorno alimentario; 3) minimización de la restricción alimentaria; 4) establecimiento de hábitos alimentarios saludables; 5) potenciación de la práctica moderada de ejercicio físico saludable; 6) tratamientos de los trastornos y características clínicas asociados con el trastorno alimentario; 7) abordaje de las áreas problemáticas que pueden subyacer al trastorno, como las relacionadas con las

preocupaciones por la imagen corporal, la auto-estima en áreas distintas de las relacionadas con el peso y la figura, los estilos de afrontamiento y las estrategias de resolución de problemas; y 8) prevención de las recaídas (Bell et al., 2000).

A lo largo de los últimos 15 años la terapéutica aplicada a la BN ha sido amplia y variada, incluyendo terapias psicológicas (como terapia conductual, , terapia cognitivo-conductual, terapia psicodinámica, terapia focal breve, psicoterapia no-directiva, terapia familiar sistémica, terapia psicoeducativa y terapia interpersonal) y terapias psicofarmacológicas (como la administración de antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la monoaminoxidasa –MAO-) (Saldaña, 2001). Estas intervenciones no siempre han sido homogéneas entre sí, mostrando una amplia variedad en los objetivos a alcanzar, en los contenidos a tratar y en la estructura a seguir. De los tratamientos mencionados, los más empleados son:

- a. El tratamiento cognitivo-conductual (TCC)
- b. El tratamiento conductual (TC)
- c. La terapia interpersonal (TIP)
- d. El tratamiento farmacológico

Normalmente, estos tratamientos se han aplicado de manera aislada, aunque a veces se han combinado entre sí; concretamente, ha sido habitual el empleo de psicofármacos junto con el resto de tratamientos psicológicos.

A pesar de estas dificultades, de todos los tipos de tratamientos señalados, la investigación realizada a lo largo de estos años apunta que la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia psicofarmacológica son las que, hasta el momento, han mostrado mayor eficacia en el tratamiento de la BN (Saldaña, 2001).

A continuación se describirán las intervenciones señaladas para poder así conocer cuáles son sus características básicas y comprender su aplicación en estos pacientes.

4.1. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

El procedimiento terapéutico más empleado para el tratamiento de la BN es el programa cognitivo-conductual derivado del trabajo pionero de Fairburn en 1981 y de los primeros manuales publicados por el mismo autor (Fairburn, 1985), en los que se presentaban las directrices de tratamiento de la BN. Esta propuesta inicial ha sido modificada tanto por el propio Fairburn (Fairburn et al., 1993), como por otros investigadores, ampliando el paquete terapéutico básico con técnicas añadidas. Entre ellas, como ya se ha comentado, cabe destacar la inclusión de la técnica de exposición y prevención de respuesta al vómito (Rosen y Leitenberg, 1985) o al atracón (Johnson, Corrigan y Mayo, 1987) así como estrategias dirigidas a la ingesta de los alimentos prohibidos. También es habitual encontrar en el TCC técnicas destinadas al entrenamiento en habilidades sociales o al control de la ansiedad (como la relajación adaptada de Bernstein y Borkovec -1973- o la técnica de respiración controlada). A pesar de estas variaciones, la base teórica en la que se apoyan dichas intervenciones es la misma para todas ellas, considerando que la presión social hacia la delgadez en la mujer conduce a una gran parte de ellas a sobrevalorar su peso y figura y a seguir dietas muy restrictivas para alcanzar el ideal de belleza impuesto por la sociedad (Saldaña, 2001). Por ello, el objetivo de estos tratamientos no sólo consiste en la eliminación de las conductas de atracón y vómito, sino que también pretenden modificar los pensamientos disfuncionales del paciente respecto al peso y la figura y reemplazar la restricción alimentaria por unos hábitos alimentarios saludables (Johnson et al., 1996).

Este tipo de tratamientos están orientados hacia el problema y se centran principalmente en la sintomatología actual del paciente y en la mejoría futura del mismo. El papel del terapeuta es activo y se encarga de dirigir al paciente en las diversas técnicas propias del tratamiento (Peterson y Mitchell, 1999). Según la descripción empleada por Fairburn y Cooper (1989) y la versión posterior de Fairburn et al (1993), el TCC consiste en 19 sesiones de tratamiento individual aplicado durante 20 semanas. Estas sesiones se agrupan en tres fases distintas, con objetivos y técnicas claramente diferenciadas entre sí.

La **primera fase** abarca desde el inicio del tratamiento hasta la octava sesión. Según el formato original, se llevaban a cabo dos sesiones semanales; sin embargo, la experiencia posterior recomienda emplear esta frecuencia únicamente en aquellos pacientes con mayor sintomatología, es decir, aquellos que tengan atracones y vómitos varias veces al día. Los objetivos principales en esta fase son:

- a. Establecer una buena relación terapéutica
- b. Explicar al paciente la importancia de los pensamientos y actitudes en el mantenimiento del trastorno
- c. Definir un plan de peso semanal
- d. Educar al paciente respecto la regulación del peso, los efectos adversos de la dieta y las consecuencias físicas del atracón, vómito auto-inducido y abuso de laxantes
- e. Reducir la frecuencia del atracón introduciendo un patrón regular de alimentación y conductas alternativas
- f. Anular el carácter “secreto” del trastorno e implicar a amigos y familiares para su colaboración.

Para conseguir todo ello, es necesario poner en marcha en el momento adecuado las técnicas que han mostrado su eficacia en la mayoría de las investigaciones.

En la *primera sesión* es necesario obtener una historia completa del problema del paciente, tanto de su estado actual como de la evolución del mismo. Igualmente, habrá que conocer su historia personal, familiar y social, su actitud respecto al problema que sufre y las experiencias que haya podido tener en tratamientos previos.

Ya en esta sesión, el terapeuta facilitará información respecto a la estructura y contenido del tratamiento, los resultados esperables tras el mismo y la necesidad de participación activa por parte del paciente. Asimismo, es de gran utilidad explicar el modelo cognitivo de mantenimiento de la BN, para una comprensión adecuada del trastorno. Por último, se prestará atención al empleo de los auto-registros diarios de comida, como herramienta útil en la modificación de los hábitos alimentarios.

En la *segunda sesión*, se revisarán exhaustivamente los auto-registros alimentarios y se establecerá un plan de peso semanal para que sea el propio paciente quién se pese fuera de sesión y lo registre semanalmente.

De la *tercera a la octava sesión* el terapeuta irá introduciendo las distintas estrategias necesarias para que el paciente recupere el control sobre su alimentación:

- Educación respecto al peso corporal: el terapeuta informará al paciente respecto al índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{altura en metros cuadrados}$) y la importancia de alcanzar una puntuación de 20 a 25.
- Educación respecto al atracón, vómito, abuso de laxantes/diuréticos y dieta. El paciente deberá conocer la ineficacia de estas conductas en la disminución del peso y las graves consecuencias físicas de las mismas.
- Prescripción de un patrón alimentario saludable, incluyendo tres comidas principales y dos tentempiés. En estos momentos no se controla tanto el tipo de

alimentos ingeridos, sino las circunstancias en los que se ingiere, teniendo que comer a la hora y en el lugar previamente establecidos.

- Empleo de actividades agradables alternativas incompatibles con el atracón/vómito.
- Empleo del control de estímulos relacionados con la alimentación, como la limitación de la cantidad de nutrientes disponibles durante las comidas o la realización de la lista de la compra cuando no se tenga demasiado apetito.

Alrededor de la *sesión séptima u octava*, el terapeuta debería tener alguna entrevista conjunta con el paciente y la/s persona/s con la/s que viva, para que éstas puedan resolver todas las dudas que tengan respecto al trastorno y sean capaces de ofrecer al paciente un entorno que facilite la puesta en marcha del tratamiento.

La **segunda fase** se lleva a cabo con frecuencia semanal desde la sesión novena a la decimosexta. Se centra de manera más concreta en la perspectiva cognitiva pero sin olvidar continuar con los hábitos de alimentación saludables conseguidos hasta el momento. Los objetivos de esta etapa son:

- a. Mantener el patrón regular de alimentación
- b. Reducir la restricción alimentaria
- c. Reducir la frecuencia de los atracones/vómitos
- d. Identificar y modificar los pensamientos, creencias y valores que perpetúan el trastorno
- e. Ayudar al paciente a enfrentarse a los problemas perceptivos y emocionales relativos a la imagen corporal
- f. Preparar el final del tratamiento

Para que el paciente sea capaz de ir avanzando en estos objetivos es necesario que participe activamente en las tareas derivadas de las técnicas propias de esta fase:

- Entrenamiento en solución de problemas. (D’Zurilla y Goldfried, 1971).
Pretende dotar al paciente de estrategias suficientes para que pueda resolver satisfactoriamente los conflictos que tenga sin tener que recurrir al descontrol en la comida. Para ello deberá identificar los problemas existentes, proponer alternativas para solucionarlos, valorar la eficacia y posibilidad de dichas alternativas, elegir alguna de ellas y ponerla en marcha (evaluando posteriormente los resultados).
- Modificación de los pensamientos disfuncionales relacionados con el peso, la figura y la alimentación. La reestructuración cognitiva permite detectar, analizar y modificar creencias irracionales y distorsiones cognitivas inapropiadas. En primer lugar, el paciente debe identificar el pensamiento que quiera reestructurar; después deberá encontrar argumentos a favor y en contra del mismo; y finalmente, deberá llegar a una conclusión razonable que gobierne su comportamiento.
- En ocasiones se ha incluido la exposición y prevención de respuesta al vómito/atracón como técnica específica del tratamiento, aunque normalmente la inclusión de los alimentos prohibidos suele planificarse como una tarea que se lleva a cabo entre sesiones.
- Técnicas destinadas a la recuperación de una imagen corporal saludable y agradable para el paciente, como la exposición a situaciones temidas.

En la tercera fase, llevada a cabo quincenalmente de la *sesión diecisiete a la diecinueve*, se pretende que el paciente aprenda a prevenir las recaídas y asegure el mantenimiento de los cambios conseguidos en el tratamiento. Es importante que anticipe las circunstancias que pueda considerar como “peligrosas” para el vómito o atracón ya que es probable que vuelva a tener algún episodio bulímico. No obstante, tendrá que distinguir entre los términos “caída” y “recaída” (Marlatt y Gordon, 1985). Por último, deberá diseñar un plan de mantenimiento, con las técnicas que le hayan resultado más útiles, incluyendo de manera general los aspectos mostrados en la Tabla 4.1.

Tabla 4.1. Prevención de recaídas (Wilson, Fairburn y Agras, 1997)

- Si vuelve a tener algún problema con la comida, el paciente deberá mostrarse alerta de lo que le está ocurriendo
- Volverá a registrar sus hábitos alimenticios y las circunstancias que los rodean
- Deberá volver a las pautas llevadas a cabo durante el tratamiento, como planear tres comidas principales y dos tentempiés
- Usará la técnica de solución de problemas
- Intentará modificar los pensamientos disfuncionales a través de la reestructuración cognitiva
- Deberá marcarse objetivos realistas y diarios, teniendo en cuenta que haberse dado algún atracón o incluso haber vomitado, no supone que haya recaído

Para poder sintetizar la información que se acaba de detallar, se incluye una tabla con los principales elementos del TCC (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Principales componentes del TCC para la BN (Wilson y Fairburn, 1998)

- Desarrollo de una buena relación terapéutica
- Realización de auto-registros
- Educación sobre el modelo cognitivo de mantenimiento de la BN y la necesidad del cambio cognitivo y conductual
- Establecimiento de un plan de peso semanal
- Educación sobre la regulación del peso corporal, las consecuencias de la dieta y de las conductas purgativas
- Prescripción de un patrón regular de comida (tres comidas principales y algún tentempié)
- Estrategias de auto-control (e.g. control de estímulos)
- Empleo de la técnica de solución de problemas
- Modificación de una dieta estricta (e.g. consumo de alimentos prohibidos)
- Reestructuración cognitiva de las preocupaciones referentes a la alimentación, peso y figura corporal
- Exposición al peso y a la figura corporal
- Entrenamiento en prevención de recaídas

Todas estas técnicas se llevan a cabo a nivel ambulatorio según la estructura descrita en el manual de Fairburn. La única propuesta conocida en régimen interno ha sido la de los autores alemanes Tuschen y Bent (1995). Su tratamiento está basado igualmente en los principios teóricos del modelo cognitivo-conductual, pero aquí el contacto con el terapeuta es de 10 a 12 horas diarias y la duración total del mismo es de 10 a 14 días. Desde el comienzo, los pacientes siguen un patrón regular de comida consistente en unas 2.000 cal/día. También ingieren alimentos prohibidos, sin la posibilidad de poder darse un atracón. El objetivo de esta exposición es la reducción de la ansiedad y la sensación de control sobre cantidades moderadas de alimentos ricos en calorías. Para trabajar la imagen corporal, se utiliza un espejo que ofrece al paciente una

visión global de su cuerpo, al igual que grabaciones en vídeo de su propia figura. Una de las características importantes de este programa es que los terapeutas intentan introducir estímulos estresores reales durante el tratamiento, mejorando así los resultados a posteriori. Aunque esta propuesta parece incluir los requisitos necesarios para obtener éxito en la evaluación postratamiento, no se pueden obtener conclusiones al respecto dada la escasez de programas con estas características.

4.2. TRATAMIENTO CONDUCTUAL

A pesar de haber valorado la importancia que tienen las preocupaciones relacionadas con el peso y la figura en el mantenimiento de la BN según el modelo cognitivo-conductual, otro grupo de intervenciones se ha centrado fundamentalmente en la aplicación de estrategias conductuales para el control de la sintomatología bulímica, omitiendo el empleo de técnicas cognitivas (Agras, 1993). Por lo tanto, este tipo de tratamientos apoyan la necesidad de controlar la restricción alimentaria, el empleo de los atracones y el uso de conductas compensatorias para la mejora del paciente bulímico, dejando en un segundo plano aquellos pensamientos disfuncionales que puedan afectar en la evolución del trastorno.

El terapeuta vuelve a ser una figura activa y se encarga de enseñar al paciente las estrategias necesarias para su recuperación.

De manera general, estos tratamientos combinan componentes de información y educación respecto a la BN con técnicas de control de estímulos (dirigidas a evitar los atracones). Como técnica principal se emplea la exposición y prevención de respuesta para hacer frente a la urgencia del vómito. Igualmente, es habitual el uso del refuerzo tras

la consecución de los objetivos propuestos. Las estrategias fundamentales son las siguientes:

- Planificar comidas regulares (5-6 momentos de comida al día), con el objetivo de evitar que transcurran largos periodos de tiempo sin comer. De esta manera, se controlan los atracones.
- Técnicas de control de estímulos, que suelen incluir instrucciones relativas a comer siempre en el mismo lugar de la casa, sentado y utilizando plato y cubiertos, no poder realizar otras actividades mientras se come, servirse en el plato lo que se vaya a comer, elaborar una lista con lo que se necesite a la hora de hacer la compra, procurar tener en casa sólo alimentos que requieran cierta preparación para su consumo...
- Desarrollar actividades alternativas al atracón, con el fin de que el paciente las ponga en marcha cuando aparezca la urgencia del mismo.
- Empleo de la técnica de exposición y prevención de respuesta al vómito o al atracón. Esta estrategia se fundamenta en el modelo de reducción de la ansiedad para explicar el mantenimiento de la BN. La variación más estudiada ha sido la exposición con prevención de respuesta al vómito (Rosen y Leitenberg, 1985). En este caso, el paciente deberá comer en sesión lo mismo que ingiere en su casa cuando se da un atracón, hasta el punto en el que no pueda comer más y surja la necesidad de vomitar. Bajo el control del terapeuta, el paciente deberá centrar su atención en las sensaciones de malestar y miedo a ganar peso y el terapeuta anotará la evolución de la ansiedad durante la exposición. El paciente permanecerá así hasta que la urgencia del vómito haya desaparecido al menos en un 95%. Otro tipo de exposición menos empleado es la exposición con prevención de respuesta al atracón (Johnson et al., 1987). Consiste en que el

paciente consuma una cantidad pequeña de alguno de sus alimentos prohibidos, suficiente para generarle el deseo de continuar comiendo descontroladamente. En lugar de continuar el atracón, el paciente interrumpirá la ingesta y se expondrá a las sensaciones que le genera haber comido algo prohibido de manera controlada. El paciente permanecerá así hasta que haya disminuido la urgencia del atracón.

La aplicación de estas estrategias, principalmente la exposición con prevención de respuesta al vómito, puede provocar cierto rechazo inicial por parte del paciente, al tener que enfrentarse de manera directa a aquellos estímulos que le generan tanta ansiedad. Por ello, en ocasiones, estas intervenciones van acompañadas de una cifra elevada de abandonos.

4.3 TERAPIA INTERPERSONAL

A diferencia de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia conductual, que se centran directamente en los síntomas relacionados con el trastorno alimentario (atracones, purgas, actitudes y preocupaciones por el peso y la figura), la terapia interpersonal fue desarrollada originariamente para tratar la sintomatología depresiva (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Estos pacientes eran considerados personas con baja auto-estima y con escasos recursos personales para afrontar las situaciones problemáticas habituales en el día a día. Al extrapolarlo al trastorno alimentario se observó que gran parte de estas características eran propias de los pacientes que sufrían BN, a saber, personas inseguras, con un pobre concepto de sí mismas y con una sobrevaloración de su imagen corporal. A la hora de relacionarse con los demás, suelen

surgir problemas interpersonales de los que el propio paciente a veces ni es consciente. Es habitual que eviten los conflictos, que tengan dificultades en el análisis de sus expectativas, que no sepan reconocer sus necesidades de dependencia-independencia y que muestren déficits para resolver problemas sociales. Todo ello genera en el paciente sensaciones de estrés, ansiedad y depresión. De ahí, que cuando vaya a enfrentarse a la comida lo haga de manera descontrolada y surjan los episodios de atracón (Agras, 1991).

El modo de afrontar esta sintomatología es muy distinto al de las demás aproximaciones terapéuticas. En este caso, no se siguen unas pautas sistemáticas para cambiar los pensamientos y creencias problemáticas respecto al peso o la figura, no se prescriben tareas para casa ni se realizan ensayos de nuevas habilidades respecto a la alimentación. El objetivo de la terapia no persigue de manera directa la disminución en la frecuencia de los atracones o vómitos ni la modificación de las preocupaciones respecto al cuerpo; lo que pretende es intervenir sobre la baja auto-estima y los sentimientos de ineficacia, así como enseñar al paciente a ser eficaz en situaciones interpersonales, lo que según este modelo provocará una mejoría de la sintomatología bulímica.

La adaptación realizada por Fairburn (1993) consta de tres fases:

En la *primera fase*, lo interesante es conocer cuáles son las dificultades interpersonales que rodean el momento del atracón y que suelen provocar el descontrol alimentario. Por lo tanto, el objetivo principal de esta fase es la obtención de información relevante para el tratamiento.

En la *segunda fase*, el terapeuta junto con el paciente llevan a cabo un contrato, con el fin de obtener un compromiso para intentar mejorar las dificultades encontradas. Para ello, se le dota al paciente de estrategias que le permitan resolver por sí mismo los conflictos que le impiden llevar una alimentación sana y equilibrada. En concreto, el tratamiento se focaliza en los sentimientos de baja auto-estima y de ineficacia propios del

paciente, en el cambio de las ideas irracionales que lideran sus pensamientos y en la resolución de situaciones conflicto específicas (e.g. discusiones familiares).

En la *tercera fase* se prepara al paciente para la conclusión del tratamiento y la prevención de recaídas.

En ocasiones, puede llegar a ser desmotivante para el paciente que, tras haber confiado en el terapeuta y haberse sincerado con él respecto a su trastorno alimentario, la terapia se centre en otros problemas totalmente ajenos a la comida. Esto puede provocar una baja implicación durante el tratamiento o incluso el abandono del mismo.

4.4 OTRAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Las terapias psicológicas que acaban de exponerse llevan implícitos unos requisitos necesarios para su puesta en marcha y funcionamiento, gracias a los cuales arrojan resultados positivos tras su aplicación. Para poder implicarse en ellas, se requiere la experiencia de uno o varios terapeutas, la disposición espacial adecuada y una dedicación temporal demasiado extensa para algunos de los pacientes. Por todo ello y debido a la escasez de estos recursos en muchas ocasiones, se está extendiendo cada vez más el uso de terapias breves en el tiempo, en las que el papel terapéutico queda relegado a un segundo plano. Es el caso del uso de *libros de auto-ayuda* con o sin supervisión terapéutica. Cooper (1995) y Fairburn (1995) publicaron unos manuales de auto-ayuda basados en el TCC, diseñados para que sea el propio paciente quién los ponga en marcha o con la ayuda puntual de algún terapeuta no especializado. Un estudio llevado a cabo por Cooper, Coker y Fleming (1995) obtuvo buenos resultados al aplicar uno de estos manuales a pacientes con BN. Ocurre lo mismo en los estudios de Ghaderi (2006) y Treasure et al (1994) en el que se comparó a pacientes tratados con TCC frente a

pacientes que usaban un libro de auto-ayuda. Aunque los resultados son difíciles de interpretar por varias limitaciones de estos estudios, parecía que un subgrupo de pacientes (aquellos que presentaban una sintomatología menos exacerbada) se podían beneficiar de este tipo de intervención. Ocurre algo parecido con la aplicación de la TCC a través de video-conferencia (Simpson et al., 2006).

Otro tipo de terapia que parece ofrecer ciertas ventajas a los pacientes con BN, como mínimo en las primeras etapas de concienciación del trastorno, son los *grupos de ayuda mutua*, denominados en algunas de las investigaciones revisadas como grupos de auto-ayuda (Garner y Garfinkel, 1985; Rice y Faulkner, 1992). Este tipo de grupos están formados por personas que padecen actualmente el trastorno o que han padecido la enfermedad y la han superado. Durante las sesiones (de frecuencia semanal o quincenal), los miembros del grupo aportan sus problemas y experiencias recientes durante esos días, sin que suela haber temas pre-establecidos de antemano. Es habitual que sean los familiares de las personas afectadas las que crean este tipo de asociaciones. Las metas de estos grupos incluyen no sólo la reducción o desaparición de los síntomas, sino también el aumento de la auto-estima, la mejora de las relaciones interpersonales y de las habilidades sociales, el mejor conocimiento del trastorno y las posibles alternativas terapéuticas. Los grupos de ayuda mutua que han mostrado tener cierta estabilidad son los que tienen relación con profesionales que actúan como asesores y consultores del grupo.

Algo distinto ocurre con los *programas grupales psicoeducativos* dirigidos por un terapeuta, cuyo objetivo es el de proporcionar, bien a través de material escrito o bien en unas pocas sesiones presenciales (4-6 sesiones), información sobre el trastorno y sobre las consecuencias que puede tener en la salud del paciente. Igualmente, se facilitan estrategias conductuales para modificar los hábitos alimentarios inadecuados y para el

control de los atracones y vómitos. Así, por ejemplo, el programa psicoeducativo llevado a cabo en la actualidad en la Unidad de Trastornos de la Alimentación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge (Fernández et al., 1998) consta de un total de seis sesiones de 90 minutos de duración cada una, llevadas a cabo con una frecuencia semanal. El terapeuta es quién dirige las sesiones y son varios los pacientes que conforman el grupo psicoeducativo. El programa empleado es una adaptación del descrito por Davis, Olmsted y Rockert (1990).

En la *primera sesión*, el terapeuta explica las características de la BN, las repercusiones físicas y psicológicas para el paciente, los riesgos e inconvenientes de la realización de conductas compensatorias y la importancia del restablecimiento de una alimentación equilibrada. También se les ofrecen estrategias para frenar los atracones.

En la *segunda sesión*, se informa sobre los modelos etiopatológicos de la BN (individual, biológico y sociocultural), se desenmascaran los desencadenantes más comunes de los atracones y se explica que el desarrollo de la BN es una estrategia inadecuada para afrontar las situaciones estresantes.

En la *tercera sesión* se explica la teoría del *set-point* (según la cual, el peso corporal viene determinado genéticamente, por lo que variará de un individuo a otro), se valoran las repercusiones negativas de la realización de una dieta y se ofrecen pautas alimentarias básicas.

En la *cuarta sesión* se presenta el modelo cognitivo de la BN, explicando la influencia de las cogniciones en las emociones y conductas del paciente.

En la *quinta sesión* se enseñan estrategias de resolución de problemas, de autocontrol y de afrontamiento adecuado al estrés.

En la *última sesión* se previenen las recaídas y se anticipan los factores de riesgo.

Este tipo de tratamiento, que emplean algunas técnicas del TCC de manera abreviada, puede obtener en ocasiones buenos resultados (con remisiones significativas de la sintomatología bulímica) en pacientes cuyos síntomas sean poco graves, a saber, con una menor cronicidad del trastorno y una menor frecuencia en los vómitos y atracones (Fairburn y Carter, 1997; Wilson, Vitousek y Loeb, 2000).

4.5 TERAPIA FARMACOLOGICA

En la década de los 80, comenzó a surgir el interés en el empleo de psicofármacos para el tratamiento de la BN, dada la alta comorbilidad de los pacientes bulímicos con trastornos del estado de ánimo. Los fármacos empleados han sido desde entonces muy variados, incluyendo anticonvulsivos (como fenitoina), supresores del apetito (fenfluramina), antagonistas opiáceos (naltrexona) y un amplio rango de antidepresivos (Mitchell y de Zwaan, 1993). Éstos últimos han sido los fármacos más empleados, ya que en un principio se pensaba que disminuyendo la sintomatología depresiva del paciente, éste tendría más control sobre su comportamiento alimentario; sin embargo, enseguida se observó que aquellos pacientes con BN sin sintomatología depresiva se beneficiaban igualmente de estos fármacos, sugiriendo un mecanismo de acción distinto al antidepresivo. En este sentido, Chinchilla (1994) postula que dichos fármacos puedan tener un efecto directo sobre los mecanismos del control hambre/saciedad; sin embargo, esta hipótesis aún está por confirmar, ya que no todos los fármacos antidepresivos efectivos en la BN tienen efecto sobre la transmisión serotoninérgica.

A pesar del desconocimiento que se tiene al respecto, el uso de antidepresivos ha sido cada vez más común en el tratamiento de la BN. Se han empleado una gran variedad de antidepresivos, como los tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la

serotonina (ISRS), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) y otros antidepresivos atípicos. En la práctica clínica, el uso de la fluoxetina (ISRS) parece tener algunas ventajas frente al resto de antidepresivos, lo que hace que se esté aumentando su uso (Chinchilla, 1994).

Los resultados obtenidos al respecto han mostrado la eficacia de los tratamientos antidepresivos en la disminución de la sintomatología bulímica (Agras, Dorian, Kirkely, Arnow y Bachean, 1987; *Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group*, 1992); en concreto, los antidepresivos han mostrado más eficacia en la disminución de los vómitos y atracones al comparar los resultados con un fármaco placebo (Wilson y Fairburn, 1998). También se han visto mejorías en la sintomatología depresiva y ansiosa, en las preocupaciones relacionadas con el peso y la figura y en la actitud de la persona hacia su imagen corporal (Goldbloom y Olmsted, 1993; Peterson y Mitchell, 1999). Respecto a la restricción alimentaria, no queda claro el papel de los antidepresivos, ya que en un estudio (Rossiter, Agras, Losch y Telch, 1988) se ha encontrado que el empleo de la desipramina aumenta el uso de la dieta en vez de disminuirlo.

4.6 FACTORES PREDICTORES

Los resultados arrojados tras la aplicación de estos tratamientos, no dependen únicamente de la eficacia de las técnicas empleadas, sino también de la influencia de ciertas variables mediadoras, que pueden jugar un papel importante en la evolución de la intervención. Sería de gran utilidad poder identificar y sintetizar aquellas características de las personas con BN que permitan pronosticar el resultado tras una ayuda terapéutica. De esta manera, se aplicaría a cada paciente el tratamiento más exitoso para su mejoría, ayudando así a reducir el coste de los tratamientos. Poder identificar las variables asociadas a un pobre resultado terapéutico también ayudaría a encontrar las

razones de fracaso de un tratamiento concreto, lo que conllevaría a una mejoría del mismo (Agras et al., 2000).

Los estudios realizados para conocer estos factores de riesgo se han centrado principalmente en ciertas características psicológicas comúnmente asociadas al trastorno bulímico (sintomatología ansiosa, depresiva, trastornos de la personalidad, baja autoestima y carácter impulsivo).

También se ha tenido en cuenta si las propias características del trastorno bulímico podían influir en su evolución. Por ello, se han evaluado variables como la duración y cronicidad del trastorno, la frecuencia y severidad de las conductas purgativas, las alteraciones de la imagen corporal, el peso del paciente y la presencia de una historia previa de AN.

De igual manera, se han considerado aquellas variables que tienen que ver con la vida social que mantiene el paciente. Así, ciertas características del entorno familiar parecen empeorar el resultado del tratamiento.

Algunos de estos factores no solo predicen si el paciente va a finalizar el tratamiento con mejor o peor resultado, sino que también ayudan a conocer la evolución de esos logros a medio y largo plazo y la probabilidad que tiene el paciente de abandonar el tratamiento o continuar con el mismo.

A pesar de la falta de consenso general que hay sobre el tema, se explicarán a continuación los factores que parecen encontrarse en la mayoría de los estudios.

4.6.1 Factores predictores del resultado del tratamiento

Entre las variables que pueden influir en el resultado final del tratamiento, se distinguen aquellas que están directamente relacionadas con el trastorno alimentario, ciertas características psicológicas independientes del mismo y variables relacionadas con

el entorno más cercano del paciente. Teniendo en cuenta estos factores, se podrán explicar algunos de los resultados obtenidos tras la intervención.

4.6.1.1 Variables propias del trastorno

Los factores relacionados con el trastorno alimentario se refieren tanto a la sintomatología propia del mismo (a saber, existencia de conductas purgativas, alteraciones en la imagen corporal y duración del trastorno), como a ciertas características relevantes en su evolución, tales como el peso del paciente o un diagnóstico previo de AN.

4.6.1.1.1 Peso

A pesar de que el peso del paciente con BN no suele ser una característica alarmante dentro de su sintomatología, sí se ha tenido muy en cuenta a la hora de conocer su influencia en el trastorno. Incluso en una variable tan fácilmente evaluable como ésta, existen datos contradictorios. Autores como Agras et al (1987), Davis, Olmsted y Rockert (1992), Fahy, Eisler y Russell (1993), Fahy y Russel (1993) y Wilson, Rossiter, Kleifield y Lindholm (1986), encuentran que cuanto más bajo es el peso previo del paciente, peores son los resultados con tratamiento cognitivo-conductual y con tratamiento farmacológico. Otros autores, sin embargo, no encuentran relación entre el resultado postratamiento y esta variable (Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993). En el otro extremo, Blouin et al., (1994) observaron que los pacientes con BN con un peso más bajo (tanto en el pasado como en el presente) mostraron mayores reducciones en la frecuencia de vómitos .

No sólo se ha evaluado un peso bajo del paciente. Una historia previa de obesidad parece predecir pobres resultados postratamiento en pacientes con BN (Bulik, Sullivan, Joyce, Carter y McIntosh 1998; Fairburn et al., 1995; Fernández et al., 1999). No existen datos contradictorios sobre estos resultados.

4.6.1.1.2 Historia previa de AN

A la hora de estudiar la evolución de la AN, en muchos casos se ha observado cómo la sintomatología acaba siendo la propia de la BN. De hecho, entre el 25 y el 33% de los pacientes diagnosticados en la actualidad de BN han sufrido una historia previa de AN (Fairburn, 1995a). Por ello, algunas investigaciones han valorado hasta qué punto influye el haber padecido anteriormente este trastorno alimentario en el curso actual de la bulimia. En los estudios de Hughes, Wells, Cunningham y Ilstrup (1986) y Peterson y Mitchell (1999) no encuentran ninguna diferencia significativa en los resultados postratamiento entre pacientes que habían tenido AN previamente y los que no. Sin embargo, otros autores (Mitchell et al., 2002) señalan que esa variable se asocia a resultados negativos durante el tratamiento.

4.6.1.1.3 Duración del trastorno

Cuando la sintomatología de la BN se hace más frecuente y el paciente es consciente de lo que le ocurre, se suele buscar ayuda profesional para su tratamiento. Sin embargo, el tiempo que pasa hasta que se toma esta decisión, es muy variable de unos pacientes a otros, dependiendo de la edad que tenga el paciente, el entorno familiar que le rodee, los recursos de los que disponga... Esto ha desencadenado una línea de investigación encaminada a saber qué pacientes tienen más éxito en función del tiempo

que lleven sufriendo el trastorno. Esta variable ofrece resultados unánimes, encontrando que una mayor duración y cronicidad del trastorno predice resultados negativos tras el tratamiento (Hsu y Holder, 1986; Keel et al., 1999; Reas et al., 2000).

4.6.1.1.4 Presencia de conductas purgativas

La presencia de atracones y conductas purgativas forma parte de la sintomatología propia del trastorno. Por ello, se ha generado gran volumen de investigación a la hora de evaluar cómo afectan estos comportamientos en el transcurso del problema. Los hallazgos son muy variados al respecto. La mayoría de los estudios han señalado que la alta frecuencia de atracones y vómitos en el pretratamiento parece predecir peores resultados tras el tratamiento que aquellos pacientes con una frecuencia menor de los mismos (Baell y Wertheim , 1992; Bossert, Schmeolz, Wiegand, Junker y Krieg, 1992; Bulik et al., 1998; Bulik et al., 1999; Fernández et al., 1999; Garner, Olmsted, Davis, Rockert y Goldbloom, 1990; Mitchell, Pyle, Hatsukami, Golf y Harper, 1989; Turnbull et al., 1997; Wilson et al., 1999). Pero no todos los resultados apuntan en la misma dirección. En el estudio de Agras et al (2000) no se encuentra relación entre severidad de dichos síntomas y los resultados en el tratamiento. En el mismo sentido, Fairburn y Wilson (1993) encuentran que al comparar a pacientes con BN subtipo purgativo frente a aquellos con BN subtipo restrictivo no existen diferencias en la evolución de los síntomas ni en la respuesta al tratamiento. En el extremo contrario, Blouin et al (1994) encuentran que a mayor frecuencia de los atracones, mayor es el porcentaje en la reducción de los mismos. Es posible que este dato refleje el hecho de que aquellos pacientes que tengan una mayor frecuencia sintomatológica puedan estar más motivados al cambio, lo que se relaciona con una respuesta más rápida al tratamiento (Fernández et al., 1999).

En cuanto al resto de conductas purgativas, los resultados son más escasos, señalando que aquellos pacientes con menor uso de laxantes o diuréticos, tienen una mayor reducción en la frecuencia de atracones (Bulik et al., 1999), frente a aquellos que emplean los laxantes como medida habitual tras las comidas (Bryant, Turner, East, Gamble, y Mehta, 2006).

4.6.1.1.5 Alteraciones en la imagen corporal

Conociendo el lugar que ocupa la imagen corporal en el trastorno alimentario, no es de extrañar que ésta haya sido otra variable relevante en la investigación de los factores de riesgo. La mayoría de los autores coinciden en la influencia de las alteraciones de la imagen corporal (tanto a nivel perceptivo como emocional) en los resultados obtenidos (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Cattarin y Thompson, 1994; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1989). Concretamente, aquellos pacientes que tuviesen menor distorsión de la imagen corporal, obtenían mejores resultados (Keller, Herzog, Lavori, Bradburn y Mahoney, 1992). Las actitudes negativas hacia el peso y la figura (Fairburn et al., 1993; Rosen, 1990) y la insatisfacción corporal (Freeman, Barry, Dunkeld-Turnbull y Henderson, 1988) también predicen pobres resultados. Sólo la investigación de Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce (1999) no encuentra ninguna asociación entre la insatisfacción corporal y la evolución del trastorno. Los propios autores explican que esto puede ser debido a la ausencia de medidas de psicopatología general y a la falta de resultados a largo plazo.

4.6.1.2 Variables psicológicas

A pesar de la falta de consenso en los resultados encontrados, han sido numerosas las investigaciones que se han encargado de evaluar la influencia de ciertas variables psicológicas en la evolución del tratamiento bulímico. De esta manera, se ha intentado valorar el papel que juegan variables como ansiedad, depresión, baja auto-estima, abuso de sustancias o presencia de algún trastorno de la personalidad.

4.6.1.2.1 Ansiedad y depresión

Habiendo comprobado que la presencia de un estado de ánimo negativo en el paciente influye en la sobreestimación de la cantidad de comida ingerida y del tamaño corporal percibido, parece oportuno postular que la presencia de depresión y/o ansiedad compliquen la evolución del tratamiento en estos pacientes (Williamson et al., 1999). Sin embargo, no existe una opinión consensuada al respecto. La experiencia de muchos clínicos sugiere que la presencia de síntomas depresivos severos en el pretratamiento puede repercutir en las habilidades que muestre el paciente durante las sesiones de tratamiento (Agras et al., 2000; *American Psychiatric Association*, 2000; Bossert et al., 1992; Bulik et al., 1998; Davis, Olmsted y Rockert, 1993). Esto empeoraría los resultados obtenidos tras la intervención terapéutica (Bulik et al., 1998; Casper y Jabine, 1996; Sunday, Reeman, Eckert y Halmi, 1996; Walsh, Gladis y Roose, 1987).

En este mismo sentido, la sintomatología ansiosa repercute en la puesta en marcha de muchas de las técnicas necesarias para la evolución del trastorno, a saber, consecución de un patrón alimentario saludable, reestructuración cognitiva de ideas disfuncionales... Todo ello conlleva a que los resultados del postratamiento sean inferiores a las tasas de recuperación alcanzadas por pacientes con BN considerados no ansiosos (Casper y

Jabine, 1996; Eckert, Halmi, Marchi, Grove y Crosby, 1995; Herpertz-Dahlmann, Wewetzer, Henninghausen y Remschmidt, 1996; Sunday et al., 1996).

A pesar de estos hallazgos, no todas las investigaciones apuntan en el mismo sentido. Para otros autores, no existe relación entre la sintomatología depresiva en el pretratamiento y el resultado final del mismo (Agras et al., 1987; Blouin et al., 1994; Goldbloom y Olmstead, 1993; Herzog, Keller, Lavori y Ott, 1988; Keel y Mitchell, 1997; Keller, Herzog, Lavori, Bradburn y Mahoney, 1992; Peterson y Mitchell, 1999; Walsh et al., 1996); tampoco ven evidente que los trastornos de ansiedad estén relacionados con la evolución del tratamiento en pacientes con BN (Agras et al., 1989).

4.6.1.2.2 Trastornos de la personalidad

Los datos obtenidos en pacientes con BN que padecen a su vez algún trastorno de la personalidad tampoco apuntan en una única dirección. Bell (2002), Fahy et al (1993), Fairburn et al (1993), Garner et al (1990), Johnson, Tobin y Dennis (1990), Rossiter, Agras, Telch y Schneider (1993), Stieger, Leung, Thibaudeau y Houle (1993), Waller (1997) y Wilson (1996) determinaron que estos pacientes tenían peores resultados que aquellos que padecían únicamente BN. Más concretamente, se ha relacionado un pobre resultado tras el tratamiento si los pacientes con BN padecen algún trastorno de la personalidad del grupo B (narcisista, límite, histriónico o antisocial) (Coker, Vize, Wade y Cooper, 1993; Fahy y Russell, 1993; Fairburn et al., 1993; Rossiter et al., 1988). Esto parece particularmente cierto al tratarse del trastorno límite de la personalidad (Coker et al., 1993; Johnson et al., 1990; Rossiter et al., 1993; Sansone y Fine, 1992).

Sin embargo, los resultados de otros estudios postulan que, aunque la BN pueda co-existir con algún trastorno de la personalidad, ni su presencia ni su severidad influyen

en el desarrollo del mismo (Davis et al. 1992; Garner, et al., 1990; Grilo et al., 2003; Herzog et al., 1992).

En el extremo opuesto, Ames-Frankel et al (1992) encontraron que la comorbilidad de la BN con algún trastorno de la personalidad, se asociaba con una mejoría de los resultados tras un tratamiento con medicación antidepresiva (desipramina). Aunque, como señalan los propios autores, esta incogruencia en el resultado puede deberse al pequeño tamaño muestral y a la existencia de problemas en la evaluación de los trastornos de la personalidad.

4.6.1.2.3 Baja autoestima

Una de las variables sobre la que existe mayor consenso entre los investigadores es la auto-estima del paciente al inicio del tratamiento. Está ampliamente recogido en la literatura que una baja auto-estima pretratamiento anticipa peores resultados tras la finalización del mismo. Esto es debido a que el paciente se cree incapaz de hacer algo por mejorar su problema y valora su figura como el máximo estandarte en su concepto como persona. Ello le lleva a perpetuar las conductas encaminadas a la reducción del tamaño corporal (Baell y Wertheim, 1992; Bell , 2002; Fairburn, Kirk, O'Connor, Anastasiades y Cooper, 1987; Garner et al., 1990; Fairburn et al., 1993; van-der-Ham, van-Strien y van-Engelan, 1998). En concreto, se ha encontrado una estrecha relación entre la restricción alimentaria y bajos niveles de autoestima. Ello indica que las personas en las que se observa una mayor restricción alimentaria, son aquellas que manifiestan un pobre auto-concepto (Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984; Polivy, Heatherton y Herman, 1988; Viñuales, Fernández, Jiménez, Turón y Vallejo, 2001). De esta manera, existirán dificultades en el establecimiento de un patrón alimentario adecuado, impidiendo así el avance en el tratamiento.

4.6.1.2.4 Impulsividad y abuso de sustancias

A pesar de la diversidad de comportamientos impulsivos propios de estos pacientes, las investigaciones evalúan la influencia del carácter impulsivo de manera general, sin distinguir conductas concretas entre sí. Únicamente, algunos estudios han hecho referencia específica al abuso de sustancias previo al trastorno o durante el mismo. La diversidad en los resultados vuelve a ser evidente en esta variable. Por un lado, se ha asociado claramente la impulsividad del paciente con un mal pronóstico tras la ayuda terapéutica (Lacey, 1983; Sohlberg, Norring, Holmgren y Rosemark, 1989). En este sentido, el abuso de sustancias previo y durante el tratamiento se relaciona con un mayor fracaso del mismo (Keel, Mitchell, Millar, Davis y Crow, 1999; Mitchell, Hoberman, Peterson, Mussell y Pyle, 1996; Reas, Williamson, Martin y Zucker, 2000). Sin embargo, no parece evidente para otros autores la influencia de robos, juego patológico, consumo de sustancias, intentos de suicidio...en el resultado del tratamiento (Collings y King, 1994; Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami y Soll, 1990; Strasser, Pike y Walsh, 1992).

4.6.1.3. Entorno social y familiar

No sólo las características propias del paciente son relevantes en la evolución del trastorno; el entorno social que le rodea también puede influir en los resultados tras el tratamiento. En concreto, ciertas características de sus familiares afectan negativamente en su recuperación. La obesidad parental premórbida y una historia familiar de alcoholismo o depresión aparecen como variables predictoras de un resultado pobre (Billings y Moos, 1985; Finney, Moos y Mewborn, 1980; Hsu y Holder, 1986).

Fuera del entorno familiar, aquellos pacientes con problemas de adaptación social, obtienen peores resultados durante el tratamiento (Rastam, Gillberg y Gillberg, 1996; Sunday et al., 1996). En el mismo sentido, la presencia de buenas amistades parece funcionar como una variable predictora de un buen resultado en BN (Keller et al., 1992).

4.6.2 Factores predictores del abandono del tratamiento

No sólo es interesante conocer qué variables predicen un mejor o peor resultado en la evolución del tratamiento. También es importante conocer las características que pueden tener aquellos pacientes que abandonan el tratamiento antes de finalizarlo. En este sentido se ha encontrado que los pacientes con BN que no completan la terapia suelen haber sufrido grandes fluctuaciones en el peso a lo largo de su vida y suelen presentar mayor sintomatología depresiva en el pretratamiento (Coker et al., 1993; Mitchell, 1991) al igual que una baja auto-estima (Coker et al., 1993). También afectan las conductas de impulsividad propias del paciente, como historias previas de auto-lesiones o consumo de sustancias (Coker et al., 1993; Kirkley, Schneider, Agras y Bachman, 1985), las dificultades interpersonales derivadas de los trastornos de personalidad (Blouin, Schnarre, Carter, Blouin, Tener, Zuro y Barlow, 1995; Fairburn et al., 1993; Olmsted et al., 1991; Waller, 1997) y el deseo de alcanzar un bajo peso (Coker et al., 1993). Existe controversia respecto a la influencia en el abandono de la severidad de los síntomas bulímicos (duración y frecuencia de las conductas purgativas). Autores como Lee y Rush (1986) y Waller (1997) asocian esta variable con una mayor probabilidad de abandono; sin embargo, Blouin et al (1995), Coker et al (1993), Griffiths (1990) y McKisack y Waller (1997), observan que dicha variable no afecta a la continuidad en el tratamiento.

Otras variables que tampoco parecen afectar al tratamiento son la edad, el estado civil y la situación laboral del paciente (Steel et al., 2000).

4.6.3 Factores predictores de recaída tras el tratamiento

Si es importante que el paciente no abandone el tratamiento y que su sintomatología mejore al finalizar el mismo, también lo es el mantenimiento de esos resultados en el tiempo. Aunque la investigación haya sido más escasa en este terreno, también existen estudios que evalúan las variables que incrementan la probabilidad de recaída a medio y largo plazo. Existe acuerdo unánime al considerar que la presencia de síntomas residuales al finalizar el tratamiento aumenta el riesgo de recaída en el seguimiento (Peterson y Mitchell, 1999; Wilson y Fairburn, 1998). Más concretamente, Mitchell et al (1996) encuentran que aquellos pacientes con BN que no hayan alcanzado la abstinencia de las conductas purgativas en el postratamiento con terapia cognitivo-conductual, muy probablemente tampoco lo consigan durante el seguimiento. En la misma línea de argumentación, Fairburn et al (1993) y Freeman, Beach, Davis y Solyom (1985), postulan que aquellos pacientes que al finalizar el tratamiento sigan considerando centrales para su vida las variables peso y figura, serán más proclives a un empeoramiento de los síntomas tras el transcurso de un año. Igualmente, tener pocos contactos sociales, malas relaciones familiares, mayor insatisfacción con la vida y un mal funcionamiento global, influyen en una evolución negativa de la sintomatología propia de estos pacientes a largo plazo (Keller et al., 1992). De ahí se deduce que para asegurar un mantenimiento de los logros obtenidos, sea necesario controlar los resultados de esas variables tras la intervención terapéutica.

4.6.4. Valoración general

A la luz de los resultados hasta ahora expuestos se puede concluir que tanto ciertas variables propias del paciente, como algunas de las características propias del trastorno influyen en la evolución del mismo. Igualmente, su entorno repercute en su recuperación. Así, una baja auto-estima, la presencia de alteraciones de la imagen corporal (como distorsión en la percepción de su cuerpo, actitudes negativas hacia el peso e insatisfacción corporal), una larga duración del trastorno, la existencia de obesidad premórbida, una mayor frecuencia en el consumo de laxantes y diuréticos, ciertas características familiares (obesidad parental e historia familiar de alcoholismo o depresión) y una mala adaptación social, aumentan la probabilidad de que los resultados tras la aplicación de un tratamiento sean poco exitosos.

Igualmente la sintomatología ansiosa, la presencia de trastornos de la personalidad, un baja auto-estima y el deseo de perder peso, pueden conducir al paciente a abandonar el tratamiento antes de su finalización.

Y la presencia de síntomas en la evaluación postratamiento, tanto a nivel conductual (frecuencia de conductas purgativas) como a nivel emocional (importancia extrema de la figura en su concepto como persona) conducen al paciente a un empeoramiento de los resultados con el paso del tiempo. Las malas relaciones familiares y sociales también afectan en esa dirección.

El resto de factores evaluados muestran resultados muy dispares en las distintas investigaciones. En muchos casos, las variables predictoras encontradas estadísticamente significativas en alguno de los estudios, pierden la relevancia estadística en otros. Son varios los motivos que pueden llevar a esta discrepancia en los hallazgos. Por un lado, el tipo de tratamiento aplicado y la manera de llevarlo a cabo (individual vs. grupal,

ambulatorio vs. interno...) varían considerablemente de unas investigaciones a otras. Ocurre lo mismo con la muestra de pacientes bulímicos tratada (diversidad en la edad, frecuencia sintomática, tratamientos previos recibidos...). Por otra parte, el tamaño muestral no ha sido suficiente en muchos casos para considerar fiables los resultados obtenidos. Además, la definición de tratamiento exitoso varía entre los distintos estudios; algunos consideran necesaria la abstinencia del vómito y el atracón, mientras que otros valoran suficiente la reducción en su frecuencia. Por último, las variables pretratamiento evaluadas y los métodos de evaluación utilizados no coinciden en todas las investigaciones.

Por lo tanto, parece necesario continuar investigando la influencia de estas variables en el trastorno, con estudios controlados que solventen las dificultades halladas.

5. ANALISIS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

Para poder conocer los resultados que arrojan los distintos tratamientos aplicados a los pacientes con BN, se hará una revisión de aquellos estudios que hayan valorado su eficacia. Conociendo las dificultades y limitaciones inherentes a los mismos, se llevará a cabo un análisis de aquellas investigaciones seleccionadas, para obtener así conclusiones propias.

5.1 ESTUDIOS QUE EVALÚAN LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PARA BULIMIA NERVIOSA: META-ANÁLISIS

Son varios los estudios encontrados en revistas europeas que examinan la eficacia de los tratamientos aplicados a la BN, especialmente del TCC (Agras, 1997; Anderson y Maloney, 2001; Craighead y Agras, 1991; Fairburn, 1985; Fairburn, Agras y Wilson, 1992; Fairburn y Hay, 1992; Fernández-Aranda y Turón, 1998; Jonhson et al., 1996; Lundgren, Danoff-Burg y Anderson, 2003; Mitchell, Raymond y Specker, 1993; Mitchell, Hoberman et al., 1996; Peterson y Mitchell, 1999; Saldaña, 2001; Smith et al., 1994; Wilfley y Cohen, 1997; Wilson y Fairburn, 1993, 1998; Wilson et al., 1997). Sin embargo, son muy pocos los estudios de meta-análisis encontrados (Fettes y Peters, 1992; Ghaderi y Andersson, 1999; Hartmann, Herzog y Drinkmann, 1992; Laessle, Zoetl y Pirke, 1987; Lewandowski, Gebing, Anthony y O'Brien, 1997; Narash-Eisikovits, Dierberger y Westen, 2002; Whittal, Agras y Gould, 1999).

En el meta-análisis llevado a cabo por Laessle et al. (1987) únicamente se realizaron comparaciones entre tratamientos psicoterapéuticos y tratamientos farmacológicos, lo que limita enormemente las conclusiones de dicho estudio. Además, empleó estudios que

incluían muestras no aleatorizadas. Por lo tanto, no será objeto de nuestra reflexión. Tampoco se analizará el estudio llevado a cabo por Fettes y Peters (1992), ya que valora únicamente la eficacia de tratamientos grupales para la BN. Por su parte, la investigación llevada a cabo por Ghaderi y Andersson (1999) tiene en cuenta aquellos estudios publicados entre 1986 y 1998, una franja temporal demasiado limitada, por lo que tampoco será objeto de análisis. Igualmente se descarta la investigación de Narash-Eisikovits et al (2002) al evaluar únicamente los tratamientos farmacológicos para BN. Contrariamente, la investigación de Hartmann et al (1992) no incluye en su valoración este tipo de intervenciones, centrandó su interés en los tratamientos psicoterapéuticos. El resto de meta-análisis (Lewandoski et al., 1997; Whittal et al., 1999), incluyen 26 estudios cada uno que intentan valorar la eficacia de las intervenciones (principalmente del TCC) en pacientes con BN, tanto a nivel conductual como cognitivo.

El estudio de Lewandoski et al. (1997) analiza únicamente aquellas investigaciones en las que se emplea el TCC como tratamiento principal para la BN. De los 26 estudios seleccionados, 9 de ellos combinan la aplicación de ese tratamiento junto con alguna otra intervención (psicológica o farmacológica); los 17 restantes aplican el TCC de manera aislada.

El meta-análisis de Whittal et al (1999) incluye 9 estudios en los que se utilizan psicofármacos para el tratamiento de la BN, 13 investigaciones en las que se aplican algún tratamiento “psicosocial” (como el TCC, el TC o la técnica de exposición y prevención de respuesta al vómito) y 4 estudios dónde se combinan las intervenciones farmacológicas y psicológicas.

En ambos meta-análisis, se valora que la mejoría del paciente bulímico no dependa exclusivamente de la reducción en la frecuencia de sus vómitos o atracones, sino también del cambio cognitivo y emocional que sufra. Por lo tanto, las variables dependientes de

estos estudios incluyen tanto la frecuencia de purgas y atracones como las preocupaciones por la dieta, peso y figura, además de la sintomatología depresiva. Sin embargo, en la mayoría de los estudios citados suelen utilizar las variables conductuales como únicas referencias para corroborar la eficacia de sus intervenciones.

Los criterios de inclusión que emplearon los meta-análisis en los estudios seleccionados fueron:

- Aleatorización de los sujetos a las condiciones de tratamiento (Whittal et al., 1999)
- Disponibilidad de datos suficientes para poder calcular el tamaño del efecto de los tratamientos (Lewandowski et al., 1997; Whittal et al., 1999)
- Empleo del TCC, con técnicas que modificasen los hábitos alimentarios y los pensamientos distorsionados (Lewandowski et al., 1997) o aplicación del TCC, TC o exposición y prevención de respuesta (Whittal et al., 1999)
- Estudios de doble ciego en los tratamientos psicofarmacológicos (Whittal et al., 1999)
- Criterios diagnósticos DSM (Whittal et al., 1999)
- Disponibilidad de medidas de evaluación intra-grupo e inter-grupo (Lewandowski et al., 1997)
- Empleo de medidas estandarizadas o auto-registros para la evaluación de las variables conductuales (Lewandowski et al., 1997)

Por otro lado, los principales criterios de exclusión fueron:

- Investigaciones no empíricas, como estudios de caso o revisiones teóricas (Lewandowski et al., 1997)
- Empleo de una dosis inadecuada de medicación (Whittal et al., 1999)

- Porcentaje significativo de abandonos como consecuencia de problemas médicos (Whittal et al., 1999)

Los pacientes de estos estudios suelen ser mujeres de mediana edad (con rangos comprendidos entre los 15 y los 65 años). El número medio de participantes en las investigaciones en las que se aplica algún tratamiento psicológico oscila entre 27 y 32, con un rango que abarca desde los 6 hasta los 69 pacientes (Leitenberg et al., 1997; Whittal et al., 1999). Esta cifra es bastante superior si se tienen en cuenta los estudios que incluyen tratamientos psicofarmacológicos, con una media de 96 sujetos (rango desde 20 hasta 390) (Whittal et al., 1999). Esto es comprensible, teniendo en cuenta que el contacto terapéutico necesario en una intervención farmacológica es mínimo, lo que puede hacer más sencilla la participación en la investigación en un primer momento. El porcentaje de abandonos en los tratamientos farmacológicos es del 25,43%, y del 18,6% en las intervenciones psicológicas. De esta manera, se confirma que los pacientes tratados con medicamentos tienen mayor dificultad para continuar con el tratamiento hasta su finalización, comparados con aquellos que participan en intervenciones de carácter psicológico. No obstante, la diferencia entre ambos porcentajes no es significativa (Whittal et al., 1999).

La duración media de los tratamientos psicológicos ha sido de 15 semanas (con un rango de 6 a 24 semanas) frente a las 11 semanas de promedio de las intervenciones farmacológicas (rango de 6 a 28 semanas).

Muchos de los estudios evaluados no realizan medidas de seguimiento, por lo que ha sido imposible estimar el tamaño del efecto en esta fase (en el meta-análisis de Whittal et al., 1999) o la estimación que se ha hecho tiene numerosas limitaciones por ese motivo (Lewandowski et al., 1997).

Los tratamientos consiguen en general mejorías en la sintomatología bulímica, tanto a nivel conductual como cognitivo. Igualmente, influyen en el aspecto emocional derivado del propio trastorno. Estos datos son apoyados por el tamaño del efecto encontrado en los meta-análisis evaluados. Sin embargo, los valores difieren entre sí a la hora de comparar ciertos resultados. El tamaño del efecto encontrado en el estudio de Whittal et al. (1999) en los tratamientos psicológicos para la variable frecuencia de atracones es de 1,28 y para la frecuencia en las purgas es de 1,22. En cuanto al tamaño del efecto de las preocupaciones por la comida, peso y figura, esta cifra alcanza el valor de 1,35. Estos valores se ven reducidos a 0,69 para las variables conductuales (promedio del tamaño del efecto de purgas y atracones) y a 0,67 para las variables cognitivas en el estudio de Lewandowski et al (1997).

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, las cifras del tamaño del efecto encontradas son de 0,66 para la frecuencia de atracones, 0,39 para las purgas, 0,71 para la preocupación por la comida, peso y figura, y 0,73 para la variable depresión. A la hora de comparar estos resultados con los obtenidos por las intervenciones de carácter psicológico, se puede concluir que éstas últimas obtienen resultados significativamente mejores que la ingesta de medicamentos en todas las variables evaluadas (Whittal et al., 1999).

También se evaluaron tratamientos combinados, consistentes en la aplicación de alguna intervención psicológica junto con la ingesta de psicofármacos (tamaño del efecto de 1,77 en atracones, 1,33 en purgas, 1,27 en preocupación por comida, peso y figura, y 0,88 en depresión). Los resultados que arrojaron indican claramente que este tipo de tratamientos era superior a la aplicación única de fármacos (diferencias estadísticamente significativas en la reducción de atracones y purgas); sin embargo, no parece que se pueda obtener una conclusión firme al compararlo con las intervenciones psicológicas, ya

que la combinación se muestra significativamente superior en la reducción de la frecuencia de atracones, pero no se encuentran diferencias en la reducción de la frecuencia de purgas (Whittal et al., 1999).

Aunque se ha podido observar en muchos estudios que los pacientes suelen estar más satisfechos con las terapias psicológicas frente a las farmacológicas, no existen datos directos en los meta-análisis evaluados. Sin embargo, sí se puede obtener la misma conclusión a través del porcentaje de abandonos mostrado.

A pesar del análisis riguroso llevado a cabo por los meta-análisis comentados y de las conclusiones obtenidas al respecto, se observan algunas dificultades que pueden limitar los resultados hallados. Por un lado, hay que tener en cuenta que cuando se compara la eficacia obtenida por los tratamientos psicológicos de ambos estudios, no se están comparando el mismo tipo de intervenciones, ya que, el estudio de Whittal et al (1999) incluye bajo la denominación de “tratamiento psicosocial” diversos métodos terapéuticos, como la técnica de exposición y prevención de respuesta al vómito, el TCC y el TC, sin poder concluir con certeza cuál es el tratamiento de elección. Igualmente, hay que ser cautos con la interpretación de los resultados obtenidos al comparar la eficacia del tratamiento farmacológico frente a la terapia psicológica, ya que en el meta-análisis de Whittal et al. (1999) se están comparando entre sí estudios que emplean de manera aislada cada una de esas tendencias terapéuticas. Eso implica la presencia de numerosas diferencias que no se tienen en cuenta a la hora de valorar los resultados, como la diversidad de las muestras seleccionadas, la variedad en los métodos de evaluación empleados, los diversos análisis estadísticos aplicados... En cuanto al meta-análisis de Lewandowski et al. (1997), a pesar de incluir algunos estudios en los que se emplea conjuntamente la medicación y el TCC, no se ofrece ningún dato al respecto. Por último, valorando los resultados obtenidos por el estudio de Whittal et al. (1999) en cuanto a la

combinación del TCC y los psicofármacos, hay que tener en cuenta que se emplearon únicamente 4 investigaciones para dicha comparación, siendo quizás un número bastante reducido para obtener conclusiones definitivas.

Con respecto al resto de estudios mencionados que evalúan la eficacia de los tratamientos para BN, puede concluirse de manera general que el TCC muestra mejores resultados que el resto de tratamientos con los que ha sido comparado, que la terapia interpersonal (TIP) y la terapia farmacológica son tratamientos probablemente eficaces y que el TC y el resto de terapias psicológicas están aún en fase experimental.

Sin embargo, dichas conclusiones pueden verse afectadas por las limitaciones propias de los estudios evaluados, lo que pondría en duda los resultados obtenidos. Entre los problemas metodológicos hallados se encuentran los siguientes:

- a. Tamaño muestral pequeño, lo que puede llevar a obtener falsas conclusiones estadísticas
- b. Criterios de inclusión / exclusión demasiados rigurosos en muchos casos, lo que puede suponer una representación algo alejada de las características habituales en los pacientes con BN
- c. Muestras obtenidas de poblaciones muy concretas (e.g. universitarias), dificultando así la generalización de los resultados
- d. Empleo de medidas de evaluación insuficientes y no del todo adecuadas (no estandarizadas)
- e. Comparación de resultados obtenidos a través de distintas pruebas de evaluación
- f. Evaluación normalmente limitada a los aspectos conductuales de la BN (empleo de vómitos y atracones)

- g. Falta de explicación detallada de las técnicas empleadas en cada intervención. Esto puede causar que se agrupen bajo el epígrafe de un mismo tratamiento una gran variedad de procedimientos distintos
- h. Ausencia de control a la hora de comprobar si el terapeuta se ciñe fielmente al manual de tratamiento empleado
- i. Características inadecuadas de ciertos tratamientos, como una duración demasiado corta del mismo
- j. Tiempos de seguimiento que no suele superar los 12 meses
- k. Falta de control de la implicación en otros tratamientos por parte del paciente en el periodo de seguimiento
- l. Evaluación de la eficacia de los tratamientos a través de resultados estadísticos, sin tener en cuenta la existencia de cambios clínicos significativos
- m. Ausencia de control de las diferencias pretratamiento en la frecuencia de la sintomatología bulímica de los pacientes, lo que puede llevar a una mala interpretación de los resultados
- n. Exclusión del análisis de los resultados de aquellos pacientes que abandonan el tratamiento, sesgando así los hallazgos a favor del mismo

Por todo ello, se considera necesario llevar a cabo un análisis que solvete las dificultades encontradas, pudiendo así obtener conclusiones que ayuden en la elección del tratamiento más idóneo para la BN.

5.2 REVISIÓN DE LA COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS PARA BN

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se llevó a cabo una revisión de la literatura que aborda desde 1980 hasta 2006, ya que es en los años 80 cuando se comienza a tratar de manera sistemática la BN.

Se realizó la búsqueda de estudios que comparasen la eficacia del TCC o alguno de sus componentes con otros tratamientos aplicados a la BN en las bases de datos *Medline*, *Psicodoc*, *Psyinfo* y *Psyke*. Las palabras clave empleadas fueron “tratamiento”, “terapia”, “intervención”, “resultados” y “eficacia”, combinadas con las palabras TCA y BN. De los resultados obtenidos, se seleccionaron aquellos estudios que comparaban la eficacia de distintas intervenciones aplicadas a pacientes con BN a través, al menos, de medidas pretratamiento-postratamiento y que habían sido publicados en inglés o español.

Además se examinó la bibliografía de los artículos a los que se tuvo acceso directo a texto completo, para poder así localizar nuevos estudios que interesasen para su revisión.

Las investigaciones incluidas en esta revisión cumplen los siguientes criterios:

- Empleo del sistema clasificatorio DSM o de los criterios de Russell para el diagnóstico de BN
- Evaluación multimodal y multidimensional
- Uso de medidas estandarizadas o en su defecto, empleo de auto-registros
- Empleo la menos de medidas pretratamiento y postratamiento
- Información sobre los contenidos que se incluyen en cada tratamiento
- Aplicación individual y ambulatoria de los tratamientos
- Aleatorización de los pacientes a los tratamientos aplicados

No se requiere la presencia de un grupo control, ya que está demostrado que cualquier tratamiento para la BN es mejor que el no tratamiento (Connors, Johnson y Stuckey, 1984; Fairburn et al., 1992; Lacey, 1983; Lee y Rush, 1986; Ordman y Kirschbaum, 1985; Thackwray et al., 1993).

De este modo se seleccionaron 18 estudios, cuyas principales características aparecen resumidas en la Tabla 5.1. En esta tabla, en la que los estudios aparecen ordenados alfabéticamente en función de sus autores, se incluyen los siguientes apartados:

- a. *Identificación de la investigación*: autores que firman el artículo y año de publicación
- b. *Participantes*: número total de pacientes con BN que intervienen en la investigación y el modo en el que se distribuyen en los grupos de tratamiento. Igualmente se ofrecen las cifras de pacientes que abandonan la intervención antes de su finalización siempre y cuando este dato esté disponible. También se facilita el sistema clasificatorio empleado para realizar el diagnóstico de BN
- c. *Tratamientos*: intervenciones que se comparan en el estudio. Se detallarán los contenidos más relevantes de dichos programas o se especificará si emplean algún manual de tratamiento
- d. *Formato y diseño*: duración de la intervención, número de sesiones de los programas de intervención, duración de cada una de las sesiones y momentos de medida (siempre que se disponga de dicha información). Cuando el tratamiento que se emplea es el farmacológico se especificará la dosis inicial que toma el paciente y se indicará la cantidad máxima que se puede prescribir. En estos casos, las sesiones

con el terapeuta se suelen limitar a un contacto puntual para controlar la evolución en la ingesta del fármaco. En cuanto a los momentos de medida, el cómputo de la fase de seguimiento se refiere al tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta ese momento (pretratamiento-seguimiento). Si se indica más de una cifra es porque han existido distintos momentos de seguimiento.

- e. *Variables (evaluación)*: variables incluídas en el estudio (tanto aquellas propias del trastorno como la sintomatología asociada al mismo) y los instrumentos de medida empleados para su evaluación. Al pie de la tabla se indica la referencia de los cuestionarios y entrevistas empleados.
- f. *Resultados*: cambio producido en las variables principales por los distintos tratamientos, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. En ocasiones se presentarán los porcentajes de disminución en la frecuencia de las variables o de la abstinencia de las mismas

Tabla 5.1. Revisión de tratamientos aplicados a pacientes con BN

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Agras et al (1989)	<p>BN según DSM III-R</p> <p>N= 77 18 GC 16 AR 17 TCC 16 EXP</p> <p>Abandonos: 1 GC 3 AR 5 TCC 1 EXP</p>	<p>GC: grupo control, lista de espera</p> <p>AR: cumplimentación de auto-registros. Psicoterapia no directiva</p> <p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn)</p> <p>EXP: TCC+ exposición y prevención de respuesta a partir de la 7ª sesión</p>	<p>Duración: 16 semanas Nª sesiones: 14 Duración sesión: 60'</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto - Seg 6 meses</p>	<p>- Frecuencia atracones, vómitos y laxantes (<i>auto-registros comida</i>)</p> <p>- Comportamientos y actitudes alimentarias (<i>EAT y EDI</i>)</p> <p>- Depresión (<i>BDI</i> y <i>HRSD</i>)</p> <p>- Madurez interpersonal (<i>STPI</i>)</p>	<p>Postto:</p> <p>- <u>Purgas</u>: los 3 ttos mostraron mejorías significativas en la ↓ de las purgas, siendo el TCC significativamente mejor que el GC</p> <p>- <u>Preocupación por la comida</u>: TCC mejor que los otros 2 ttos</p> <p>- <u>Sintomatología asociada</u>: TCC mejor que los otros 2 ttos en depresión y madurez interpersonal</p> <p>Seg: los 3 ttos mantienen las mejorías conseguidas en postto en purgas y depresión</p> <p>Concluyen que la exposición y prevención de respuesta no añade ninguna mejoría al TCC</p>
Agras et al (1992)	<p>BN según DSM III-R</p> <p>N= 71 12 M-12 12 M-24 12 M-12+TCC 12 M-24+TCC 23 TCC</p> <p>Abandonos: 8 M-12 y M-24 1 TCC</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Agras)</p> <p>M-12: desipramina (25/350mg) durante 12 semanas</p> <p>M-24: desipramina (25/350mg) durante 24 semanas</p> <p>M-12 + TCC: desipramina 12 semanas junto con TCC</p> <p>M-24 + TCC: desipramina 24 semanas junto con TCC</p>	<p>Duración TCC: 16 semanas Nª sesiones: 15 sesiones Duración sesión: 50' Duración M: 12/24 semanas</p> <p>Momentos medida M: - Pretto - Cada 2 semanas - Seg 32 semanas</p> <p>Momentos medida TCC: - Pretto - Postto - Seg 20-24-28/32 semanas</p>	<p>- Comportamientos y actitudes alimentarias (<i>EAT y EDI</i>)</p> <p>- Restricción, desinhibición y hambre (<i>SRQ</i>)</p> <p>- Frecuencia vómitos y atracones (<i>auto-registros comida</i>)</p> <p>- Depresión (<i>BDI</i>)</p> <p>- Auto-estima (<i>RSE</i>)</p>	<p>Postto (16 semanas):</p> <p>- <u>Atracones</u>: ↓ 81,7% TCC, 38,8% M y 82,6% M+TCC</p> <p>- <u>Vómitos</u>: ↓ 82,6% TCC, 42,7% M y 80,9% M+TCC</p> <p>- <u>Preocupación comida</u>: M+TCC superior a M</p> <p>Seg (24 semanas):</p> <p>- <u>Atracones y vómitos</u>: M+TCC superior a M</p> <p>- <u>Preocupación comida</u>: M+TCC superior a TCC</p> <p>Concluyen que el mejor tto es el M-24+TCC</p>

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (<i>evaluación</i>)	Resultados
Cooper y Steere (1995)	<p>BN según DSM III-R</p> <p>N= 31 15 TCC 16 EXP</p> <p>Abandonos: 1 TCC 1 EXP</p> <p>Rechazos: 1 TCC 1 EXP</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn, sin instrucciones de exposición)</p> <p>EXP: 11 sesiones TCC + 8 sesiones exposición y prevención de respuesta al atracón y vómito</p>	<p>Duración: 18 semanas Nª sesiones: 19 Duración sesión: 50'</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Mitad tto - Postto - Seg 12 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE</i> y <i>EAT</i>) - Insatisfacción imagen corporal (<i>BSQ</i>) - Restricción (<i>SRQ</i>) - Estado mental (<i>PSE</i>) - Depresión (<i>MADRS</i> y <i>BDI</i>) - Ansiedad (<i>STAI</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Expectativas del tratamiento (<i>escala visual</i>) 	<p>Postto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Atracones</u>: ↓ 78,7% EXP y 78% TCC abstinencia de 50% EXP y 46% TCC - <u>Vómitos</u>: ↓ 91,1% EXP y 82,8% TCC abstinencia de 43% EXP y 54% TCC - <u>Sintomatología asociada</u>: sin diferencias significativas entre ttos en BDI, PSE, MADRS, STAI, y RSE, con mejorías en todas ellas <p>Seg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Atracones</u>: de los 7 pacientes abstinentes en EXP en postto, recayeron 5. No recayó ninguno en TCC - <u>Vómitos</u>: de los 6 pacientes abstinentes en EXP en postto, recayeron 5. En TCC, sólo recayó 1 de los 7 abstinentes - <u>Sintomatología asociada</u>: existen diferencias significativas entre ttos: los pacientes con EXP empeoran y los de TCC mejoran <p>Concluyen que son importantes las cogniciones en el mantenimiento de la BN</p>
Fairburn, Kirk, O'Connor y Cooper (1986)	<p>BN según criterios Russell</p> <p>N= 24 12 TCC 12 TF</p> <p>Sin abandonos ni en el postto ni en el seg</p> <p>Rechazos: 1TCC 1TF</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn)</p> <p>TF: Psicoterapia focal breve. Educación respecto a la BN. Sin técnicas específicas para el trastorno</p>	<p>Duración: 18 semanas Nª sesiones: 19 Duración sesión: ¿?</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto - Seg 4-8-12 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia atracones y conductas purgativas (<i>Entrevista semi-estructurada, previa a la EDE</i>) - Comportamientos y actitudes alimentarias (<i>EAT</i>) - Estado mental (<i>PSE</i>) - Depresión (<i>MADRS</i>) - Ajuste social (<i>SAS</i>) - Aceptación del tto (<i>escala ad hoc</i>) - Estado clínico global (<i>escala ad hoc</i>) 	<p>Postto y seg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Atracones y vómitos</u>: ↓ significativa en ambos ttos, mantenida en seg. Sólo una diferencia entre ttos (a los 8 meses, el TCC ↓ más los vómitos que TF) - <u>EAT</u>: mejoría significativa en ambos ttos, sin diferencia entre ellos en postto. En seg, el TCC mejora más que el TF - <u>Peso</u>: sin diferencias entre los ttos - <u>Sintomatología asociada</u>: mejoría en ambos ttos en postto. En seg, mejor el TCC que el TF - <u>Aceptación del paciente del tto</u>: mejor TCC que TF

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Fairburn, Peveler, Solomon, O'Connor y Hope (1991)	BN según DSM III-R N= 75 25 TCC 25 TIP 25 TC Abandonos: 4 TCC 3 TIP 6 TC Rechazos: 1TC 1TIP	TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn) TIP: terapia interpersonal (manual de Klerman) TC: terapia conductual (parte conductual del TCC)	Duración: 18 semanas Nª sesiones: 19 Duración sesión: 40-50' Momentos medida: - Pretto - Postto	- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE</i> y <i>EAT</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Psicopatología general (<i>SCL-90</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Ajuste social (<i>SAS</i>) - Expectativas y satisfacción (<i>escala visual</i>)	Postto: - <u>Atracones</u> : abstinencia de 71% TCC, 62% TC y 62% TIP. Sin diferencia significativa entre los ttos - <u>Vómitos</u> : TCC resultados similares a TC, pero ambos mejores que TIP - <u>Preocupación peso/ figura</u> : TCC mejor que TC y que TIP - <u>Peso</u> : sin diferencias entre los ttos - <u>Sintomatología asociada</u> : sin diferencias significativas entre ttos en SCL-90, BDI ni SAS. TCC mejor en RSE
Jones, Peveler, Hope y Fairburn (1993) *	N= 38 12 TCC 13 TC 13 TIP			- Frecuencia atracones, vómitos y laxantes (<i>auto-registro comida</i>) - Comportamientos y actitudes alimentarias (<i>EAT</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>)	Estos resultados se mantienen cuando se analiza una submuestra de 38 pacientes del grupo total
Fairburn et al (1993) **	BN según DSM III-R N= 75 25 TCC 25 TIP 25 TC Abandonos (seg): 1 TIP 2 TC Rechazos: 1TCC 3TIP 3TC	TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn) TIP: terapia interpersonal (manual de Klerman) TC: terapia conductual (parte conductual del TCC)	Duración: 18 semanas Nª sesiones: 19 Duración sesión: 40-50' Momentos medida: - Pretto - Seg 4-8-12 meses	- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE</i> y <i>EAT</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Psicopatología general (<i>SCL-90</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Ajuste social (<i>SAS</i>)	Seg (12 meses): - <u>TCC Vs TC</u> : más probabilidad de abstinencia de vómitos y atracones en TCC que en TC - <u>TCC Vs TIP</u> : ambos ttos mantienen la mejoría en la frecuencia de atracones y vómitos, en la disminución de la dieta, en la preocupación por el peso y figura y en la sintomatología asociada, sin diferencias significativas entre ellos

* Este estudio evalúa los resultados de una submuestra del estudio de Fairburn et al., 1991

** Este estudio facilita resultados de seguimiento de la investigación de Fairburn et al, 1991

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Fairburn et al (1995) *	<p>BN según DSM III-R y criterios de Russell</p> <p>N= 89 (sin especificar cada tto): 20 del estudio de Fairburn et al., 1986 69 del estudio Fairburn et al., 1991</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn)</p> <p>TIP: terapia interpersonal (manual de Klerman) / terapia breve focal</p> <p>TC: tratamiento conductual (parte conductual del TCC)</p>	<p>Duración: 18 semanas Nº sesiones: 19 Duración sesión: 40-50'</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Seg desde 3 a 11 años, con una media de 4-6 años</p>	<p>- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE</i>) - Ejes I y II del DSM IV (<i>SCID</i>) - Psicopatología general [<i>BSI (a)</i>] - Ajuste social (<i>APFA</i> y <i>SAS</i>) - Estado mental (<i>PSE</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>)</p>	<p>Seg:</p> <p>- Los 3 ttos han mejorado la sintomatología bulímica (<i>EDE</i>) y cierta sintomatología asociada (<i>SAS</i> y <i>BSI</i>) al compararlos con las puntuaciones pretto. Pero el TCC muestra una sintomatología menor que los otros 2 ttos, siendo el TC el que presenta un efecto más corto.</p> <p>- <u>Vómitos</u>: ↓ 75% en general - <u>Atracones</u>: ↓ 82% en general - <u>Laxantes</u>: ↓ 68% en general - <u>Abstinencia de vómitos, atracones y laxantes</u>: 50% TCC, 52% TIP y 18% TC</p>
Freeman et al (1988)	<p>BN según DSM III</p> <p>N= 112 32 TCC 30 TC 30 TG 20 GC</p> <p>Abandonos: 11 TCC 5 TC 11 TG 4 GC</p>	<p>TC: tratamiento conductual (patrón alimentario + técnicas conductuales)</p> <p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (centrado principalmente en las disfunciones cognitivas)</p> <p>TG: terapia grupal (apoyo grupal y educativo)</p> <p>GC: grupo control</p>	<p>Duración: 15 semanas Nº sesiones: 15 Duración sesión: ¿?</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Mitad tto - Postto - Seg 3-6-9-12 meses</p>	<p>- Frecuencia vómitos y atracones (<i>auto-registros comida</i>) - Comportamiento bulímico (<i>BITE</i>) - Comportamiento y actitudes alimentarias (<i>EAT</i> y <i>EDI</i>) - Depresión, ansiedad e irritabilidad (<i>IDA</i>) - Depresión (<i>MADRS</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>)</p>	<p>- <u>TC Vs TG</u>: existen diferencias signitivas en todas las vv., a favor del TC - <u>TCC Vs TG</u>: sin diferencias signitivas, pero TCC tiene puntuaciones más bajas en <i>BITE</i> a ½ del tto y en <i>IDA</i> en seg y puntuaciones más altas en <i>EAT</i> en seg - <u>TC Vs TCC</u>: TCC puntuaciones más altas en <i>EDI</i> en seg</p> <p>Concluyen que cualquier tto es más eficaz que GC pero que el TC es el mejor tto y que no hay ventaja al añadir elementos cognitivos</p>

* Este estudio facilita resultados de seguimiento de los estudios de Fairburn et al., 1991 y Fairburn et al., 1986

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Garner et al (1993)	<p>BN según DSM III-R y Russell</p> <p>N= 60 30 TCC 30 TIP</p> <p>Abandonos: 5TCC 5TIP</p> <p>Rechazos: ninguno</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn)</p> <p>TIP: terapia interpersonal (manual de Luborsky)</p>	<p>Duración: 18 semanas Nº sesiones: 19 Duración sesión: 45-60'</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Mitad tto - Postto - Seg 3-6-12 meses</p>	<p>-Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE, EDI y EAT</i>)</p> <p>-Frecuencia atracones y vómitos (<i>auto-registros comida</i>)</p> <p>- Psicopatología general (<i>SCL-90-R</i>)</p> <p>-Auto- estima (<i>RSE</i>)</p> <p>-Depresión (<i>BDI y MCMI</i>)</p> <p>-Síndrome borderline [<i>BSI (b) y MCMI</i>]</p> <p>-Ajuste social (<i>SAS</i>)</p> <p>- Satisfacción tto (<i>escala ad hoc</i>)</p>	<p>Postto:</p> <p>- <u>Vómitos y atracones</u>: TCC igual de eficaz que TIP en reducir los atracones, pero TCC mejor que TIP en reducir vómitos (↓ 81,95 TCC frente a ↓ 62,1% TIP)</p> <p>- TCC mejor que TIP en algunas subescalas del EAT, EDE y EDI</p> <p>- <u>Sintomatología asociada</u>: TCC mejor que TIP en BDI, RSE, SCL-90-R y algunas subescalas del MCMI</p> <p>- <u>Satisfacción del tto</u>: los pacientes que tuvieron buenos resultados en TCC estaban más satisfechos que el resto.</p>
Goldbloom et al (1997)	<p>BN según DSM III-R</p> <p>N= 76 23 M 24 TCC 29 M + TCC</p> <p>Abandonos: 9 M 8 TCC 16 M+ TCC</p> <p>Rechazos: 1TCC+ M 1 TCC 1M</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn)</p> <p>M: fluoxetina (60 mg)</p> <p>M+ TCC: se aplican ambos ttos a la vez</p>	<p>Duración TCC: 16 semanas Nº sesiones TCC: 16 Duración M: 12 semanas Nº sesiones M: 10 Duración sesiones: ¿?</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto (al finalizar el tto y al mes)</p>	<p>- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE y EDI</i>)</p> <p>- Ejes I y II del DSM IV (<i>SCID</i>)</p> <p>- Depresión (<i>BDI y HRSD</i>)</p> <p>- Auto-estima (<i>RSE</i>)</p> <p>- Ajuste social (<i>SAS</i>)</p>	<p>Postto (al mes):</p> <p>- <u>Vómitos</u>: ↓ 37,4% M, 79,2% TCC y 82,4% M+ TCC</p> <p>- <u>Atracones</u>: ↓ 70% M, 80% TCC y 87% M+ TCC</p> <p>- <u>Dieta</u>: ↓ en los 3 ttos</p> <p>- <u>Abstinencia vómito/atracón</u>: 43% TCC, 17% M y 25% m+ TCC</p> <p>- <u>Sintomatología asociada</u>: sin cambios en BDI ni HRSD, pero con mejorías en auto-estima en los 3 ttos</p> <p>- <u>Preocupación peso/ figura</u>: mejoría significativa en los 3 ttos</p> <p>- <u>Peso</u>: ↓ en M pero ↑ en TCC y M+ TCC</p> <p>Concluyen que la combinación de ambos ttos no añade ninguna mejoría a cada uno de los ttos por aislado</p>

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Leitenberg et al (1994)	<p>BN según DSM III-R y Russell</p> <p>N= 21 7 TCC 7 M 7 M + TCC</p> <p>Abandonos: 1 TCC 4 M 2 M + TCC</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (similar al tto de Fairburn con exposición y prevención al vómito)</p> <p>M: desipramina (50-150 mg)</p> <p>M + TCC: se aplican ambos ttos a la vez</p>	<p>Duración: 20 semanas Nª sesiones: 22 Duración sesión TCC: 90-120' Duración sesión M: 15'</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto - Seg 6 meses</p>	<p>- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE</i> y <i>EAT</i>) - Frecuencia atracones y vómitos (<i>auto-registros comida</i>) - Insatisfacción imagen corporal (<i>BSQ</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Depresión (<i>IDD</i>) - Psicopatología general [<i>BSI (a)</i>]</p>	<p>- <u>TCC</u>: mostró mejorías significativas en todas las vv. que se mantienen en el seg, excepto el BSI. La tasa de abstinencia postto de vómitos es de 83,3% - <u>M</u>: ninguna mejoría significativa en las vv., excepto en depresión (en postto y seg). Tasa abstinencia vómitos postto: 0% - <u>M + TCC</u>: mejorías significativas postto en todas las vv.; en seg, la auto-estima y la depresión no eran significativas. Tasa abstinencia vómitos postto 80%</p> <p>Concluyen que TCC es más eficaz que M y que la combinación no añade nada al TCC</p>
Mitchell et al (2002)	<p>Pacientes que hayan sido tratados con TCC pero aún tengan BN según DSM III-R</p> <p>N= 62 31 TIP 31 M</p> <p>Abandonos o rechazos: 13 TIP 16 M</p>	<p>TIP: terapia interpersonal (modificado por Fairburn)</p> <p>M: fluoxetina (60 mg/día). Si a la 8ª semana no se había tolerado el fármaco, se prescribía desipramina, 50 mg/día</p>	<p>Duración TIP: 16 semanas Nª sesiones TIP: 20 (de la semana 17ª a la 33ª) Duración sesión: ¿?</p> <p>Duración medicación: hasta la semana 60ª</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto TIP (semana 34ª) - Postto M / Seg TIP: 60 semanas</p>	<p>- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE</i>) - Restricción, desinhibición y hambre (<i>SRQ</i>) - Frecuencia vómitos y laxantes (<i>registro por ordenador</i>) - Pensamientos relacionados conductas bulímicas (<i>BTQ</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Problemas interpersonales (<i>IIP</i>) - Ejes I y II del DSM IV (<i>SCID</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Impulsividad (<i>MPQ</i>) - Ajuste social (<i>WSAS</i>)</p>	<p>Postto: - <u>Abstinencia</u> (no indica qué vv. incluye): sin diferencia entre ttos. 16% TIP y 10% M</p> <p>Seg TIP: empeoramiento de los resultados postto.</p>

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Thackwray et al (1993)	<p>BN según DSM III</p> <p>N= 47 (sin especificar cada tto)</p> <p>Abandonaron 8 pacientes (sin concretar de qué ttos)</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (versión reducida de Fairburn)</p> <p>TC: técnicas conductuales</p> <p>GP: grupo placebo</p>	<p>Duración: 8 semanas</p> <p>Nº sesiones: 8</p> <p>Duración sesión: 60'</p> <p>Momentos medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pretto - Seg 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductuas alimentarias (<i>EDI</i>) - Frecuencia atracones y conductas purgativas (<i>auto-registros comida</i>) - Asertividad (<i>RAS</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Auto-control (<i>RSCS</i>) - Expectativa del paciente (<i>escala ad hoc</i>) - Adaptación al tto (<i>escala ad hoc</i>) 	<p>Postto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Abstinencia atracón / vómito</u>: 92% TCC, 100% TC y 69% GP - <u>Peso ideal</u>: ↓ en los 3 ttos - <u>EDI</u>: mejoría en ciertas subescalas en TCC y TC, pero no en GP - <u>Sintomatología asociada</u>: mejorías sin diferencias significativas entre TCC y TC <p>Seg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Abstinencia atracón / vómito</u>: 69% TCC, 38% TC y 15% GP - <u>Peso ideal</u>: ↓ en los 3 ttos - <u>EDI</u>: mejoría en ciertas subescalas en TCC y TC, pero no en GP - <u>Sintomatología asociada</u>: mejorías sin diferencias significativas entre TCC y TC <p>Concluyen que aunque el TCC y TC sean similares, el TCC tiene mayor abstinencia en seg</p>
Walsh et al (1997)	<p>BN según DSM III-R</p> <p>N= 120</p> <p>23 TCC + M</p> <p>25 TCC + placebo</p> <p>22 TA + M</p> <p>22 TA + placebo</p> <p>28 M</p> <p>Abandonos: un 34 por ciento del total de los pacientes no acaban el tto, sin diferencias significativas entre ttos</p>	<p>M: desipramina (200-300mg). Si falla, se cambia a fluoxetina en las últimas semanas</p> <p>TA+ M: Terapia apoyo (similar a la psicoterapia breve de Fairburn) + desipramina</p> <p>TA+ placebo</p> <p>TCC + M: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn) + desipramina</p> <p>TCC+ placebo</p>	<p>Duración: 16 semanas</p> <p>Nº sesiones ttos psicológicos: 20</p> <p>Nº sesiones M: 16</p> <p>Duración sesión: ¿?</p> <p>Momentos medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pretto - Postto 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE y EAT</i>) - Frecuencia atracones y vómitos (<i>auto-registros comida</i>) - Restricción, desinhibición y hambre (<i>SRQ</i>) - Insatisfacción imagen corporal (<i>BSQ</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Psicopatología general (<i>SCL-90</i>) - Relevancia del tto (<i>escala visual</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Vómitos</u>: ↓ 50% TCC, 29% TA, 59% M y 40 placebo a las pocas semanas de comenzar los ttos - <u>Atracones</u>: ↓ 72% TCC, 31% TA, 63% M y 40% placebo a las pocas semanas de comenzar los ttos. - <u>TCC Vs TA</u>: TCC mejor en ↓ vómitos, atracones, dieta, preocupación peso/ figura, BDI y SCL-90 - <u>TCC+ M Vs M</u>: la combinación mejor en ↓ vómitos - <u>TA+ M Vs M</u>: la combinación mejor en ↓ preocupaciones peso/ figura, pero igual o peor en ↓ vómitos <p>Concluyen que el TCC es significativamente más eficaz que TA y que es el tto que más rápidamente disminuye los vómitos y atracones</p>

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Wilson et al (1986)	<p>BN según DSM III</p> <p>N= 17 9 RC + EXP 8 RC</p> <p>Abandonos: 1 RC+ EXP 2 RC</p>	<p>RC: reestructuración cognitiva. Empleo del método socrático. Incluye patrón alimentario y prevención de recaídas</p> <p>EXP: exposición y prevención de respuesta</p> <p>RC+ EXP: en la sesión 5ª se incluye la exposición</p>	<p>Duración: 16 semanas Nº sesiones: 16 Duración sesión: 90'</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto - Seg 6-12 meses</p>	<p>- Auto-eficacia alimentaria (<i>ESQ</i>) - Hábitos alimentarios (<i>EHC</i>) - Satisfacción corporal (<i>SD</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Asertividad (<i>RAS</i>) - Psicopatología general (<i>SCL-90</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Satisfacción con el tto (<i>escala ad hoc</i>)</p>	<p>- <u>Abstinencia vómito/atracón</u>: en el postto las cifras son del 71% RC+ EXP del 33% RC; en el seg de 12 meses, se mantiene la abstinencia del RC+ EXP en un 85,7%, pero no en RC - <u>Sintomatología asociada</u>: en general, se producen más mejorías en RC+ EXP que en RC = <u>Satisfacción con tto</u>: similiar en ambos ttos, pero mejor con RC Concluyen que la combinación es más eficaz que la RC en la disminución del vómito y atracón y en la mejoría de la sintomatología asociada. Además, el RC+ EXP mantiene los resultados al año de seg</p>
Wilson et al (1991)	<p>BN según DSM III-R</p> <p>N= 22 (sin especificar cada tto)</p> <p>Abandonos: 3 TCC 2 TCC+ EXP</p>	<p>TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn)</p> <p>TCC + EXP: al TCC se le añade exposición y prevención de respuesta al vómito entre las sesiones 10ª a la 13ª</p>	<p>Duración: 20 semanas Nº sesiones: 20 Duración sesión: ¿?</p> <p>Momentos medida: - Pretto - Postto - Seg 3-12meses</p>	<p>- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDEy EDI</i>) - Auto-eficacia alimentaria (<i>ESQ</i>) - Psicopatología general (<i>SCL-90</i>) - Depresión (<i>BDI</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Ajuste social (<i>SAS</i>) - Satisfacción con el tto (<i>escala ad hoc</i>)</p>	<p>Postto: - <u>Atracón</u>: ↓ 94,5% TCC y 91,3% TCC+ EXP - <u>Vómito</u>: ↓ 90,6% TCC y 92,5% TCC+ EXP - <u>Preocupación peso/ figura</u>: mejoría significativa en ambos ttos, sin diferencias entre ellos - <u>Sintomatología asociada</u>: todas las vv. mejoran en ambos ttos. Sólo el TCC parece mejor que el TCC+ EXP en SCL-90 = <u>Satisfacción con el tto</u>: sin diferencias significativas entre ttos, pero algo mejor con TCC</p> <p>Seg: los resultados se mantienen a los 12 meses, sin diferencias significativas entre ttos. Concluyen que añadir exposición ni mejora ni empeora los resultados</p>

Tabla 5.1. (Cont.)

	Participantes	Tratamientos	Formato y diseño	Variables (evaluación)	Resultados
Wilson, Fairburn, Agras, Walsh y Kraemer (2002)	BN según DSM III-R N= 220 110 TCC 110 TIP Abandonos: 66 en postto (no indica de qué ttos abandonan) 25 en seg (tampoco lo especifica)	TCC: tratamiento cognitivo-conductual (manual de Fairburn) TIP: terapia interpersonal (manual de Fairburn)	Duración: 20 semanas Nª sesiones: 19 Duración sesiones: 50' Momentos medida: - Preto - Mitad tto - Postto - Seg 12 meses	- Conductas y actitudes alimentarias y relativas al peso y figura (<i>EDE Q</i> y <i>EDE</i>) - Frecuencia de vómito e insatisfacción corporal (<i>registro por ordenador</i>) - Auto-estima (<i>RSE</i>) - Alianza terapéutica (<i>HRQ</i>) - Problemas interpersonales (<i>IIP</i>) - Expectativas del paciente y aceptación del tto (<i>escala ad hoc</i>) - Auto-eficacia del paciente (<i>escala ad hoc</i>)	Postto: - <u>Vómitos</u> : ↓ 80% TCC y 52% TIP - <u>Atracones</u> : 80% TCC y 44% TIP - <u>Preocupación peso/ figura</u> : sin diferencias entre ttos - <u>Sintomatología asociada</u> : sin diferencias entre ttos en RSE y IIP Seg: - <u>Vómitos</u> : ↓ 61% TCC y 62% TIP - <u>Atracones</u> : 72% TCC y 70% TIP - La TIP fue mejor considerada al ppo por los pacientes, pero la TCC produce mejorías más rápidas

APFA= Adult Personality Functioning Assessment interview (Hill, Harrington, Fudge, Rutter y Pickles, 1989); **BDI**= Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961); **BITE**= Bulimic Investigatory Test (Henderson y Freeman, 1987); **BSI(a)**= Brief Symptom Inventory (Derogatis y Spencer, 1982); **BSI (b)**= Borderline Síndrome Index (Conte, Plutchik, Karasu y Jerrett, 1980); **BSQ**= Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987); **BTQ**= Bulimic Thoughts Questionnaire (Franko, Zuroff y Rosenthal, 1986); **EAT**= Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979); **EDE**= Eating Disorder Examination (Fairburn y Cooper, 1992); **EHC**= Eating Habits Checklist (Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982); **EDI**= Eating Disorder Inventory (Garner, Olmstead y Polivy, 1983); **ESQ**= Eating Self-efficacy Questionnaire (Glynn y Ruderman, 1982); **HRSD**= Hamilton Rating Scale for Depresión (Hamilton, 1960); **HRQ**= Helping Relationship Questionnaire (Luborsky, 1984); **IDA**= Irritability, Depression and Anxiety Scale (Snaith, Constantopoulos, Jardine y McGuffin, 1978); **IDD**= Inventory to Diagnose Depression (Zimmerman y Coryell, 1987); **IIP**= Inventory of Interpersonal Problems (Herowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villalson, 1998); **MADRS**= Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (Montgomery y Asberg, 1979); **MCM**= Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1982); **MPQ**= Multidimensional Personality Questionnaire (Tellegen, 1985); **PSE**= Present State Examination (Wing, Cooper y Sartorius, 1974); **RAS**= Rathus Assertiveness Scale (Rathus, 1973); **RSCS**= Rosenbaum Self-Control Rating Scale (Rosenbaum, 1980); **RSE**= Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg, 1979); **SAS**= Social Adjustment Scale (Wissman y Bothwell, 1976); **SCID**= Structured Clinical Interview for DSM IV (First, Gibbon, Williams y Spitzer, 1995); **SCL-90**= Symptom Checklist-90 (Derogatis, 1977); **SD**= Semantic Differential Scale (Leon, Eckart, Teed y Buchwald, 1979); **SRQ**= Three Factor Eating Questionnaire (Stunkard y Messck, 1986); **STAI**= Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); **STPI**= State-Trait Personality Inventory (Spielberger, Lushene y Macadoo, 1970); **WSAS**= Weissman Social Adjustment Scale (Weissman y Bothwell, 1976).

5.2.1 Características de los participantes

El número de pacientes que inicialmente fue aceptado para participar en los estudios oscila entre 17 (Wilson et al., 1986) y 220 participantes (Wilson et al., 2002). El promedio del tamaño muestral es de unos 69 pacientes. Teniendo en cuenta que hay que repartir ese número total de sujetos en más de un grupo terapéutico, es aconsejable que la participación inicial no sea muy reducida.

De los 18 estudios seleccionados, todos ellos excepto uno emplean el sistema clasificatorio DSM para la realización del diagnóstico de BN; tres de ellos utilizan el sistema DSM III, doce el DSM III-R, dos combinan los criterios DSM III-R y los de Russell, y el único estudio que emplea solamente los criterios de Russell (Fairburn et al., 1986) no especifica el motivo de esta decisión. Sin embargo, la investigación llevada a cabo por Garner et al (1993) explica el motivo de combinar ambos sistemas clasificatorios, señalando la existencia de algunos aspectos controvertidos en la clasificación ofrecida por el DSM (e.g. falta de criterios objetivos en la definición de atracón).

Existen dos procedimientos habituales que predominan en la manera de reclutar a los pacientes que participan en los estudios: bien a través de anuncios que publiciten las investigaciones (en tablones, periódicos locales..), o bien por el contacto con profesionales (psicólogos / psiquiatras) que puedan remitir participantes con sintomatología bulímica.

Los criterios de inclusión que tienen que cumplir los pacientes para poder ser admitidos a tratamiento también son muy variados. Mientras que algunas de ellas requieren simplemente que el paciente cumpla los criterios diagnósticos para BN (Agras

et al., 1989; Thackwray et al., 1993; Wilson et al., 2002), la mayoría concretan otras características necesarias para la inclusión en la investigación:

- Duración mínima de BN (al menos 6 o 12 meses)
- Peso saludable (comparado con referencias de la población general o a través del Índice de Masa Corporal)
- Ausencia de cualquier tratamiento para la BN en la actualidad
- Sexo femenino
- Edades comprendidas entre los 18 y los 35 / 45 / 65 años
- Consentimiento por parte del paciente para la realización de la evaluación y el posible uso posterior de sus datos

La variedad en los criterios también está presente al valorar aquellas características que excluyen al sujeto de la investigación. Sin embargo, la mayoría de los estudios pretenden preservar la seguridad del paciente (bien sea porque los sujetos tengan que tomar medicación como tratamiento o porque sus características clínicas requieran otro tipo de intervención -hospitalización-). Por tanto, se suele excluir a aquellos pacientes que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- Presencia de enfermedad médica que pueda poner en riesgo su salud
- Embarazo
- Abuso de alcohol o drogas (en la actualidad y durante unos meses previos)
- Riesgo de suicidio
- Efectos secundarios previos a tratamientos antidepresivos
- Diagnóstico actual o previo de otro trastorno psiquiátrico
- Tratamiento previo de la BN con alguna de las intervenciones que se proponen en la actualidad

Una característica de exclusión que también se ha encontrado de manera habitual, ha sido que el paciente presente en la actualidad criterios diagnósticos de AN. Esto es algo que puede sorprender según el sistema actual DSM IV-TR, ya que si el sujeto cumple criterios para la BN queda anulada la posibilidad de que sufra AN (criterio E); sin embargo, las investigaciones a las que se hace referencia emplean el DSM III-R dónde no se excluye el diagnóstico de AN.

En todos los estudios, las participantes son únicamente mujeres, bien porque pertenecer al género femenino sea uno de los requisitos de la investigación, bien porque a la hora de reclutar la muestra sólo se encuentren mujeres con estas características. En otras investigaciones, aparece una proporción de un varón frente a 10 mujeres con BN (de la Puente y Gómez, 1998; Saldaña y Tomás, 1998). Una explicación posible de la ausencia de varones aludiría de nuevo al rol social que se otorga a la mujer, ya que es ésta quién suele acudir voluntariamente a recibir ayuda profesional, siendo el papel del hombre más pasivo en este sentido.

La edad media de las participantes se sitúa en torno a los 20-30 años. En todas las investigaciones (excepto en la de Thackwray et al., 1993) se requiere que los sujetos sean adultos, algo que asegura la responsabilidad de sus propios actos pero que limita los resultados que se obtienen, ya que se desconoce la eficacia de estas terapias en menores de edad, entre quienes también aparece el trastorno con frecuencia.

Otra característica evaluada en bastantes estudios ha sido el tiempo medio que las pacientes llevan padeciendo el trastorno alimentario en el momento en el que comienzan el tratamiento. Las cifras muestran que las participantes padecen sintomatología bulímica desde hace al menos 3 años y como máximo 8 años. Esto sitúa el inicio de la BN en torno a los 18 años, lo que confirma las cifras encontradas en otras investigaciones. Estos datos parecen indicar que la paciente bulímica no acude a recibir ayuda profesional hasta que

su sintomatología y sus consecuencias son evidentes; sin embargo, es posible que estos tratamientos no hayan sido los primeros que hayan recibido. De hecho, los estudios que han evaluado esa característica han encontrado que entre un 11% y un 79% de los pacientes habían recibido tratamientos previos para el trastorno alimentario, lo que puede afectar a los resultados de dichas investigaciones.

Entre un 15,8% y un 34% de las pacientes habían tenido un diagnóstico previo de AN. Estos datos están en concordancia con los estudios que apoyan que entre un 25% y un 33% de los pacientes con BN han sufrido anteriormente una historia de AN (Fairburn, 1995a).

El peso de estas pacientes suele ser evaluado a través del Índice de Masa Corporal (IMC), obteniendo una puntuación media de 22,38. Este dato confirma la tendencia de estos pacientes a tener un peso dentro del rango considerado como normal (IMC= 20-25).

A pesar de la marcada sintomatología propia de la BN, el que las pacientes tengan un peso sano influye en que puedan llevar una vida lo más “normalizada” posible. De ahí que la mayoría de las participantes (media de 76%) estén trabajando en el momento de comenzar el tratamiento y/o estudiando (media de 32%).

Respecto al nivel de estudios alcanzados, son muy pocas las investigaciones que lo valoran, encontrando que la mayoría de estas pacientes han superado únicamente los estudios básicos. Hay que tener en cuenta la edad media de estas pacientes para interpretar este resultado (entre 20 y 30 años, rango en el que se puede avanzar hacia una formación superior).

La mayoría de las pacientes suelen estar solteras, excepto en dos estudios en los que el 61-62% de las participantes están casadas (Fairburn et al., 1995; Thackwray et al., 1993). Si se tiene en cuenta de nuevo la edad media de las muestras de estas investigaciones (29,6 y 31,3 años respectivamente) se puede concluir que el cambio de

estado civil se debe a la edad algo más avanzada de estos sujetos comparada con el resto de muestras.

Los escasos estudios que aceptan la co-existencia de la BN con otros trastornos psiquiátricos encuentran que la depresión, los trastornos de la personalidad y el consumo de sustancias son las patologías más frecuentes. Todo ello concuerda con las investigaciones que apoyan la frecuente comorbilidad de dichos trastornos con la BN. El que no se haya encontrado la presencia de trastornos de ansiedad parece más debida a la escasa evaluación de la sintomatología ansiosa que a una ausencia real de los mismos.

Respecto a la sintomatología bulímica previa al tratamiento, la frecuencia semanal de atracones oscila entre 5,7 y 15,3, y la de vómitos entre 9,2 y 15,5, lo que supone una media de 1 a 2 episodios bulímicos al día. La relación de cifras entre atracón / vómito demuestra que el paciente no vomita únicamente cuando se da atracones, sino cuando considera que necesita descargar lo que ha ingerido. En estas ocasiones se hablaría de atracones subjetivos.

Como se puede observar, las tasas de rechazos y abandonos suelen ser algo altas, llegando incluso a alcanzar cifras de abandono del 46,7% de los participantes (Mitchell et al., 2002). Los datos más elevados se hallan en los estudios que emplean algún tipo de medicación como tratamiento.

Son escasas las investigaciones que señalan el número de pacientes excluidos del tratamiento una vez iniciado el mismo, siendo aún más difícil encontrar las causas que lo motivan. Los argumentos en este sentido son variados, incluyendo el desarrollo de AN en el transcurso de la investigación, la presencia de marcados síntomas bulímicos a pesar del tratamiento recibido, la co-existencia de sintomatología depresiva grave (con posibilidad de riesgo de suicidio) y la falta de una evaluación completa o hecha a destiempo. Igualmente la aparición de complicaciones físicas supone la finalización del tratamiento

(Cooper y Steere, 1995; Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1993; Goldbloom et al., 1997; Jones et al., 1993). Se puede concluir, por lo tanto, que la motivación principal para suspender anticipadamente el tratamiento de un paciente es mantener su propia seguridad.

En cuanto a los abandonos voluntarios, en la mayoría de los tratamientos que emplean algún tipo de psicofármaco, la razón principal para que el paciente deje la intervención es la reacción adversa propia de dicha medicación (Agras et al., 1992; Goldbloom et al., 1997; Leitenberg et al., 1994; Mitchell et al., 2002). Sin embargo, otros motivos incluyen la falta de motivación del paciente a recibir únicamente un fármaco como terapia, el cambio de domicilio, las obligaciones laborales, incapacidad por parte del participante de atender las demandas del tratamiento o poca motivación al cambio (Agras et al., 1989; Agras et al., 1992; Fairburn et al., 1993; Goldbloom et al., 1997; Leitenberg et al., 1994; Mitchell et al., 2002). A la hora de comparar los pacientes que abandonan voluntariamente el tratamiento y los que continúan hasta finalizarlo, se ha encontrado por lo general, que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables evaluadas, excepto en dos estudios dónde los sujetos que abandonan el tratamiento tienen un peso más bajo (Garner et al., 1993), son más jóvenes y tienen un mejor ajuste social (Mitchell et al., 2002).

Tanto las características sociodemográficas comentadas como la sintomatología bulímica se presenta sin diferencias significativas pretratamiento entre las distintas condiciones de tratamientos en todas las investigaciones seleccionadas.

5.2.2 Metodología de las intervenciones

A pesar de que las investigaciones seleccionadas evalúan la eficacia comparativa entre varios tratamientos, algunas de ellas incluyen grupo control (Agras et al., 1989; Freeman et al., 1988; Thackwray et al., 1993). En el primer estudio citado, los pacientes forman una lista de espera para un posible tratamiento posterior (no existen datos del número de pacientes que accedió a dicha ayuda); sin embargo, el grupo control de la investigación de Thackwray et al. (1993) consiste en la realización de auto-registros, dónde los pacientes anotan sus deseos, sueños y reflexiones, al igual que el empleo de vómitos y/o atracones. En este caso, existe un contacto permanente terapeuta-paciente. En el resto de estudios no se incluye ningún grupo control, bien porque existe una gran variedad de investigaciones que han probado la ineficacia del no tratamiento en la evolución de la BN (Garner et al., 1993), bien porque no parece ético privar o retrasar la ayuda que necesitan los pacientes que sufren BN.

Todas las investigaciones seleccionadas emplean la aleatorización para asignar los pacientes a los tratamientos; sin embargo, en pocas ocasiones se ha especificado de manera concreta cómo se procedió a dicha aleatorización. Mitchell et al. (2002) y Wilson et al. (2002) emplean el método de aleatorización de Efron (1971). La mayoría de los estudios utilizan la aleatorización simple, aunque varios utilizan una aleatorización estratificada, es decir, balancean un diagnóstico previo de AN (Mitchell et al., 2002; Wilson et al., 2002), un diagnóstico previo de AN y la frecuencia de los vómitos (Goldbloom et al., 1997) y un diagnóstico previo de AN, el peso actual y la duración de la BN (Garner et al., 1993).

En cuanto a la evaluación que se lleva a cabo, son escasos los estudios que realizan una evaluación exhaustiva a mitad del tratamiento (Cooper y Steere, 1995;

Freeman et al., 1988). Lo que sí suele ser más habitual es que los pacientes tengan que anotar desde el inicio del tratamiento al final del mismo la frecuencia con la que se dan atracones y se purgan (a través de auto-registros, en ocasiones diarios). Esto ocurre en la mitad de los estudios seleccionados. Se desconocen los motivos por los que no se ha estimado conveniente el empleo de dicha técnica evaluativa en algunos de ellos; sin embargo, parece importante poder conocer la evolución a corto plazo que va teniendo la sintomatología bulímica conforme avanza el tratamiento, además de las ventajas que tiene su uso como técnica propiamente terapéutica.

En todas las investigaciones se han empleado medidas de autoinforme para valorar la eficacia de las intervenciones. Además, en 12 de los 18 estudios se emplea una entrevista semi-estructura destinada a la evaluación de la sintomatología propiamente bulímica (Eating Disorder Examination, EDE), lo que complementa la información obtenida por el resto de medidas. Se desconocen los motivos por los que el resto de investigaciones no incluyeron esta técnica de evaluación. Es probable que algunos autores desechasen esta idea debido a posibles limitaciones temporales en sus estudios o al temor de una “saturación” del paciente ante tanta cuestión evaluativa. No obstante, incluso en esos estudios es probable que algunos pacientes no cumplimentasen todos los cuestionarios según lo indicado. Así lo señalan en dos de las investigaciones evaluadas (Goldbloom et al., 1997; Jones et al., 1991).

No parece habitual en estos estudios mencionar quién lleva a cabo la evaluación de los pacientes; sin embargo, en cinco de las investigaciones se precisa que es un evaluador independiente de la aplicación de los tratamientos y desconocedor del grupo al que ha sido asignado cada paciente el que se encarga de completar esta fase (Cooper y Steere, 1995; Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1991; Garner et al., 1993; Goldbloom et al., 1997).

En la mayoría de los estudios existe una fase de seguimiento, aunque los períodos de medida son muy variados, oscilando entre los 3 y los 12 meses en la mayoría de ellos. Únicamente, la investigación de Fairburn et al (1995) lleva a cabo seguimientos que oscilan entre los 3 y los 11 años.

5.2.3 Contenido y estructura de las intervenciones

En general, los tratamientos empleados en los estudios seleccionados pretenden disminuir la sintomatología bulímica, con el objetivo final de poder ofrecer al paciente una calidad de vida que le permita desenvolverse con la mayor normalidad posible. Sin embargo, los objetivos concretos de cada intervención varían en función del marco teórico en el que se fundamenten, centrándose en las conductas problemas y/o en las cogniciones que las sustentan.

En todos los grupos propuestos existe algún tipo de contacto presencial con el terapeuta, excepto en la lista de espera formada por Agras et al. (1989). Incluso en el grupo control del estudio de Freeman et al. (1988), los pacientes parecen recibir atención terapéutica, aunque no se explicita en qué consiste la misma. Todos los terapeutas participantes en las investigaciones, o bien son expertos en el tratamiento de la BN o bien son entrenados para ello. En la mayoría de las investigaciones en las que se tiene información al respecto, son varios los terapeutas que aplican cada uno de los tratamientos existentes. De esta manera, se distinguen los efectos producidos por el tratamiento, de los efectos debidos al propio terapeuta. Sin embargo, en los estudios de Agras et al. (1989) y Garner et al. (1993) consideran importante asegurar que cada tratamiento sea aplicado únicamente por expertos en esa tendencia terapéutica, por lo que

asignan un terapeuta para cada intervención. A pesar de estas consideraciones, no parecen existir resultados a posteriori que evalúen el efecto producido por el terapeuta.

La duración de los tratamientos que emplean técnicas psicológicas varía entre 8 y 22 sesiones (Leitenberg et al., 1994; Thackwray et al., 1993), siendo el promedio de 18 semanas. Sin embargo, existe mayor variedad cuando se introduce algún tratamiento psicofarmacológico. En estos casos, la administración de medicamentos puede tener la misma duración que la/s intervención/es psicológica/s con la/s que se compara/n (Leitenberg et al., 1994; Walsh et al., 1997) o una duración distinta (Agras et al., 1992; Goldbloom et al., 1997; Mitchell et al., 2002). En esta circunstancia, puede ser arriesgado comparar los resultados obtenidos por los distintos tratamientos sin tener en cuenta dicha diferencia, ya que los resultados pueden verse falsamente sesgados en una u otra dirección.

No en todos los estudios viene desarrollado de manera extensa el contenido de cada uno de los tratamientos aplicados (técnicas empleadas, fases de las que constan, modo de aplicación...); sin embargo, en casi todos ellos aparece como referencia el manual en el que se han basado para la consecución de los mismos. Sólo en tres de las investigaciones seleccionadas (Agras et al., 1989; Freeman et al., 1988; Wilson et al., 1986) no aparece ninguna fuente a la que poder dirigirse para obtener una información detallada de los tratamientos y de ellas, únicamente en la de Freeman et al. (1988) existe también una carencia a la hora de explicar la intervención en la propia investigación, siendo difícil una réplica de la misma.

Con respecto al tipo de tratamientos empleados, únicamente en tres investigaciones se compara la TCC con una psicoterapia alternativa. En concreto, Agras et al (1989) emplearon un grupo de psicoterapia no directiva (dedicado a la cumplimentación de auto-registros), Fairburn et al. (1986) usaron una psicoterapia focal

breve (con aspectos educativos respecto a la BN) y Walsh et al. (1997) emplearon una terapia de apoyo (similar a la psicoterapia breve de Fairburn).

A pesar de que los terapeutas dispongan de la referencia de un manual de tratamiento, no es posible asegurar que se ciñan fielmente al mismo a no ser que exista una evaluación sistematizada de dicha variable. En este sentido, la mayoría de los estudios evalúan la implementación de los tratamientos a través de la grabación auditiva / visual de las sesiones y el posterior análisis de un porcentaje de las mismas por un evaluador independiente de las intervenciones. Además, los encuentros y la supervisión entre terapeutas y expertos es constante. El estudio de Wilson et al. (1986) aplica únicamente un test de credibilidad a los pacientes, para que sean ellos los que valoren hasta qué punto les ha parecido fiable el tratamiento que han recibido. Leitenberg et al. (1994), Walsh et al. (1997) y Wilson et al. (2002) no señalan ningún dato al respecto.

5.2.4 Resultados de las intervenciones

En general, los hallazgos obtenidos en las distintas investigaciones son bastante prometedores, obteniendo una mejoría global de la mayoría de las variables evaluadas. Por lo tanto, se confirma que la aplicación de los tratamientos (al menos de los que se han empleado en los estudios seleccionados) disminuye la sintomatología bulímica.

La mayoría de los análisis estadísticos empleados para la obtención de los resultados han consistido en análisis de varianza de medidas repetidas (con el objetivo de conocer los efectos generales de los tratamientos aplicados) y en análisis de covarianza de medidas repetidas, introduciendo el valor pretratamiento como covariable (con el objetivo de determinar los efectos diferenciales de los tratamientos comparados entre sí). Para comparar entre los distintos grupos las variables de carácter “cualitativo” o analizar la

proporción de sujetos abstinentes de vómitos y atracones, se ha empleado el estadístico chi-cuadrado (Agras et al., 1989; Freeman et al., 1988; Goldbloom et al., 1997; Thackwray et al., 1993; Walsh et al., 1997). Además, en algunos estudios se han utilizado técnicas no paramétricas, como la prueba U de Mann-Whitney (para comparar los resultados obtenidos por los distintos tratamientos) (Fairburn et al., 1986) o la prueba de rangos de Wilcoxon (para evaluar los cambios producidos por cada intervención) (Freeman et al., 1988). De igual manera ha sido empleado el análisis de regresión lineal múltiple para identificar variables predictoras del resultado del tratamiento (Fairburn et al., 1995; Wilson et al., 2002).

Las variables que han sido evaluadas pueden dividirse en varios apartados. Por un lado, todas las investigaciones abordan la sintomatología bulímica conductual, refiriéndose como tal a la frecuencia en los vómitos y atracones de los pacientes (sin tener apenas en cuenta el empleo de otras conductas compensatorias, como el uso de laxantes, diuréticos, inicio de una dieta estricta o la práctica de ejercicio físico excesivo). Algunas de ellas valoran que la reducción de dichas conductas es suficiente para considerar eficaz el tratamiento; otras requieren que los pacientes muestren una abstinencia total de las mismas. De una manera o de otra, esta sintomatología bulímica suele predominar en el análisis de los resultados, a pesar de que se hayan evaluado otras variables propias del trastorno. De hecho, las investigaciones llevadas a cabo por Cooper y Steere (1995), Fairburn et al. (1986), Fairburn et al. (1995), Garner et al. (1993), Leitenberg et al. (1994), Mitchell et al. (2002), Thackwray et al. (1993) y Wilson et al. (1986) ofrecen datos numéricos respecto a la reducción encontrada en la frecuencia de los vómitos y atracones pero no mencionan a nivel cuantitativo la mejoría hallada en otras variables bulímicas de carácter cognitivo / emocional. En este bloque se encontrarían variables como la preocupación excesiva por el peso, la comida o la figura. Por último, los

resultados suelen mostrar la evolución de la sintomatología asociada al trastorno bulímico (son frecuentes las medidas de la ansiedad, depresión, auto-estima y ajuste social).

Los resultados que se obtienen a la hora de comparar los tratamientos pueden agruparse en los siguientes apartados:

- *Sintomatología bulímica conductual postratamiento*: a la hora de comparar el TCC con el TC (o la técnica de exposición y prevención de respuesta), se suelen encontrar mejorías en ambos tratamientos sin que existan diferencias significativas entre ellos, ni en la disminución de la frecuencia de las conductas ni en la abstinencia de las mismas. Cuando los tratamientos comparados son el tratamiento cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, parecen hallarse mejores resultados en el TCC en cuanto a la frecuencia de los vómitos. Y si se compara con un psicofármaco, esta ventaja del TCC aparece tanto en los vómitos como en los atracones, sobre todo en el porcentaje de abstinencia de estas conductas. Cuando se han evaluado otras terapias psicológicas, como la psicoterapia focal breve o terapias de apoyo, los resultados son más dispares, encontrando en algunos estudios que dichos tratamientos producen mejorías en la reducción del comportamiento purgativo, sin diferencia con respecto al TCC. Contrariamente, otras investigaciones hallan que el resultado en la disminución de los vómitos y atracones es mejor en el TCC.

A la hora de evaluar aquellos tratamientos que han consistido en combinar más de una modalidad terapéutica, se ha hallado que la combinación tratamiento cognitivo-conductual + psicofármaco (TCC + M) obtiene reducciones en la frecuencia de vómitos y atracones muy similares a las obtenidas por el TCC, aunque en ocasiones las cifras de abstinencia de esas conductas son algo menores en el TCC + M. Cuando esa combinación se compara con el empleo de un psicofármaco, se observa la superioridad de la misma.

- *Sintomatología bulímica cognitivo-emocional postratamiento*: los resultados que se obtienen ante este tipo de variables son más variados, ya que mientras que algunas investigaciones apoyan la superioridad del TCC frente al resto de tratamientos en la mejoría de la preocupación por el peso, comida o figura, otras no encuentran diferencias significativas entre tratamientos. Lo que parece estar más claro es que la combinación TCC + M no presenta diferencias frente al TCC pero sí muestra superioridad respecto a la medicación.

- *Sintomatología asociada postratamiento*: en general, se ha encontrado una mejoría global de las variables asociadas al trastorno bulímico, a saber, depresión, ansiedad, autoestima, ajuste social y trastornos de la personalidad. Lo que crea mayor confusión es la comparación de la eficacia de los tratamientos entre sí, ya que algunos estudios no encuentran diferencias significativas a favor de ninguno de ellos pero otros han hallado mejores resultados con el empleo del TCC frente al tratamiento conductual, a la terapia interpersonal y a la combinación de TCC con exposición y prevención de respuesta al vómito.

- *Evolución de la sintomatología en el seguimiento*: los resultados que arrojan los estudios en la fase de seguimiento apuntan casi siempre en la misma dirección, algo realmente interesante si se valora como importante no tanto el estado del paciente tras la finalización del tratamiento sino su evolución conforme vaya enfrentándose por sí solo a los problemas cotidianos. Se ha observado que tanto el TIP como el TCC (y cualquier combinación que lo incluya), van a mantener los resultados conseguidos en el postratamiento. En cuanto al TC, la mayoría de las investigaciones encuentra un empeoramiento de la sintomatología respecto al postratamiento, tanto en atracones y

vómitos como en sintomatología asociada. Únicamente en el estudio de Thacwray et al. (1993) se observa que tanto el TC como el TCC obtienen mejorías de seguimiento en algunas variables bulímicas y asociadas, sin encontrar diferencias significativas entre ambos tratamientos. Y Freeman et al. (1988) observan peores hábitos alimentarios en el TCC frente al TC. Una posible explicación de estos resultados podría deberse a la falta de una evaluación adecuada de la sintomatología cognitiva, ya que en ninguno de los dos estudios se emplea una entrevista que pueda recoger adecuadamente los temores y preocupaciones propios de los pacientes bulímicos.

Los resultados de seguimiento obtenidos en los estudios que emplean algún tratamiento psicofarmacológico son escasos, bien porque en algunos de ellos no se ha llevado a cabo esta fase evaluativa, bien porque los datos que ofrecen se centran más en el momento del postratamiento. Únicamente se puede concluir que la combinación TCC + M es superior al psicofármaco en el mantenimiento de los logros obtenidos en las variables conductuales (Agras et al., 1992) y que no existen mejorías significativas en la fase de mantenimiento en ninguna de las variables evaluadas (Leitenberg et al., 1994).

Otras variables evaluadas, independientes de la sintomatología bulímica, son las expectativas que tiene el paciente antes de comenzar el tratamiento y la satisfacción que muestra tras finalizar el mismo. El único estudio en el que el paciente evalúa un tratamiento farmacológico (Walsh et al., 1997) revela que el grupo que recibía únicamente antidepresivos, consideraba que su tratamiento era menos lógico y menos relevante que el resto de intervenciones (TCC y terapia de apoyo). Este resultado apoya la escasa motivación que suelen mostrar los pacientes que son tratados con psicofármacos. De ahí las altas cifras de abandonos habituales en este tipo de intervenciones. Respecto a los hallazgos encontrados en la satisfacción del paciente a la hora de valorar los tratamientos psicológicos, podrían esperarse mejores resultados de aquellos tratamientos

cuyas técnicas se centrasen principalmente en la sintomatología bulímica (es de suponer que el paciente deseará aprender a controlar las situaciones relacionadas con la comida y con su cuerpo que tanto le desbordan). Por lo tanto, sería lógico encontrar superioridad del TCC y TC frente a la TIP o al resto de terapias alternativas (que no abordan de manera directa el problema alimentario). Sin embargo, no existen datos concluyentes al respecto, ya que en algunas investigaciones no existen diferencias significativas entre los tratamientos (Fairburn, et al., 1991) y en otras el sujeto se encuentra más conforme con las terapias no centradas en el problema (Wilson et al., 2002). Esta discrepancia puede ser debida a que las escalas empleadas para la evaluación de esta variable son distintas entre los estudios, por lo que puede resultar sesgado obtener conclusiones al respecto. Por último, la investigación llevada a cabo por Garner et al. (1993) encuentra que la satisfacción del paciente no sólo depende del tratamiento asignado, sino también del resultado obtenido tras el mismo. Así, los pacientes tratados con TCC que habían conseguido mayores reducciones en la sintomatología bulímica, eran los que más satisfechos estaban con la intervención (frente a la TIP).

Con respecto a los resultados obtenidos en los grupos en los que no se aplicaba ningún tratamiento concreto, se observan mejorías postratamiento en alguna de las variables conductuales (atracones y/ o purgas), pero de escaso valor, excepto en el estudio de Thackwray et al. (1993), dónde la tasa de abstinencia en atracones y vómitos alcanza el 69% en el postratamiento. Esto puede ser debido a que este grupo control contaba con unas características especiales, ya que aunque no recibiese un tratamiento estandarizado, los pacientes llevaban a cabo tareas concretas instruídas por un terapeuta. Por lo tanto, es posible que a corto plazo, la propia atención terapéutica tenga algún efecto inespecífico sobre los síntomas bulímicos. No obstante, vuelve a corroborarse en todos los estudios

que el tratamiento es superior al no tratamiento y que las mejorías obtenidas por el grupo control en el postratamiento, no se mantienen con el paso del tiempo.

Teniendo en cuenta las investigaciones que han evaluado los posibles factores que median o moderan los resultados obtenidos con los tratamientos, se ha observado (encontrando una correlación lineal significativa) que aquellos pacientes con una historia paternal de obesidad tenían hasta seis veces más probabilidad de volver a cumplir criterios de BN (o AN) en la fase de seguimiento que aquellos que no cumplían esa condición. Ocurría algo parecido con la variable “obesidad premórbida”; en este caso, los participantes que sufrían de la misma, tenían cuatro veces más probabilidad de cumplir dichos trastorno. Otras variables relacionadas significativamente con los resultados obtenidos (pero no de manera lineal) fueron la sobreprotección paternal, la auto-estima y el índice de masa corporal (Fairburn et al., 1995). En la investigación de Wilson et al (2002), hallan que el cambio en la restricción alimentaria en la semana 4ª y 6ª del tratamiento y el cambio en la auto-eficacia del comportamiento alimentario son los factores mediadores de la frecuencia de atracones y purgas. Además, se ha demostrado que aquellos pacientes que obtenían mejores resultados tras el tratamiento, habían llevado a cabo conductas purgativas por un menor tiempo que el resto de participantes. Igualmente, la frecuencia de las conductas bulímicas y la puntuación en depresión eran inferiores (Cooper y Steere, 1995).

Se puede pensar que los datos ofrecidos por los estudios seleccionados pueden estar sesgados por el hecho de que los participantes no sean pacientes elegidos aleatoriamente, sino que hayan sido captados de manera intencionada y a través de diversos métodos. Sin embargo, no está demostrado que los sujetos que participan, en general, en las investigaciones controladas, tengan una sintomatología distinta a los casos clínicos que acuden por su cuenta a recibir tratamiento ni que la motivación de ambos

grupos sea distinta (Wilson, 1998). Por lo tanto, las conclusiones que se obtengan pueden ser usadas para establecer la utilidad clínica de los tratamientos.

5.3 CONCLUSIONES

Tras la exposición de los tratamientos existentes para la BN y el análisis de los estudios que han valorado la eficacia de dichas intervenciones, son varias las reflexiones que se pueden hacer al respecto.

Con respecto al *tratamiento con antidepresivos* se puede concluir que:

- La mayoría de los fármacos antidepresivos son más eficaces en la disminución de las purgas y atracones que un fármaco placebo
- Se desconoce cuál es dosis que obtiene mejores resultados
- Existe la misma eficacia entre distintos tipos de antidepresivos, aunque se suele emplear la fluoxetina debido a la escasa sintomatología secundaria que presenta
- Los pacientes que no responden ante un antidepresivo pueden obtener mejorías con otro distinto
- Aunque no existen muchos estudios que hayan evaluado los efectos antidepresivos a largo plazo, la mayoría de ellos señalan que tras la retirada del tratamiento no se mantienen los resultados
- Existe escasez de estudios que hayan evaluado los efectos de los antidepresivos en variables distintas al atracón o a las purgas
- Aún es desconocido el mecanismo que subyace a la actuación de los antidepresivos

Todo ello indica la falta de conocimiento en ciertos aspectos y las debilidades que muestra este tipo de tratamiento hoy en día.

En cuanto a la *terapia interpersonal*, se observa que:

- Los resultados mantenidos a largo plazo (1, 3 y 6 años de seguimiento) no permiten categorizar a esta terapia como un tratamiento eficaz, ya que los únicos estudios existentes al respecto han sido realizados exclusivamente por el equipo de Fairburn de la Universidad de Oxford (Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1993, 1995)
- Es una terapia que, como primera alternativa, puede ser fácilmente rechazada por el paciente, al no tratar directamente la sintomatología propia de la BN
- Es posible que sea una alternativa válida para aquellos pacientes bulímicos que fracasan en obtener resultados positivos mediante el TCC, aunque la evidencia a favor de esta hipótesis es aún escasa (Wilson, 1996)

Por lo tanto, dicha terapia no se valora como primera alternativa de tratamiento.

Por su parte, los resultados obtenidos por el *tratamiento conductual* son inconsistentes, por lo que no se pueden obtener conclusiones favorables sobre dicho tratamiento.

Por el contrario, el *tratamiento cognitivo-conductual* y más concretamente el que ha sido descrito por Fairburn et al. (1993) es la terapia de elección ante un caso de BN, a pesar de que no todos los pacientes obtienen una mejoría tras su aplicación. Esta intervención es el medio más eficaz de eliminar los problemas principales del trastorno alimentario y las consecuencias asociadas al mismo.

Comparar el TCC con el resto de tratamientos posibles, garantiza poder aplicar la intervención más apropiada para la mejoría del paciente. Frente al tratamiento psicofarmacológico, se ha encontrado que:

- El TCC es un tratamiento mejor aceptado por los pacientes que el tratamiento farmacológico
- La tasa de abandonos en el TCC es inferior
- El TCC es superior al tratamiento farmacológico en las mejorías conseguidas
- La combinación del TCC con algún psicofármaco es significativamente más eficaz que el empleo único del medicamento; sin embargo, aporta muy pocos beneficios al compararlo con la aplicación aislada del TCC (principalmente en variables secundarias, como la ansiedad o la depresión)
- Los resultados se mantienen a largo plazo en el TCC

Los hallazgos encontrados en la comparación del TCC con el resto de terapias psicológicas conocidas para la BN, arroja resultados similares, apoyando la superioridad del TCC frente al resto de tratamientos (incluso frente a la TIP en el postratamiento)

A pesar de conocer la eficacia del TCC en la sintomatología bulímica y asociada, la relativa rapidez con la que se producen esos cambios, la mejoría clínicamente significativa que provoca en la vida del paciente y el éxito en el mantenimiento de los logros alcanzados, son varias las investigaciones que señalan la necesidad de conocer la eficacia relativa de los componentes que conforman dicho tratamiento, para así poder optimizar al máximo su aplicación (Anderson y Maloney, 2001; Garner et al., 1987; Garner et al., 1993; Latner y Wilson, 2002; Lewandoski et al., 1997; Wilson y Fairburn, 1993).

Estudios como los ya comentados de Agras et al (1989), Cooper et al (1995), Fairburn et al (1991), Fairburn et al (1993), Fairburn et al (1995), Freeman et al (1988), Jones et al (1993), Thackwray et al (1993), Wilson et al (1986) y Wilson et al (1991) han intentado comprobar el peso relativo de los componentes “cognitivos” y “conductuales”

propios del tratamiento. Los resultados obtenidos son realmente inconsistentes, por lo que hoy en día no se puede obtener una conclusión firme al respecto:

a.- Por una parte se apoya la importancia de la fase cognitiva en el TCC por diversos motivos:

- Añadir técnicas conductuales (como la exposición y prevención de respuesta al vómito) al TCC o sustituirlas por los elementos cognitivos del mismo, no aporta ninguna mejoría en los resultados obtenidos (Agras et al., 1989)
- En la fase de seguimiento las mejorías se mantenían únicamente si se habían aplicado las técnicas cognitivas propias del tratamiento (Cooper y Steere, 1995) dando así importancia a las cogniciones en el mantenimiento del trastorno
- Al comparar la parte conductual del TCC con la totalidad del tratamiento, se observa que las variables conductuales ofrecen resultados similares para ambos tratamientos; sin embargo, las variables cognitivas mejoran únicamente en el TCC. Además, es más probable que las variables conductuales mantengan su mejoría en el seguimiento (6 y 12 meses) si se ha aplicado la totalidad del tratamiento. (Fairburn et al., 1991; Fairburn et al., 1993, 1995; Jones et al., 1993; Thackwray et al., 1993)

b.- Por otra parte, se concede mayor importancia a las técnicas conductuales en los resultados obtenidos, como conclusión de varios estudios:

- Freeman et al. (1988) compararon la fase cognitiva del TCC frente a la fase conductual del mismo, hallando que el tratamiento puramente

conductual era el que mejores resultados obtenía, no encontrando ninguna ventaja en la inclusión de elementos cognitivos

- Igualmente Wilson et al. (1986) concluyen que añadir exposición más prevención de respuesta al vómito a los métodos cognitivos ofrecía mejores resultados en el postratamiento y en el seguimiento de las variables conductuales que los elementos cognitivos por sí solos
- Más recientemente, Wilson et al. (2002) encontraron necesaria la inclusión de la modificación de la restricción alimentaria en el TCC para que el tratamiento fuese eficaz. Sin embargo, en su investigación no manipulan directamente esa variable, por lo que los resultados obtenidos implican únicamente correlación y no causalidad.

c.- En una posición intermedia, Wilson et al (1991) valoran que el añadir exposición más prevención de respuesta al vómito al TCC ni mejora ni empeora los resultados conseguidos en el postratamiento y en el seguimiento.

La variabilidad en los resultados obtenidos puede ser en parte debida a las limitaciones metodológicas que presentan la mayoría de las investigaciones. Entre ellas, quizás una de las más importantes es que las técnicas comparadas entre sí no son del todo “puras”, es decir, la técnica de exposición a los alimentos y prevención de respuesta al vómito, propuesta por Rosen y Leitenberg, no es únicamente conductual, ya que incluye reestructuración cognitiva durante las sesiones de exposición; de la misma manera, aunque no se incluya de manera explícita la exposición y prevención de respuesta al

vómito en el TCC, sí que aparece como tarea para casa a la hora de ir introduciendo los “alimentos prohibidos” en la dieta habitual del paciente (Wilson et al., 1991).

Como se ha observado hasta ahora, el interés por analizar los componentes del TCC se ha centrado básicamente en la distinción entre elementos “conductuales” y elementos “cognitivos”; sin embargo no se parece haber valorado la importancia que tiene el tratamiento de la imagen corporal como componente diferenciado del resto de variables en el TCC (Barlone, Vohs, Abramson, Heatherton y Joiner, 2000). Como se ha expuesto anteriormente, en el modelo cognitivo-conductual propuesto por Fairburn et al. (1986) ocupa un lugar predominante la “preocupación extrema por el peso y la figura” como antecedente directo del comienzo de una dieta incontrolada. Igualmente, en el TCC derivado de dicho modelo, se pretende como objetivo específico, que el paciente sea capaz de identificar y modificar los pensamientos irracionales que perpetúan su trastorno (entre ellos los relacionados con la imagen corporal) al igual que se le ayuda a enfrentarse a los problemas perceptivos y emocionales relativos a su figura. Para ello se emplean técnicas específicas, como la reestructuración cognitiva y la exposición a situaciones temidas. Por lo tanto, si se pretende conocer el aporte específico de los elementos que conforman el TCC, sería necesario tener en cuenta el componente relativo a la recuperación de los hábitos alimentarios, las técnicas centradas en una mejoría cognitiva y la aceptación por parte del paciente de su imagen corporal.

ESTUDIO EMPÍRICO

6. PLANTEAMIENTO GENERAL

Conociendo los tres componentes principales que conforman el TCC de Fairburn y la eficacia terapéutica que ha demostrado tener este programa en la mejoría de la sintomatología bulímica, se pretende analizar la eficacia diferencial de cada uno de esos componentes.

El primero de los componentes será llamado “alimentación” y tendrá como objetivo permitir que las pacientes puedan establecer hábitos alimentarios saludables, eliminando los excesos y restricciones en las comidas al igual que las conductas compensatorias propias del trastorno; el segundo de los módulos será denominado “cognición”, y en él se aprenderán estrategias dirigidas a la reestructuración de ideas y creencias erróneas respecto al peso y la comida, al igual que a solucionar problemas de manera eficaz y saludable. El último componente, llamado “imagen” pretende que las pacientes sean capaces de valorarse a sí mismas con independencia del cuerpo que tengan, necesitando reestructurar algunas ideas relacionadas con la figura y exponiéndose a situaciones evitadas relacionadas con la imagen corporal.

Las tres modalidades de tratamiento que se aplicarán a las participantes en el programa surgen de las combinaciones posibles entre los distintos componentes. De esa manera, se conforman los grupos “alimentación + cognición”, “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”. Cada una de estas intervenciones consta de una parte común compartida con el resto de tratamientos, y de una parte específica consistente en la aplicación de aquellas estrategias propias de cada uno de los componentes terapéuticos.

Analizando los resultados obtenidos en las intervenciones propuestas se podrá deducir la eficacia específica de cada uno de los módulos terapéuticos en cada una de las características propias de la BN o asociadas a la misma. De esa manera, se pretende saber

si es necesaria la aplicación completa del TCC de Fairburn para la obtención de resultados óptimos tras el mismo o bastaría con la puesta en marcha de aquellas estrategias correspondientes a los componentes más eficaces para su logro. Igualmente, se daría respuesta a la pregunta de si es factible aplicar un tratamiento específico a cada paciente en función de la sintomatología concreta que padezca. Con ello se conseguiría la máxima eficacia en un número más limitado de sesiones. Esto supondría la mejora de la relación coste-eficacia en la práctica clínica. Así, en función de las características concretas de cada paciente y de la disponibilidad temporal con la que cuente, podría decidirse el tratamiento más idóneo a aplicar en dichas circunstancias. De esta manera, sería probable conseguir un descenso de abandonos en este tipo de tratamientos, algo bastante habitual en personas bulímicas.

Por todo ello, parece bastante útil formar tres grupos de tratamiento, a saber, “alimentación + cognición”, “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”, y comparar entre sí los resultados obtenidos por los mismos.

Para el desarrollo de esta propuesta se tuvo en cuenta la revisión bibliográfica llevada a cabo de aquellos estudios que aplicaban algún tipo de tratamiento a pacientes con BN. De esta forma, se observaron los objetivos perseguidos, las técnicas aplicadas, las variables evaluadas, la eficacia de las intervenciones, etc.

De la misma manera que se obtuvo información relevante para incluir en la presente investigación, también se observaron ciertas limitaciones metodológicas que necesitan ser controladas para obtener unos resultados válidos y fiables tras la aplicación del tratamiento. Así las conclusiones que se desprendan del estudio podrán aportar datos interesantes para la práctica clínica y para futuras investigaciones.

Uno de los problemas hallados ha sido el empleo de muestras pertenecientes a una población muy concreta (e.g. muestra universitaria). Para salvar la posible dificultad en la

generalización de los resultados, la selección de la muestra se llevará a cabo en distintos ámbitos institucionales y diversos municipios de la Comunidad de Madrid. De la misma manera, y sin que ello reste rigor metodológico, los criterios de exclusión no serán tan estrictos como para negar el acceso a personas con BN que padezcan a su vez sintomatología propia de otros trastornos. Por el contrario, se obtendrá información relevante al respecto, ya que se evaluará si esas variables afectan al resultado del tratamiento.

Tras conocer la sintomatología variada y extensa presente en la vida de los pacientes con BN, parece necesario conocer la evolución que muestran no sólo las conductas propias del trastorno, sino también las variables cognitivas y emocionales habituales en el día a día del paciente. Igualmente, se tendrán en cuenta aquellas emociones secundarias que suelen estar presentes en estos casos. De esta manera, se tendrá un conocimiento más amplio de la mejoría del paciente que aquellos estudios que incluyen únicamente variables como la frecuencia de atracones o vómitos.

Por otra parte, la evaluación de dichas variables se llevará a cabo a través de medidas estandarizadas, que garanticen la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos y la posibilidad de comparación con otros estudios pasados o futuros. Además, se ha considerado conveniente incluir distintos medios de evaluación, como la entrevista, los auto-informes y los auto-registros, que recojan la información de la manera más satisfactoria posible.

A pesar de que algunos estudios encuentran que no existen diferencias en los resultados obtenidos entre la aplicación individual y grupal del TCC (Cox y Merkel, 1989; Peterson y Mitchell, 1999), la mayoría de las investigaciones parecen indicar que las intervenciones individuales tienen un mayor impacto que las intervenciones grupales (Agras et al, 1989; Chen et al, 2003; Fairburn, 1985; Fettes y Peters, 1992; Freeman et al,

1985; Freeman y Munro, 1988; Garner, Fairburn y Davis, 1987; Kirkley et al, 1985; Nevenon y Broberg, 2006) debido en parte a la mayor tasa de abandonos en el formato grupal y al empeoramiento de los resultados con el paso del tiempo.

Aunque exista algún estudio que haya valorado como eficaz el TCC aplicado en versión reducida (e.g. duración de 8 semanas) (Thackwray et al, 1993), casi todas las investigaciones que han apoyado dicho tratamiento como el más eficaz para la BN, han tenido una duración media de 18-20 semanas. Extrapolar estos resultados a las intervenciones que eliminan ciertas técnicas con el fin de reducir el número de sesiones, no sería científicamente riguroso. Además, existen datos que confirman que aquellos pacientes que participaron en tratamientos de corta duración habrían obtenido mejores resultados con un mayor número de sesiones (Giles, Young y Young, 1985; Wolf y Crowther, 1992). Por lo tanto, las condiciones de tratamiento diseñadas para el presente estudio resultarán en una duración similar a la de la mayoría de las investigaciones que han aplicado TCC.

El empleo de un manual terapéutico como base para la aplicación de un tratamiento ha suscitado opiniones contradictorias al respecto; mientras que algunos autores opinan que de esta manera se minusvalora el juicio clínico del terapeuta, se pone en duda la generalización de los resultados obtenidos tras la aplicación de la terapia y se genera una falta de “individualización” en el tratamiento de cada paciente, otros apoyan las ventajas de su uso. En este sentido, encuentran que el manual permite una mayor difusión del tratamiento, siendo posible su aplicación por diversos terapeutas entrenados en el mismo. Igualmente, hace posible la comparación de los resultados obtenidos en distintos estudios y la réplica de una investigación en un momento posterior. Además, su estructura temporal permite que el terapeuta y el paciente centren su atención en los objetivos marcados en cada sesión. Ello no implica que el papel del terapeuta sea

meramente pasivo; contrariamente, la aplicación de estos manuales requiere habilidad y competencia para saber adaptarse a las necesidades del paciente sin abandonar el guión establecido (Wilson et al, 1997; Wilson, 1999). Por todo ello y recordando además que es el manual de TCC establecido por Fairburn el que ha demostrado su eficacia para el tratamiento de la BN, se procederá a la creación de un manual que incluya una descripción detallada de la estructura de cada sesión, las técnicas aplicadas en las mismas y el modo de llevarlas a cabo por el terapeuta (algo requerido por autores como Wilson, 1999).

Para poder implantar adecuadamente dicho manual, se requiere un terapeuta entrenado en el mismo, que sea capaz de centrarse en los objetivos propuestos para cada sesión y mantener a su vez una alianza terapéutica con el paciente (Wilson et al, 1997; Wilson, 1998). De la misma manera, ciertas técnicas propias del TCC son complejas, necesitando así un terapeuta experto que sepa resolver los problemas que puedan surgir durante su desarrollo. El género del mismo no parece ser una variable que influya en los resultados obtenidos, por lo que no requiere un control especial (Wilson et al, 1997).

De todo ello se desprende la necesidad de desarrollar un programa de tratamiento metodológicamente riguroso, de aplicación ambulatoria e individual, basado en el manual terapéutico de Fairburn y con una duración similar al mismo; irá dirigido a pacientes que cumplan criterios diagnósticos de BN, sin excluir a aquellos que puedan padecer otros trastornos psicológicos.

6.1. OBJETIVOS

Se plantea como *objetivo general* de esta investigación el proporcionar a los pacientes con BN un tratamiento eficaz que les ayude a superar las dificultades alimentarias que les impiden llevar una vida satisfactoria.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes *objetivos específicos*:

- 1.- Adaptación del programa de intervención de Fairburn en tres grupos de tratamiento, a través de la combinación de los componentes principales del TCC.
- 2.- Aplicación y evaluación de la eficacia de los programas tratamiento:
 - a.- Comparando los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento frente a la evaluación pretratamiento
 - b.- Comparando los resultados postratamiento obtenidos por los distintos grupos terapéuticos
 - c.- Comparando los resultados de los seguimientos obtenidos por los distintos grupos terapéuticos

Se determinará:

- Si las combinaciones obtenidas producen cambios terapéuticos
 - Si existen diferencias significativas en los efectos producidos por las distintas combinaciones
 - Análisis de la significación clínica en función de los componentes
- 3.- Evaluación de la implementación del programa terapéutico, valorado a través de:
 - a.- La valoración de los pacientes de la eficacia del tratamiento
 - b.- Las tasas de abandonos, rechazos, asistencia a las sesiones y cumplimiento de las tareas asignadas

6.2. HIPOTESIS

Para analizar los objetivos propuestos, se requiere el contraste de las siguientes hipótesis:

H₁: Si los programas de intervención son eficaces en el tratamiento del malestar propio del trastorno y de la sintomatología asociada al mismo en los pacientes con BN, entonces:

H_{1a}: Habrá un cambio significativo de las variables dependientes en las evaluaciones postratamiento. En concreto se reducirá:

H_{1a1}: La frecuencia de atracones

H_{1a2}: La frecuencia de vómitos

H_{1a3}: La frecuencia del empleo de laxantes

H_{1a4}: La frecuencia del empleo de diuréticos

H_{1a5}: La frecuencia de ejercicio físico excesivo

H_{1a6}: La frecuencia de la restricción alimentaria

H_{1a7}: Los niveles de preocupación por el peso

H_{1a8}: Los niveles de preocupación por la comida

H_{1a9}: Los niveles de preocupación por la imagen corporal

Asimismo, las participantes tendrán mejorías significativas en:

H_{1a10}: La percepción de la imagen corporal

H_{1a11}: El grado de influencia del trastorno en su vida

H_{1b}: Habrá un cambio significativo de las variables mediadoras en las evaluaciones postratamiento. En concreto habrá diferencias en:

H_{1b1}: Los niveles de impulsividad

H_{1b2}: Los niveles de ansiedad

H_{1b3}: Los valores de auto-estima

H_{1c}: Se producirá un mantenimiento de la mejoría clínica y asociada durante los seguimientos al mes, tres y doce meses.

H₂: Si existen diferencias significativas en función de los componentes del programa, entonces:

H_{2a}: Habrá diferencias significativas entre los programas en función de la mejora de las variables dependientes en el postratamiento. En concreto habrá diferencias en:

H_{2a1}: La frecuencia de atracones

H_{2a2}: La frecuencia de vómitos

H_{2a3}: La frecuencia del empleo de laxantes

H_{2a4}: La frecuencia del empleo de diuréticos

H_{2a5}: La frecuencia de ejercicio físico excesivo

H_{2a6}: La frecuencia de restricción alimentaria

H_{2a7}: Los niveles de preocupación por el peso

H_{2a8}: Los niveles de preocupación por la comida

H_{2a9}: Los niveles de preocupación por la imagen corporal

H_{2a10}: La percepción de la imagen corporal

H_{2a11}: El grado de influencia del trastorno en su vida

H_{2b}: Habrá diferencias significativas entre los programas en función de la mejora de las variables mediadoras en el postratamiento. En concreto, habrá diferencias en:

H_{2b1}: Impulsividad

H_{2b2}: Ansiedad

H_{2b3}: Los valores de auto-estima

H_{2c}: Habrá diferencias significativas entre los programas en la sintomatología clínica y asociada en los seguimientos al mes, tres y doce meses.

H_{2c}: Habrá diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento y valoración subjetiva del mismo.

7.- MÉTODO

7.1- PARTICIPANTES

Se contactó con los centros municipales de Collado-Villalba y Leganés dirigidos al cuidado y atención de la mujer, en los que se ofreció el programa de tratamiento. Igualmente, se tenía acceso a las pacientes derivadas por profesionales conocedores de los requisitos de la investigación. En concreto, las participantes procedían del Centro de la Mujer de Leganés, la Concejalía de la Mujer y del Mayor de Collado-Villalba y el colegio Fray Luis de León de la Comunidad de Madrid.

La muestra estuvo constituida por pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mujer (debido a la proporción de mujeres frente a hombres que padecen este trastorno).
- Cumplir los criterios diagnósticos DM-III-R para BN. Para ello se emplea la entrevista diagnóstica EDE (*Eating Disorder Examination*, Cooper y Fairburn, 1987) que contiene items diseñados con esa finalidad.
- No cumplir criterios diagnósticos DSM-III-R para AN, evaluado a través de la EDE.
- Tener el consentimiento paterno para la participación en el estudio, en el caso de pacientes menores de edad.
- Tener consentimiento por parte de la paciente para participar en el estudio.

Fueron excluidas del estudio aquellas pacientes que:

- Tuviesen infrapeso (con un IMC por debajo de 20).

- Tuviesen algún problema grave de salud.
- Estuviesen participando en alguna otra intervención psicológica individual o grupal.
- Estuviesen medicadas con algún psicofármaco.

Se decidió negar la participación a aquellas pacientes que, o bien por su bajo peso o bien por motivos de salud, tuviesen algún riesgo al participar en una terapia ambulatoria sin control médico. Para que pudiesen ser atendidas en las mejores condiciones acordes a su estado físico y emocional, estas personas eran derivadas a la Unidad de Alimentación del Hospital Niño Jesús de Madrid. Por otro lado, no se pudo admitir a aquellas pacientes que ya formasen parte en la actualidad de algún tratamiento psicológico o psicofarmacológico, ya que podrían verse contaminados los resultados obtenidos por el presente programa.

No se han incluido otros criterios habituales en estudios anteriores por considerar que limitaban demasiado la muestra seleccionada. En este sentido, es suficiente con que las pacientes lleven padeciendo el trastorno al menos 3 meses (criterio diagnóstico de BN), no encontrando ningún motivo para tener que prolongar este período a 6 o 12 meses como se hace en otros estudios. Igualmente, parece más perjudicial que una paciente embarazada siga sufriendo las consecuencias de la BN, que el hecho de comenzar una terapia que pueda ayudarla a reducir su sintomatología (repercutiendo también favorablemente en el feto). Por último, negar el tratamiento a aquellas pacientes bulímicas que padezcan a su vez otros trastornos psiquiátricos puede distanciarnos de las características reales de los pacientes, además de estar dejando de lado a personas que sufren día a día su enfermedad. Con todo ello, la muestra final estuvo constituida por un N total de 33 pacientes.

7.2. DISEÑO

Como estrategia para conocer la eficacia de los distintos componentes terapéuticos del programa de Fairburn, se llevó a cabo un desmantelamiento del TCC completo. Para aplicar esta estrategia, fue necesario aislar los distintos componentes, requiriendo una clara especificación de cada uno de ellos. Las comparaciones se realizaron entre los tres grupos de tratamiento (multigrupo) formados por las combinaciones posibles de los componentes entre sí.

Además, el diseño empleado es experimental (3x5) con medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimientos de 1,3 y 12 meses) y medidas independientes en el primer factor.

7.2.1 Variable independiente

La variable independiente es el programa de intervención psicológica. Este tratamiento dirigido a pacientes con BN, asume tres niveles en los que se combinan los componentes principales del TCC:

- Alimentación + cognición
- Alimentación + imagen
- Cognición + imagen

7.2.2. Variables dependientes

Se consideran las siguientes variables dependientes:

- Restricción alimentaria
- Atracones
- Vómitos
- Ingesta de laxantes
- Ingesta de diuréticos
- Ejercicio físico intenso
- Preocupación por el peso
- Preocupación por la comida
- Preocupación por la figura
- Inadaptación
- Peso
- Distorsión en la percepción de la imagen corporal

Igualmente se valoró la adherencia al tratamiento, evaluada a través de;

- Tasas de abandono
- Cumplimiento de tareas
- Asistencia a las sesiones

7.2.3 Variables mediadoras

Parece demostrado que las siguientes variables pueden afectar a los resultados obtenidos con el tratamiento:

- Impulsividad

- Ansiedad
- Auto-estima

7.2.4 Variables extrañas o contaminadoras

Se consideran posibles variables contaminadoras la asignación de las participantes a los distintos grupos terapéuticos, el terapeuta que lleva a cabo las intervenciones y ciertas características de las pacientes, tanto a nivel sociodemográfico como relacionadas con el trastorno alimentario.

Las pacientes que participaron en la investigación, fueron asignadas a los tres grupos experimentales a través de la aleatorización. El programa terapéutico constituido por los módulos “alimentación” + “cognición” fue finalmente aplicado a 10 pacientes; el grupo “alimentación” + “imagen” fue seguido por 11 participantes y el programa “cognición” + “imagen” estuvo formado por 12 mujeres.

El control del terapeuta se llevó a cabo a través de la constancia del mismo. De esta manera, la evaluación de la totalidad del estudio (pretratamiento, tratamiento, postratamiento y seguimientos) y la aplicación de la intervención, se llevaron a cabo por la autora de la presente investigación.

Entre las variables sociodemográficas de las pacientes que pueden contaminar los resultados obtenidos se encuentran la edad, el estado civil, el nivel de estudios alcanzado, la situación laboral actual, la clase social subjetiva y su situación familiar. Respecto a las variables del trastorno alimentario, pueden influir los meses que la paciente lleve sufriendo BN, la presencia previa de trastornos psicológicos y la posibilidad de haber recibido anteriormente algún tratamiento para los mismos. Para evitar que estas características influyan en el resultado de la intervención, se realizó una asignación

aleatoria de las pacientes a los distintos grupos experimentales. No obstante, si esta medida no evitase la existencia de diferencias significativas, éstas se controlarán en el análisis de los resultados.

7.3. MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para obtener un conocimiento adecuado de la sintomatología de cada una de las pacientes, tanto al comienzo del tratamiento como en su finalización, es necesario el empleo de instrumentos estandarizados que evalúen la totalidad de las características bulímicas y de las variables consideradas, y que ofrezcan garantías a la hora de poder interpretar los resultados.

Además, se emplearán ciertos materiales durante la intervención, que facilitarán la puesta en marcha de las técnicas aplicadas.

7.3.1 Batería de evaluación

La información que se obtuvo de las pacientes proviene de pruebas autoaplicadas y heteroaplicadas, ya que en la evaluación se emplearon principalmente cuestionarios de autoinforme y una entrevista realizada por el terapeuta. Igualmente, las pacientes registraban pensamientos, emociones y conductas durante el transcurso del tratamiento. Toda esta información queda recogida en la batería de evaluación (que se recogen en el Anexo I)

7.3.1.1 Entrevista diagnóstica: *Eating Disorder Examination* (EDE, Cooper y Fairburn, 1987)

La entrevista semi-estructurada EDE surgió con el objetivo de poder superar aquellas limitaciones propias de los auto-informes que evalúan las características del trastorno bulímico. Muchas de estas pruebas emplean términos demasiado amplios para concretar la frecuencia de los síntomas (e.g. “nunca”, “a veces” o “siempre”) o carecen de definiciones objetivas que describan adecuadamente las conductas bulímicas de “atración” o “dieta”. Por ello, Cooper y Fairburn (1987) consideraron necesaria la creación de una entrevista, que pudiese ofrecer una descripción lo más detallada y exacta posible de la sintomatología del paciente con AN o BN.

Entre las características propias de esta prueba, destaca su función de entrevista diagnóstica, al contener items que exploran en profundidad cada uno de los criterios DSM III-R de AN y BN. Igualmente, cabe señalar la inclusión de variables cognitivas relacionadas con el cuerpo, a saber, preocupación por el peso y figura y desajustes de la imagen corporal. Estas características son fundamentales en el desarrollo y evolución de la BN, pero parecían olvidadas por la mayoría de cuestionarios existentes hasta el momento (Cooper, Cooper y Fairburn, 1989; Fairburn y Garner, 1986; Garner y Bemis, 1985; Rosen, Vara, Wendt y Leitenberg, 1990).

La entrevista contiene 62 items agrupados en 5 subescalas, que permiten evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas alimentarios:

- *Restricción alimentaria*: evalúa la disminución en la ingesta, las tendencias del paciente a evitar ciertos alimentos y sus intentos por seguir reglas rígidas en la dieta (puntuaciones entre 0 y 30).

- *Bulimia*: dónde se recogen información sobre la presencia de atracones (tanto objetivos -valorados por el entrevistador- como subjetivos -valorados por el propio paciente-) y vómitos.
- *Preocupación por el peso*: centrado en la insatisfacción con el peso corporal (puntuaciones entre 0 y 30).
- *Preocupación por la comida*: dónde se recoge la rumiación intrusiva de pensamientos sobre la comida, miedo a perder el control mientras se come y sentimientos de culpa después de comer (puntuaciones entre 0 y 30).
- *Preocupación por la figura*: evalúa la insatisfacción con la imagen corporal y el deseo de estar más delgada (puntuaciones entre 0 y 48).

Algunos de esos items se formulan como preguntas abiertas, dónde el paciente puede contestar lo que mejor le identifique (e.g.: ¿qué peso te gustaría tener?). Sin embargo, la mayoría de las respuestas se ajustan a una escala de 7 puntos que evalúan la frecuencia de los síntomas durante los últimos 30 días (este periodo de evaluación se prolonga hasta los últimos 3 meses en aquellos ítems que evalúan criterios diagnósticos que requieran dicha frecuencia temporal); la puntuación 0 implica ausencia de sintomatología en el último mes mientras que puntuar 6 significa presencia del síntoma durante todos los días del mes. A la hora de obtener los resultados, se pueden conseguir puntuaciones de cada escala además de una puntuación global de la severidad de la psicopatología del trastorno.

Las propiedades psicométricas de la EDE son bastante adecuadas. Los datos sobre la consistencia interna entre las distintas subescalas ofrecen unos valores satisfactorios, encontrando cifras entre 0,67 y 0,90 para el coeficiente de Cronbach (Cooper et al, 1989). Igualmente, la fiabilidad interjueces ha sido elevada en varios estudios (Cooper y

Fairburn, 1987; Wilson y Smith, 1989). También posee una buena validez discriminante para muestra clínica (AN o BN) frente a grupos control (Cooper y Fairburn, 1989). Por último, como prueba de su validez concurrente, se ha comprobado que presenta una correlación moderada en las variables restricción alimentaria y atracón frente a los auto-registros de comida; este valor era más elevado al tratarse de la frecuencia en los vómitos. Esta cifra aumenta en el estudio de Loeb, Walsh, Pike y Wilson (1992), al encontrar una correlación de 0,96 entre ambas pruebas. Igualmente, existe una alta correlación entre las subescalas de preocupación por el peso y por la figura y la prueba *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) de 0,78 y 0,82, respectivamente.

A pesar de la necesidad de entrenamiento previo al empleo de la EDE y el tiempo que conlleva su aplicación (de 30 a 60 minutos), esta entrevista se considera el método de elección para fines clínicos y de investigación ya que ofrece una información detallada de los síntomas de los pacientes con trastornos de alimentación y la evolución de las mismas; es capaz de hacer distinciones entre pacientes y no pacientes, al igual que entre las distintas patologías alimentarias; y es útil a la hora de evaluar los efectos que se derivan de la aplicación de un tratamiento concreto al mostrarse sensible a las mejorías de los pacientes con BN (Cooper et al, 1989; Fairburn, 1988; Garner, 1995; Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991; Wade, Tiggemann, Martin y Heath, 1997; Wilfley, Schwartz, Spurrell y Fairburn, 1997; Wilson, 1993; Wilson y Smith, 1989).

En la presente investigación se emplea una traducción de la entrevista, al no existir adaptación al castellano (Las Hayas et al., 2003). A pesar de ello, se ha encontrado una fiabilidad interjueces bastante aceptable para la versión en castellano (coeficientes entre 0,8 y 0,98) (Grilo, Lozano y Elder, 2005).

No obstante, a pesar de las ventajas comentadas, no parece adecuado que sea la única prueba que evalúe las conductas bulímicas, debido a posibles dificultades a la hora de recordar información con carácter retrospectivo. Los auto-registros parecen ofrecer datos más precisos y extensos al respecto, evaluando la información a tiempo real (Rosen et al, 1990; Wilson y Vitousek, 1999). De ahí que sea idóneo incluir ambas pruebas. Además, parece interesante poder comparar las cifras obtenidas por ambas medidas, ya que en algunos estudios se ha observado que la frecuencia de vómitos y atracones estimada por el propio paciente a través de los auto-registros arroja cifras más elevadas que aquellas obtenidas a través de la entrevista, lo que puede suponer que el paciente sobreestima sus propias ingestas (Hadigan, LaChaussee, Walsh y Kissileff, 1992; Rossiter y Agras, 1990; Saldaña, 1994; Walsh et al., 1997; Williamson et al., 1991; Wilson et al, 1986; Wilson y Vitousek, 1999; Yates y Sambrailo, 1984).

7.3.1.2 Instrumentos de autoinforme

Las pruebas de autoinforme se refieren tanto a aquellos cuestionarios estandarizados cuyos valores de validez y fiabilidad demuestran el valor de los mismos, como a aquellos instrumentos que han sido diseñados de manera específica para la presente investigación.

7.3.1.2.1 Cuestionario sociodemográfico y de historia del tratamiento (diseño propio)

Se realizó un cuestionario de diseño propio para la evaluación de las variables sociodemográficas y de historia del tratamiento. Para ello, se tuvo en cuenta la

información obtenida en la revisión literaria llevada a cabo, considerando la inclusión de aquellas variables que parecen tener relevancia en las pacientes con BN.

En concreto, se realizan preguntas sobre distintos aspectos:

- Características sociodemográficas de las pacientes: edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, clase social subjetiva y situación familiar (con quién vive la paciente, número de hermanos y número de hijos).
- Historia del trastorno alimentario: meses que lleva la paciente padeciendo BN, diagnósticos previos que haya podido recibir y tratamientos en los que haya podido participar.

7.3.1.2.2 Cuestionario sobre la imagen corporal (*Body Shape Questionnaire*, BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)

Este cuestionario pretende evaluar las preocupaciones que tiene el paciente con respecto a su imagen corporal y los antecedentes y consecuentes de las mismas; se centra concretamente en la insatisfacción corporal, la evitación de ciertas situaciones relacionadas con la figura, el deseo de adelgazar, el hecho de “sentirse gordo” y la baja auto-estima como consecuencia de estas preocupaciones. Las medidas que incluían items respecto a la apariencia corporal hasta ese momento, no evaluaban específicamente ese problema, siendo necesaria la creación de un cuestionario destinado a ello.

Es un cuestionario sencillo de rellenar y puede completarse en unos 10 minutos. La paciente debe responder teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas. Está formado por 34 items, con una escala Likert de respuesta con valores entre 1 y 6 (siendo 1= nunca

y 6= siempre). Puntuaciones elevadas indican preocupación excesiva por el peso y la figura, presentando una puntuación de corte de 105 (Fernández y Turón, 1998).

Sus propiedades psicométricas son excelentes, por lo que es un instrumento aceptable para su uso en estudios de investigación (Evans y Dolan, 1993). Posee una alta consistencia interna, con un valor de 0,97 y una fiabilidad test-retest de 0,88 (Rosen, Orosan y Reiter, 1995). La validez concurrente se evalúa a través de la correlación existente entre el BSQ y el cuestionario EAT (*Eating Attitudes Test*, Garner y Garfinkel, 1979), siendo de 0,35 en pacientes bulímicas y de 0,66 al evaluar la correlación frente a la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*, Garner, 1991). La validez discriminante también ha mostrado ser satisfactoria, pudiendo así distinguir entre pacientes y no-pacientes y personas altamente preocupadas con su cuerpo de aquellas que no lo estaban (Wilson y Smith, 1989).

Se empleó la versión adaptada a la población española por Raich et al. (1996).

7.1.3.2.3 Subescala de ansiedad de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HAD) (Zigmond y Snaith, 1983)

Esta escala ha sido diseñada para detectar la presencia de ansiedad en el ámbito hospitalario, dónde puede ser fácil confundir dichos síntomas con las consecuencias propias de ciertas enfermedades, como la falta de apetito o la pérdida de peso. Ya que los pacientes con BN presentan dichos síntomas derivados del trastorno alimentario, se ha considerado oportuno incluir esta prueba para evaluar la ansiedad en el presente estudio.

Esta prueba consta de 7 ítems, con una escala tipo Likert de respuesta, dónde la paciente debe elegir una de las cuatro opciones posibles. Cuanto mayor sea la puntuación

obtenida (sobre todo con cifras superiores a 10), mayor será la probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad.

Los datos psicométricos son adecuados, obteniendo de media un alfa de Cronbach de 0,83 y una sensibilidad y especificidad de 0,80 para un punto de corte de 8 (Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann, 2002).

En la presente investigación se utilizó la versión española de Caro e Ibáñez (1992). Ha sido empleada en nuestro país en distintos trabajos (Rodríguez, Pastor, López, García y Sánchez, 1989) y se han obtenido unas adecuadas propiedades psicométricas (Caro e Ibáñez, 1992; Cuevas, García-Estrada y González, 1995; Tejero, Guimera, Farré y Peri, 1986). En el estudio de Tejero et al (1986) se obtuvo un coeficiente alfa de 0,81 y una validez convergente satisfactoria, pues correlaciona alta y positivamente (0,71) con la escala estado del STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

7.1.3.2.4 Escala de autoestima (Rosenberg, 1965)

El objetivo de esta prueba es evaluar la satisfacción que una persona tiene consigo misma y la relación entre su imagen real y la ideal. Consta de 10 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 opciones (1= muy de acuerdo y 4= muy en desacuerdo). Es una escala fácil y rápida de administrar, lo que ha contribuido a su amplio uso.

El rango de puntuaciones oscila entre 10 y 40 puntos, siendo mayor la autoestima cuanto mayor es la puntuación alcanzada. Un punto de corte que discrimina entre niveles de alta y baja autoestima se puede establecer en 29 (Ward, 1977).

Presenta unas buenas características psicométricas. Su consistencia interna es de 0,87 (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004) y su validez discriminante es adecuada; así,

por ejemplo, la escala presenta una correlación negativa significativa con la escala rasgo del STAI (-0,70) y con el BDI (-0,35) (Arinero et al, 2004).

En la presente investigación se utilizó la versión española de Echeburúa y Corral (1998).

7.1.3..2.5 Test de siluetas (*Contour Drawing Rating Scale*) (Thompson y Gray, 1995)

Este test de siluetas tiene como objetivo ofrecer información sobre la percepción que tiene el paciente de su propio cuerpo y sobre la figura ideal que le gustaría tener. Consta de 9 figuras masculinas y 9 femeninas, dispuestas en dos filas, todas ellas dibujadas en ropa interior. Se decidió eliminar las figuras masculinas, ya que la muestra constaba únicamente de mujeres. Estas siluetas van aumentando su peso (de izquierda a derecha) variando todas las características de su cuerpo (cara, cuello, hombros, pecho, brazos, abdomen y piernas). La figura situada más a la izquierda presenta un infrapeso severo, mientras que la situada a la derecha del todo muestra una obesidad moderada. La paciente tiene que elegir una de las figuras para responder a cada una de las cinco preguntas formuladas. En esta investigación se tendrá en cuenta la respuesta al ítem “¿Qué figura crees que mejor te identifica en la actualidad?” para valorar el grado de distorsión perceptiva que presenta el paciente.

Para la corrección del test el terapeuta, conociendo el IMC del paciente, deberá asignar la figura que mejor represente a la paciente y compararla con la que ella ha identificado como tal. El grado de distorsión de la imagen corporal vendrá determinado por la distancia (medida en el número de figuras) que existen entre ambas. El valor de la respuesta puede variar entre 0 y 8, siendo mayor la distorsión perceptiva cuanto mayor sea esa cifra.

La fiabilidad test-retest es de 0,79 (Allison, 1995). No existen datos psicométricos respecto a la validez y fiabilidad de la prueba.

7.3.1.2.6 Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo 2000)

Esta escala evalúa el grado de inadaptación que sufre el paciente en su vida cotidiana. Contiene seis ítems que reflejan el grado en el que los problemas actuales del sujeto afectan a su trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar, y a su vida en general. Las opciones de respuesta varían entre 0 (el problema no le afecta en absoluto) y 5 (el problema le afecta muchísimo). Mayores puntuaciones indican mayor grado de afectación o inadaptación en los distintos ámbitos de la vida diaria. Validada con población española clínica y normativa, los datos estadísticos que arroja muestran una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,94. Con un punto de corte de 12, que diferenciaba entre adaptación e inadaptación, se obtuvo una especificidad del 86% y una sensibilidad del 100%. Para cada una de las subescalas un punto de corte de 2 demostraba una eficacia diagnóstica igual o superior al 90% (Echeburúa et al., 2000).

7.1.3.2.7 Escala de impulsividad de Barrat, versión 11 (Barratt *Impulsiveness Scale*) (Barratt y Standford, 1995)

Esta escala fue diseñada específicamente para evaluar el grado de impulsividad que tienen las personas a la hora de actuar y pensar ante las situaciones cotidianas de la vida. Consta de 30 ítems cuyas opciones de respuesta se puntúan en una escala likert (0= pocas veces o nunca y 3= casi siempre o siempre), por lo que su aplicación es rápida y

sencilla. Este cuestionario ofrece puntuaciones para tres escalas: Impulsividad Motora, Impulsividad Cognitiva e Impulsividad No Planificada. La primera escala se refiere a una tendencia a actuar sin pensar; la impulsividad cognitiva se relaciona con una propensión a tomar decisiones rápidamente, y la impulsividad no planificada se identifica con una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada.

Muestra una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.82 para población no clínica y de 0.83 en pacientes psiquiátricos. Por ello, se considera de utilidad clínica como medida de impulsividad (Patton, Stanford y Barratt, 1995).

Se empleó la versión española llevada a cabo por Oquendo et al. (2001).

7.1.3.2.8 Escala de cambio percibido en el tratamiento (diseño propio)

Esta prueba tiene como finalidad conocer las mejorías o empeoramientos que ha percibido la paciente durante el tratamiento. De esta manera, se pretende evaluar el grado en el que la participante considera que ha cambiado su sintomatología bulímica en toda su dimensión. Para ello, se han propuesto tres escalas tipo likert cuyos valores oscilan entre 1 y 5, considerando el 1 como un empeoramiento evidente de los síntomas y el 5 una clara mejoría de los mismos. Las escalas evalúan el cambio producido en las conductas alimentarias, en el procesamiento cognitivo y en aspectos relacionados con la imagen corporal. Los items que conforman las conductas relacionadas con la alimentación hacen referencia a la mejoría en la frecuencia de atracones y vómitos, a la restricción alimentaria y a la cantidad de alimentos “prohibidos” incluidos en la dieta. Respecto a los cambios cognitivos, se tiene en cuenta la capacidad para poder detectar y modificar pensamientos y creencias irracionales relacionados con el peso y la comida y la capacidad para solucionar eficazmente los problemas; por último, el cambio en la imagen corporal se valora a través de la capacidad de la paciente para poder detectar y modificar

pensamientos irracionales relacionados con la imagen corporal, el cambio producido en la percepción de su propia imagen, la capacidad para poder valorar otros aspectos distintos a la figura, la cantidad de actividades “recuperadas” relacionadas con el cuerpo y la capacidad para cambiar de imagen a través de actividades saludables. Estas escalas también tienen una valoración global final.

7.3.1.3 Auto-registros de comida (diseño propio)

Los auto-registros de comida fueron la primera medida de evaluación empleada en los trastornos alimentarios. Permiten conocer el comportamiento alimentario diario que tiene el paciente, la frecuencia del mismo y su evolución, siendo así posible evaluar la eficacia que tiene un tratamiento; igualmente, ayuda a identificar los antecedentes y consecuentes de ciertas conductas típicas del trastorno bulímico, conociendo así cuándo y dónde ocurre el episodio, qué hace, piensa y siente el paciente, y cuál es la naturaleza del contexto interpersonal en ese momento; de esta forma su uso no sólo sirve como medida evaluativa, sino que está demostrada su influencia en un cambio conductual. Así, terapeuta y paciente adquieren un conocimiento tal de la enfermedad, que les permite poner en marcha las estrategias adecuadas para lograr que el participante vuelva a tener control sobre sus hábitos alimentarios (Wilson y Vitousek, 1999).

No existe un modelo estándar de auto-registro alimentario, sino que las variables que lo conforman son muy distintas en cada ocasión. Entre ellas, las más habituales son el día y la hora en la que comienzan las comidas, el lugar dónde se llevan a cabo, una descripción cualitativa y cuantitativa de los alimentos ingeridos, la existencia de atracones, la presencia de conductas compensatorias y las circunstancias que rodean estos hechos; otras, no tan frecuentes, son la sensación de hambre previa a la ingesta, el grado de saciedad tras la misma y los sentimientos y pensamientos asociados a las conductas

purgativas (Agras, 1987; Wilson y Vitousek, 1999). El auto-registro empleado en la presente investigación pretende evaluar las variables más relevantes para el tratamiento. Para ello, la paciente dispone de un auto-registro para cada día, dónde debe concretar la hora en la que comienza la ingesta, el lugar dónde lo hace, anotar si considera que ha tenido lugar o no un atracón, señalar si ha empleado alguna conducta purgativa (vómitos, laxantes o diuréticos) y por último reflejar el contexto que rodea a esa situación, es decir, los pensamientos, sentimientos y actividades que tienen lugar durante la misma.

Esta medida no está exenta de problemas de fiabilidad y validez. De hecho, puede ser frecuente que los pacientes olviden anotar algunos de los alimentos ingeridos, oculten cierta información o cometan errores a la hora de estimar las cantidades tomadas o el tiempo empleado en ello. Sin embargo, estas limitaciones pueden solventarse siguiendo las recomendaciones generales para optimizar la exactitud de los registros, a saber, facilitar unas instrucciones claras y precisas sobre su uso y explicar a los pacientes sus objetivos y ventajas terapéuticas.

7.3.2 Material utilizado en el tratamiento

Para que la paciente tenga un conocimiento adecuado de las condiciones en las que se desarrolla el tratamiento, se establece un contrato terapéutico, en el que se especifican los compromisos que tienen que adquirir la participante y el terapeuta, señalando así la frecuencia de las sesiones, el lugar dónde se llevan a cabo, la confidencialidad del material de trabajo y la necesidad de participación activa y asistencia regular por parte de la paciente.

Igualmente se ha elaborado un material didáctico para los principales bloques temáticos tratados durante la intervención, a saber, alimentación equilibrada, restricción

alimentaria, atracones, conductas purgativas, peso saludable e imagen corporal. Cada una de esas lecturas será entregada al finalizar la/s sesión/es que haya/n tratado sobre dicho tema, y así la paciente podrá consultarlas en el momento en el que lo requiera.

Además, durante las sesiones y como tarea para casa, la paciente tendrá que cumplimentar una serie de listados y auto-registros:

- Tabla de peso
- Gráfica de atracones y vómitos: evolución de dichas conductas (no incluida en el Anexo II).
- Tabla de objetivos esperados
- Listado de ventajas e inconvenientes de llevar una alimentación “desordenada”
- Listado de reglas ante la comida: decálogo con las normas alimentarias básicas
- Auto-registro de actividades alternativas: para la evaluación de la eficacia de ciertas actividades en la disminución de la frecuencia del atracón/ vómito
- Tabla de control de estímulos: situaciones que facilitan el atracón/vómito
- Tabla de alimentos prohibidos: grupos de alimentos distribuidos según el grado de malestar que producen en el paciente
- Listado de situaciones evitadas: situaciones relacionadas con la comida y la imagen corporal, al igual que su grado de evitación
- Auto-registro de exposición a los alimentos prohibidos y a las situaciones evitadas relacionadas con la imagen corporal

- Auto-registro SPC: situación – pensamiento – consecuencias (emocionales y conductuales)
- Auto-registro de pensamientos: situación – pensamiento – consecuencias – evidencias a favor y en contra – conclusión lógica
- Auto-registro de solución de problemas
- Tabla autodescriptiva: aspectos positivos del paciente en distintas áreas
- Listado de actividades para el cambio de apariencia
- Prueba de realidad respecto a su volumen corporal
- Plan de mantenimiento: situaciones de riesgo y estrategias útiles empleadas durante el tratamiento

Cada grupo de tratamiento trabajará únicamente con aquel material que corresponda a las técnicas empleadas durante su intervención (todo este material terapéutico se recoge en el Anexo II).

7.4. PROCEDIMIENTO

7.4.1. Diseño del tratamiento y estudio piloto

Tras el diseño del tratamiento basado en el programa de Fairburn y la elaboración de los materiales e instrumentos se realizó un estudio piloto (n=3, 1 grupo “alimentación + cognición”, 1 grupo “alimentación + imagen” y 1 grupo “cognición + imagen”) para ver el funcionamiento de los tres grupos de intervención. Asimismo se consultó a un grupo de expertos. Gracias a las aportaciones e indicaciones de ambas fuentes, se revisaron los tratamientos y se modificaron cuestiones relativas al momento de cumplimentación de algunos autoinformes, y al contenido de algunas sesiones

En primer lugar, se decidió que las pacientes completasen en casa los cuestionarios HAD, BIS 11, Escala de adaptación y Escala de autoestima, con el objetivo de no prolongar demasiado la primera de las sesiones. Con respecto al contenido de algunas de las técnicas propuestas, se llevaron a cabo las siguientes modificaciones en el módulo “alimentación”:

- Cambio de la duración mínima del tentempié y la merienda a 10 minutos (se observó que 15 minutos era una duración excesiva) como norma del patrón alimentario.
- Distinción entre los fines de semana y los días de diario en la planificación del horario de comidas, previniendo así posibles dificultades en la consecución del plan establecido durante el fin de semana.
- Concreción de la información ofrecida sobre las conductas purgativas. En un principio se facilitaba a la paciente información general sobre dichos comportamientos; sin embargo, se decidió proporcionar únicamente aquellos datos que fuesen útiles para cada paciente en función de sus prácticas regulares.
- Inclusión de un apartado destinado a la puesta en marcha de aquellas situaciones relacionadas con la comida que fuesen evitadas por las pacientes.

En el módulo “cognición” se llevaron a cabo los siguientes cambios:

- Prolongación del tratamiento en una sesión añadida, para facilitar así a las pacientes la práctica de la reestructuración cognitiva de ideas y creencias irracionales al observar la dificultad encontrada por las mismas.
- Inclusión de nuevos ejemplos de cada uno de los pasos a seguir en la reestructuración, ayudando así a que las pacientes lograsen modificar sus propias ideas y pensamientos.
- Inclusión de la valoración subjetiva (con una puntuación de 0 a 10) de las ventajas e inconvenientes de cada una de las alternativas propuestas en la técnica de solución de

problemas. De esa manera, se facilitaba a las participantes la elección de la solución más idónea.

En el módulo “imagen”, se tomaron las siguientes decisiones:

- Graduación de 0 a 100 del grado de ansiedad que provocaban las situaciones evitadas relacionadas con la imagen corporal en cada una de las pacientes. De esta manera, la exposición a las mismas se realizaba de manera progresiva y pautada. Anteriormente, no se llevaba a cabo ninguna graduación, lo que implicaba la exposición en orden aleatorio de las situaciones temidas.
- Restricción del empleo de la prueba de realidad respecto al tamaño corporal a aquellas pacientes cuyo peso no fuese demasiado elevado, ya que en los casos de pacientes con sobrepeso las medidas subjetivas podían ser similares a los valores objetivos, anulando así el valor de la prueba.

7.4.2 Captación de las participantes en el estudio

En un primer momento, se dió a conocer el programa de tratamiento a diversos centros municipales dónde acudían habitualmente un número elevado de mujeres en busca de información y ayuda a distintos niveles (laboral, formativa, psicológica...). Igualmente se tuvo contacto con un colegio madrileño, con alumnos de edades comprendidas entre los 6 a los 18 años. Los profesionales implicados con el proyecto (psicólogos del centro) eran los encargados de informar sobre el tratamiento a aquellas personas directamente interesadas en el mismo o que fuesen valoradas como candidatas para su participación.

A continuación, se procedía a tener un primer contacto con la paciente, formalizando así la primera de las sesiones. El objetivo de la misma era conocer si la

persona interesada cumplía los criterios necesarios para la participación en la intervención. Para ello se procedía a cumplimentar el cuestionario sociodemográfico y de historia del tratamiento y se entrevistaba a la paciente según las pautas de la EDE.

Así se evaluaron 47 mujeres de las que excluyeron para el estudio a 12. El motivo principal para desestimar la participación en el tratamiento fue la ausencia de un diagnóstico de BN según criterios DSM IV (9 de las 12 participantes). En concreto, 7 de ellas no tenían atracones / vómitos en la frecuencia requerida (al menos 2 por semana durante los últimos 3 meses). Las otras dos personas no llegaban a tener atracones tal y como aparecen definidos en el DSM IV (ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en una cantidad superior a la considerada normal y sensación de falta de control sobre dicha ingesta); dos pacientes excluidas estaban siendo tratadas en ese momento con algún psicofármaco (en concreto, con antidepresivos, debido a presencia de sintomatología depresiva); por último, una de ellas tenía un IMC inferior a 18 (IMC= 17,67), pudiendo peligrar su estado de salud durante el tratamiento, por lo que se decidió derivarla a la Unidad de Alimentación del Hospital Niño Jesús de Madrid.

Por lo tanto, la muestra inicial estuvo formada por 35 pacientes que cumplían los criterios de inclusión necesarios para la participación en el estudio. Esta cifra se vió reducida en la segunda sesión, ya que dos de las participantes iniciales no accedieron a tener ese nuevo contacto con el terapeuta, no pudiendo devolverles la información obtenida tras su evaluación. Una de estas pacientes fue admitida en un curso que había solicitado previamente, cuyo horario era incompatible con el de la terapia. La otra participante no expuso un motivo claro para el rechazo, señalando simplemente que “no podía comenzar el tratamiento”. Finalmente, fueron 33 las pacientes asignadas a las condiciones de tratamiento establecidas. De esta manera, 10 de ellas formaban parte del grupo “alimentación + cognición”, otras 11 se asignaron a la modalidad de “alimentación

+ imagen” y las 12 restantes fueron incluidas en el grupo “cognición + imagen” (En la Figura 7.1 se puede observar la distribución final de las participantes.

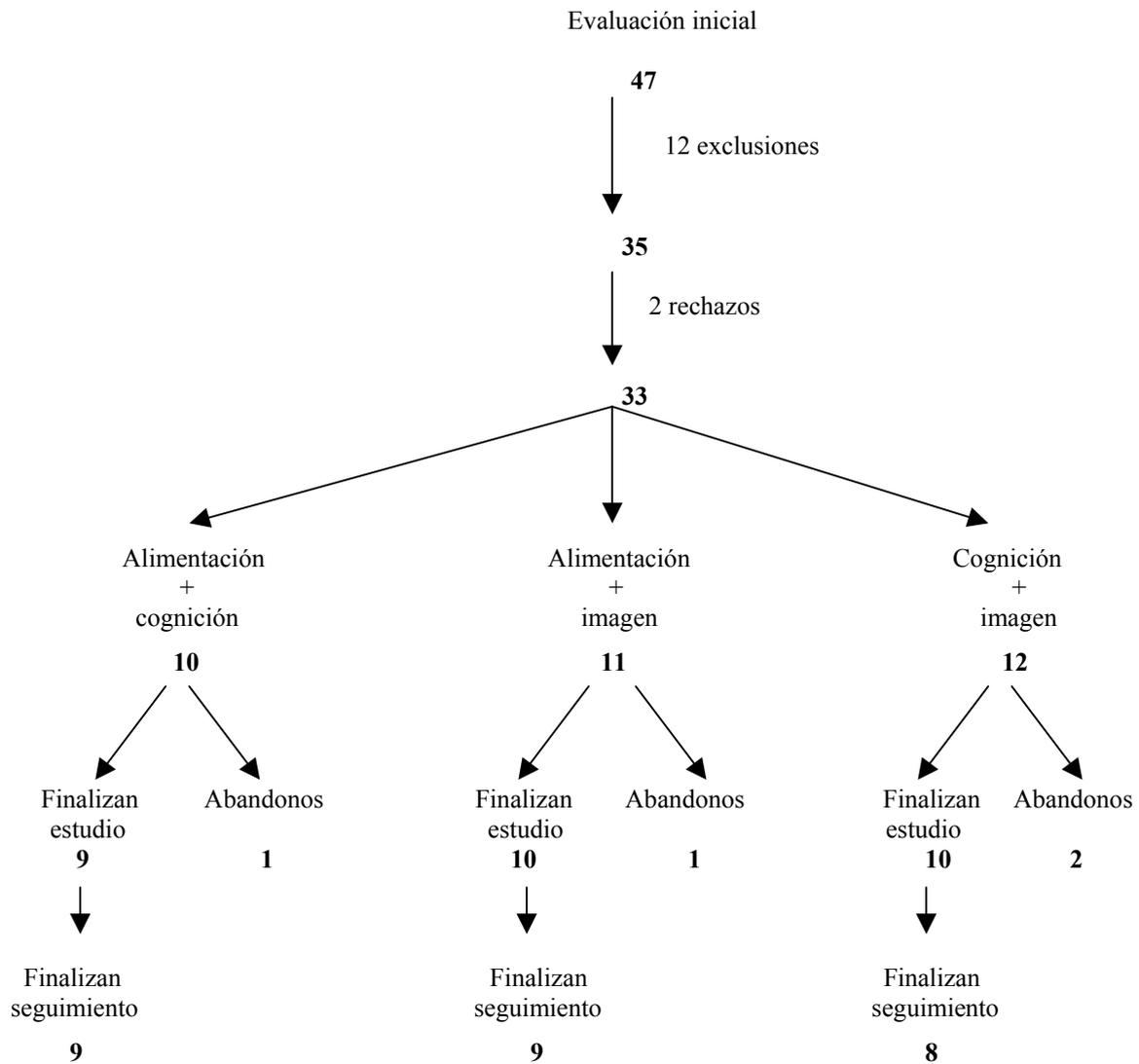


Figura 7.1 Esquema del proceso de aleatorización y tratamiento

7.4.3 Evaluación pretratamiento

Como se ha comentado anteriormente, la primera sesión tiene como objetivo poder identificar aquellas pacientes que reúnen los requisitos necesarios para la participación en el tratamiento. A pesar de que es el propio terapeuta quién lleva a cabo tanto la evaluación como el tratamiento, la mayoría de las pruebas aplicadas son cumplimentadas por la propia paciente, lo que disminuye la posible influencia de un evaluador no ciego al tipo de intervención.

Tras una primera toma de contacto entre la paciente y el terapeuta, dónde se explica la necesidad de conocer su problema alimentario y se asegura la confidencialidad de la información obtenida, el terapeuta cumplimenta el cuestionario sociodemográfico y de historia del tratamiento con la ayuda de la paciente. A continuación evalúa la sintomatología propia del trastorno siguiendo las pautas de la EDE. La duración aproximada de dicha entrevista oscila entre 30 y 60 minutos, tras los cuales se pide a la paciente que rellene en consulta el cuestionario BSQ y el test de figuras (necesitando emplear entre 60 y 90 minutos en total en esta primera sesión). De esa manera, se obtiene toda la información directamente relacionada con el trastorno bulímico. Para finalizar la fase de evaluación pretratamiento, la paciente tiene que completar en casa el resto de auto-informes (HAD, Escala de autoestima, Escala de inadaptación y BIS 11) lo antes posible y en todo caso antes de que transcurra una semana desde ese primer encuentro. Igualmente, se tendrán en cuenta los auto-registros de comida que rellene durante su primera semana de intervención.

7.4.4 Tratamiento

Es en la 2ª sesión cuando comienza el tratamiento propiamente dicho. Las tres condiciones terapéuticas comparten la estructura y contenidos de la misma, siendo a partir de la 3ª sesión cuando se aplican las técnicas concretas a cada grupo de tratamiento.

Las principales condiciones de tratamiento son iguales para todos los participantes, a saber, aplicación individual del mismo, intervalo semanal entre sesiones y 60 minutos de duración en cada sesión; sin embargo, el número total de encuentros varía en función de los módulos aplicados. Así, las técnicas referidas al patrón alimentario se aplican en siete sesiones, el módulo cognitivo en cinco y la intervención referida a la imagen corporal en otras cinco.

Tras la aplicación de las técnicas específicas de cada módulo de intervención, se prepara a las pacientes para la finalización del mismo. Para ello, las dos últimas sesiones están dedicadas a la preparación de recaídas, conociendo las principales situaciones de riesgo de cada paciente y planeando la manera de afrontar las mismas. Estas sesiones son igualmente comunes para los tres grupos de tratamiento.

La Tabla 7.1 ofrece de manera resumida los contenidos principales de las cuatro sesiones comunes para todos los tratamientos.

Tabla 7.1 Resumen de las sesiones comunes en todos los tratamientos

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60-90 minutos	<p>Presentación y evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Explicación de la importancia de la evaluación • Cumplimentación de entrevista, cuestionario BSQ y test de figuras <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentar cuestionarios HAD, BIS 11, Escala de inadaptación y Rosenberg
60 minutos	<p>Conociendo el tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de cuestionarios • Presentación del programa de tratamiento • Explicación de la aproximación cognitivo-conductual del tratamiento • Requisitos del tratamiento • Contrato conductual <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar tabla de objetivos
MODULOS ESPECÍFICOS	
60 minutos	<p>Preparación para las recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas • Distinción entre caída y recaída: modelo de Marlatt y Gordon <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones riesgo
variable	<p>Preparación para las recaídas (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de tareas • Establecimiento de un plan de mantenimiento • Evaluación final • Planificación del seguimiento

En las Tablas 7.2, 7.3 y 7.4 se reflejan las principales características de cada uno de los módulos de intervención. En el Anexo III se recoge el manual empleado en el tratamiento, dividido según las sesiones comunes para todos los grupos y en función de los módulos a tratar de manera específica en cada uno de ellos (los párrafos señalados en un color distinto indican sugerencias y especificaciones únicamente para uso del terapeuta).

Tabla 7.2 Resumen del módulo “alimentación”

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60 minutos	<p>Regularizando patrones</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Introducción a los auto-registros de comida y al peso semanal <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registros de comida
60 minutos	<p>Instauración del patrón alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Información respecto al peso ● Instauración del patrón alimentario <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registros de comida ● Lectura “un peso saludable” ● Seguimiento del patrón alimentario
60 minutos	<p>Alimentación equilibrada</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Información de una alimentación equilibrada y de la restricción alimentaria ● Necesidad de eliminar la dieta ● Importancia de la entrevista con familiares <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registros de comida ● Seguimiento del patrón alimentario ● Eliminación de reglas ante la comida ● Lecturas “una alimentación equilibrada” y “restricción alimentaria”
60 minutos	<p>Cómo afrontar los atracones</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Información de los atracones ● Actividades alternativas al atracón/vómito ● Entrevista con familiares <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registros de comida ● Seguimiento del patrón alimentario ● Realizar actividades alternativas ● Lectura “atracones”
60 minutos	<p>Conductas purgativas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Información de conductas purgativas ● Consejos respecto al vómito, uso de laxantes y diuréticos <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registros de comida ● Seguimiento del patrón alimentario ● Realizar actividades alternativas ● Poner en marcha consejos sobre vómito, laxantes y diuréticos ● Lectura “conductas purgativas”

Tabla 7.2. Resumen del módulo “alimentación” (Cont.)

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60 minutos	<p>Control de estímulos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Control de estímulos ● Decálogo alimentario <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro comidas ● Seguimiento patrón alimentario ● Realizar actividades alternativas ● Elaborar lista de “alimentos prohibidos”
60 minutos 60 minutos (Cont.)	<p>Alimentos y situaciones “prohibidas”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Información sobre alimentos prohibidos ● Introducción de alimentos evitados en la dieta ● Situación evitadas ● Evolución del módulo <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registros comida ● Seguimiento del patrón alimentario ● Introducción de alimentos y situaciones evitadas

Tabla 7.3 Resumen del módulo “cognición”

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60 minutos	<p>Introducción a la reestructuración cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Importancia de los pensamientos ● Identificación de situaciones, pensamientos, sentimientos y conductas ● Modelos situación-pensamiento-consecuencia (SPC) <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro SPC
60 minutos	<p>Reestructuración cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Existencia de ideas irracionales y manera de combatirlos ● Revisión del proceso <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de pensamientos
60 minutos	<p>Reestructurando las creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Existencia de creencias irracionales. Cómo identificarlas y combatirlos ● Importancia de la entrevista con familiares <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de pensamientos ● Completar auto-registro de creencias erróneas ● Listado de situaciones problema

Tabla 7.3 Resumen del módulo “cognición” (Cont.)

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60 minutos	<p>Introducción a la solución de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Explicación de la técnica solución de problemas ● Fases de la solución de problemas ● Entrevista con familiares <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de creencias erróneas ● Completar auto-registro de solución de problemas
60 minutos	<p>Solución de problemas (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Práctica de solución de problemas ● Evolución del módulo <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de solución de problemas

Tabla 7.4 Resumen del módulo “imagen”

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60 minutos	<p>Información de la imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Introducción al nuevo módulo. Información respecto a la imagen corporal ● Esquema SPC <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro SPC ● Lectura “imagen corporal”
60 minutos	<p>Reestructuración cognitiva de la imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Cambio de ideas irracionales relacionadas con la imagen corporal <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de pensamientos
60 minutos	<p>Reestructuración cognitiva de la imagen corporal (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Existencia y modificación de creencias irracionales ● Valores positivos <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de pensamientos y de creencias ● Realizar tabla de valores positivos
60 minutos	<p>Exposición a las situaciones relacionadas con la imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Exposición a situaciones evitadas relacionadas con la imagen corporal ● Cambios en la apariencia <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de exposición a situaciones ● Actividades para el cambio de apariencia

Tabla 7.4 Resumen del módulo “imagen” (Cont.)

DURACIÓN SESIÓN	CONTENIDO
60 minutos	<p>Exposición + reestructuración cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de tareas ● Exposición durante la sesión + reestructuración cognitiva ● Distorsión en la percepción de la imagen corporal ● Resumen del módulo <p>Tareas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Completar auto-registro de exposición a situaciones ● Actividades para el cambio de la apariencia

Como puede observarse, el módulo del patrón alimentario está formado por 7 sesiones centradas específicamente en la eliminación de aquellas conductas poco saludables relacionadas con la alimentación de las pacientes. La duración de los módulos “imagen” y “cognición” es algo más reducida, con 5 sesiones en cada uno de ellos; el componente centrado en la figura corporal destina sus sesiones a la reestructuración cognitiva de la imagen y a la exposición a situaciones temidas por las pacientes. El módulo cognitivo se centra en la reestructuración de pensamientos erróneos relacionados con el peso y la comida y en la solución de problemas que sufran las pacientes.

De esta manera, las distintas intervenciones tienen una duración total muy similar entre sí, con 16 sesiones para los grupos de tratamiento “alimentación + cognición” (4 sesiones comunes + 7 sesiones del módulo alimentario + 5 sesiones del módulo cognitivo) y “alimentación + imagen” (4 sesiones comunes + 7 sesiones del módulo alimentario + 5 sesiones del componente de la imagen corporal) y 14 sesiones para el grupo “cognición + imagen” (4 sesiones comunes + 5 sesiones del módulo cognitivo + 5 sesiones del componente de la imagen corporal).

7.4.5 Evaluación postratamiento

En la última sesión, además de establecer un plan de mantenimiento para cada una de las pacientes, se lleva a cabo la evaluación postratamiento, por lo que se vuelve a

aplicar la EDE, teniendo también que rellenar los cuestionarios empleados en la evaluación pretratamiento. Para conocer la satisfacción de las participantes con las intervenciones y la valoración que hacen de las mismas, debían igualmente responder a la escala elaborada con dicha finalidad. También se tendrán en cuenta los auto-registros de comida rellenos durante su última semana de tratamiento.

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos para esta última sesión, no se concreta un tiempo limitado para su desarrollo, ajustando su duración a las necesidades idiosincráticas de cada paciente.

7.4.6 Seguimiento

Para comprobar la eficacia de los tratamientos a largo plazo, se ha considerado necesario evaluar el estado de la paciente varios meses después de la finalización del mismo. De esta manera, se podrá valorar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo, proporcionando a la paciente una calidad de vida clínicamente satisfactoria. Además, interesa saber si la participante es capaz de afrontar su trastorno sin el apoyo terapéutico recibido hasta el momento.

Para ello, se proponen tres momentos de evaluación, a saber, 1, 3 y 12 meses. Estos encuentros se llevan a cabo en el mismo lugar en el que se aplicaron los tratamientos y consisten en la administración de las pruebas de auto-informe empleadas en las evaluaciones pre y postratamiento, y en la realización de la entrevista diagnóstica. Su duración vuelve a ser variable en función del tiempo que sea necesario emplear para la obtención de toda la información requerida. Tres de las pacientes que finalizaron el tratamiento no pudieron participar en estos tres momentos de medida por diversas causas (cambio de domicilio e incompatibilidad horaria).

7.5 ANÁLISIS DE DATOS

En algunas de las investigaciones examinadas se lleva a cabo un análisis de datos por intención, en el cual se incluyen a todos los participantes que inician las intervenciones independientemente de que terminen o no el programa y/o los seguimientos (Agras et al., 1992; Freeman et al., 1988; Garner et al., 1993; Mitchell et al., 2002, Walsh et al., 1997; Wilson et al., 1991; Wilson et al., 2002). Esta aproximación cuenta con la ventaja de ofrecer resultados conservadores, ya que en los casos de abandono se mantienen los valores de pretratamiento. De esta manera, si los resultados de eficacia se muestran positivos, se podrá estimar una potencia del tratamiento mayor que la obtenida. Sin embargo, otros autores han considerado más adecuado incluir únicamente a aquellos sujetos que finalizasen el tratamiento (Fairburn et al., 1986; Fairburn et al., 1991; Leitenberg et al., 1994) ya que éste es el tipo de análisis recomendado cuando se pretende conocer la eficacia relativa de los tratamientos aplicados (Fairburn et al., 1991). Por lo tanto, en la presente investigación se ha decidido descartar en el análisis de datos a aquellas pacientes que no completasen el estudio, considerándolas como casos perdidos. Únicamente se tendrán en cuenta sus datos iniciales con el fin de conocer si existen diferencias significativas en alguna de las variables pretratamiento entre las participantes que finalizan el tratamiento y aquellas que no lo hacen. Para ello se emplearon pruebas χ^2 (variables cualitativas) y ANOVAs (variables cuantitativas).

La mayoría de los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS (versión 11.0). Solamente en el caso de los análisis del tamaño del efecto de la intervención se empleó el programa *G*POWER* (versión 2.0) (Faul y Erdfelder, 1992). Aunque el tamaño inicial de la muestra fuese relativamente reducido ($n= 33$), se decidió la aplicación de pruebas paramétricas para el análisis de datos ya que el empleo de

pruebas no paramétricas supone la pérdida de gran parte de la información recogida durante la evaluación (al no operar explícitamente con las puntuaciones obtenidas) y los resultados obtenidos de las mismas son menos potentes que de las correspondientes técnicas paramétricas (Amón, 2001; Coolican, 2005). Normalmente, no se aconseja la utilización de pruebas no paramétricas a no ser que existan razones importantes para suponer que existe una desviación considerable de la normalidad, se desee especial prudencia con respecto a los errores de tipo I o se busquen aproximaciones rápidas sin consideraciones sobre la potencia (Cuadras, Echeverría, Mateo y Sánchez, 1984).

Para la caracterización de las participantes en el estudio se realizó un análisis descriptivo de los mismos, empleando estadísticos como medias, desviaciones típicas y rangos en las variables continuas, y porcentajes descriptivos de las variables dicotómicas o cualitativas.

Se estudió la homogeneidad de los tres grupos de tratamiento en las variables sociodemográficas, en la historia previa del trastorno y en las variables mediadoras y dependientes. Para ello, se utilizó la prueba χ^2 en el caso de las variables cualitativas y ANOVAs de medidas independientes en el caso de variables cuantitativas. De la misma manera se comprobó si existían diferencias significativas entre aquellas pacientes que abandonaban el tratamiento antes de su finalización y aquellas que lo completaban. Por otra parte, para conocer si existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por la entrevista EDE y las puntuaciones halladas a través de los auto-registros en las variables atracón, vómito, laxantes y diuréticos, se emplearon las pruebas no paramétricas tau-b de Kendall y Wilcoxon para muestras relacionadas, tanto en las medidas pretratamiento como en el postratamiento. Para ello, se tuvieron en cuenta los datos recogidos en la primera semana de auto-registro (pretratamiento) y en la última semana de tratamiento (postratamiento).

Para determinar la eficacia del tratamiento se analizó si las participantes mejoraban a lo largo del tiempo y si existían diferencias en los resultados en función del tipo de intervención aplicada.

Se determinó en primer lugar cuáles fueron los cambios producidos en el tiempo, por lo que se compararon en las variables dependientes y mediadoras las diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y los seguimientos. En el primer caso, se realizó un ANOVA de medidas repetidas (ANOVA-MR) en un diseño mixto con un factor intergrupo (los tres grupos de tratamiento) y un factor intrasujeto (con dos niveles, medidas pre y postratamiento). Para el segundo momento de análisis (pre-seguimientos) se realizaron también ANOVAs de dos factores con medidas repetidas (ANOVA-MR) para cada una de las variables evaluadas, teniendo un factor intergrupo (tres niveles correspondientes a los grupos de tratamiento) y un factor intrasujeto con cinco niveles (pre, post y seguimientos al mes, tres y doce meses).

En segundo lugar, y para comprobar si existen diferencias en función del grupo de tratamiento, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVAs) que permitían conocer los cambios intergrupo incluyendo el control de las medidas pretratamiento. Así se podría eliminar de las variables de sintomatología el efecto atribuible a otros factores que pudiesen presentarse en la evaluación pretratamiento. Además, para conocer en qué momento se producía el cambio significativo, se llevó a cabo un análisis únicamente para aquellas variables que mostraban cambios intergrupo estadísticamente significativos. Para ello, se realizaba una comparación de todos los momentos de medida dos a dos.

Para conocer la significación clínica de las intervenciones, se llevó a cabo una prueba χ^2 . Aunque en la mayoría de los estudios evaluados no se informa de los criterios empleados para definir la recuperación del trastorno, la ausencia de atracones y purgas suele ser un referente común en este caso; no obstante, este criterio se considera un tanto

limitado, al referirse únicamente al componente conductual de la BN (Lameiras y Failde, 2000). Para evaluar la mejoría clínica de estas pacientes, se han considerado los valores relativos a: (1) los porcentajes de abstinencia de los atracones durante la semana previa a la evaluación; (2) los porcentajes de abstinencia de los vómitos durante la semana previa a la evaluación; (3) los porcentajes de abstinencia de laxantes o diuréticos durante la semana previa a la evaluación; (4) los porcentajes de pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos de BN en el momento de la evaluación; y (5) los datos relativos a aquellas variables que presentaban un punto de corte capaz de discriminar la mejoría clínica de las participantes al comparar la puntuación con población normal, a saber, ansiedad, auto-estima, preocupación por la figura y adaptación al entorno. De esta manera, se valoraba si las pacientes sufrían un posible trastorno de ansiedad ($HAD > 10$), presentaban un baja auto-estima (Escala Rosenberg < 29), se encontraban preocupadas por su imagen corporal ($BSQ > 105$) o presentaban un problema de adaptación (Escala de inadaptación de Echeburúa > 12).

También se analizó la eficacia del programa de forma diferencial a través del cálculo del tamaño del efecto con el programa estadístico *G*POWER*, y la categorización que Faul y Elderfer (1992) proponen para el análisis de los resultados obtenidos por el mismo, que corresponde a: tamaño del efecto pequeño $< 0,5$, mediano $> 0,5$ y $< 0,8$, y grande $> 0,8$.

Por último, para valorar la efectividad del tratamiento, se tuvo en cuenta la adherencia al mismo y el cambio percibido por las pacientes tras su finalización. Con respecto a la adherencia, se realizaron pruebas de χ^2 entre los tres grupos, considerando el porcentaje de abandonos en cada grupo y el cumplimiento de las tareas para casa. Además, se realizó un análisis cualitativo de la sesión en la que se produjeron los abandonos y los motivos de las mismas. En cuanto al cambio percibido por las

participantes en el programa, se realizó un análisis cualitativo del mismo, considerando sus respuestas a las preguntas referentes a la valoración subjetiva al finalizar el tratamiento. Además, se llevó a cabo una comparación de medias entre los distintos ítems propuestos.

8. RESULTADOS

8.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

8.1.1 Variables sociodemográficas

Como puede observarse en la Tabla 8.1, a pesar de que el rango de edad de las participantes es bastante amplio (de 15 a 60 años, $M=31,90$; $DT=11,47$), la mayoría de ellas tienen una edad comprendida entre los 18 y los 40 años (69,6%). En cuanto a su situación familiar, no existe una tendencia clara respecto al estado civil predominante, ya que un 51,51% de las participantes eran solteras y un 42,42% estaban casadas o tenían pareja estable. Este dato es fácilmente comprensible si se observa el rango de edad de las pacientes, siendo las más jóvenes las que aún no han formalizado una relación estable. Todas aquellas participantes que tienen pareja conviven con ella y las que están solteras viven mayoritariamente con sus padres (76,47%). El resto viven solas (11,76%) o con otros familiares (abuelos -5,88%- o hijos -5,88%-). La mayoría de ellas no tienen descendencia (60,60%) y un 21,21% sólo tienen un hijo. El resto (18,18%) tienen 2 o más.

Tabla 8.1 Variables sociodemográficas de la muestra

	Alimentación + cognición (n=10)	Alimentación + imagen (n=11)	Cognición + imagen (n=12)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Edad M (DT) Rango	30,70 (11,27) 18-57	36 (12,81) 18-60	29,16 (29,16) 15-45	F (2,30)= 1,104
Edad (%)				χ^2 (8)= 11,019
Menos de 18 años	0	0	16,7	
Entre 18 y 30 años	40	36,4	50	
Entre 31 y 40 años	50	27,3	8,3	
Entre 41 y 50 años	0	27,3	25	
Más de 50 años	10	9,1	0	

Tabla 8.1 Variables sociodemográficas de la muestra (Cont.)

	Alimentación + cognición (n=10)	Alimentación + imagen (n=11)	Cognición + imagen (n=12)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Estado civil (%)				
Soltera	50	36,4	66,7	χ^2 (6)= 6,154
Casada / con pareja	50	54,5	25	
Separada o divorciada	0	0	8,33	
Viuda	0	9,1	0	
Con quién vive (%)				
Sola	10	0	8,3	χ^2 (6)= 3,31
Con su marido / pareja	50	54,5	25	
Con sus padres	30	36,4	50	
Con compañeros de piso	0	0	0	
Otros	10	9,1	16,7	
Nº hijos (%)				
0	50	54,5	75	χ^2 (8)= 5,197
1	30	27,3	8,3	
2	10	9,1	8,3	
3	10	0	8,3	
4 o más	0	9,1	0	
Nivel de educación (%)				
Sin estudios	0	0	0	χ^2 (4)= 3,659
Elemental / EGB	40	45,5	33,3	
ESO/ BUP/ COU/ FP	50	36,4	25	
Universitarios	10	18,2	41,7	
Doctorado	0	0	0	
Situación laboral (%)				
Estudiante	30	36,4	33,3	χ^2 (8)= 4,708
Trabajadora t. completo	10	18,2	33,3	
Trabajadora t. parcial	20	18,2	25	
Parada	20	9,1	8,3	
Ama de casa	20	18,2	0	
Jubilada	0	0	0	
Discapacitada	0	0	0	
Clase social subj. (%)				
Alta	0	0	0	χ^2 (6)= 3,269
Media-alta	20	18,2	33,3	
Media	60	54,5	58,3	
Media-baja	20	18,2	8,3	
Baja	0	9,1	0	

Con respecto al nivel educativo alcanzando, todas las pacientes han recibido algún tipo de formación, bien sea de nivel básico, como la EGB (39,39%) o de nivel más avanzando (ESO, BUP, COU o FP) (36,36%). Además, un 24,24% de las participantes habían desarrollado estudios universitarios. No obstante, un 33,33% del total de la muestra sigue ampliando su formación en el momento actual. Del resto, la mayoría está trabajando (42,42%), bien en jornada completa (24,24%) o parcial (18,18%) y únicamente un 24,24% no trabajan fuera del hogar (i.e. amas de casa o paradas).

La clase social que predomina entre las pacientes es de tipo medio (57,57%), encontrando sólo a una de ellas en una de las categorías extremas (“clase baja”). El resto (39,39%) considera que su posición social es medio-alta (24,24%) o medio-baja (15,15%). Es importante recordar que este ítem hace referencia a la valoración subjetiva que hacen las participantes de su clase social, pudiendo en algunos casos, no coincidir con el estatus real.

8.1.2 Variables relacionadas con el trastorno

Con respecto a la historia del trastorno alimentario, como puede apreciarse en la Tabla 8.2, el tiempo medio que llevan padeciendo las pacientes la sintomatología bulímica es de unos 77 meses, es decir, más de 6 años (DT=71,80). Sin embargo, el rango de esta característica varía considerablemente, desde 3 hasta 312 meses. Por lo tanto, hay pacientes (15,15%) que muestran un inicio bastante reciente del trastorno (inferior a un año), y que han tenido la motivación de pedir ayuda voluntariamente o por consejo de sus padres (en el caso de las pacientes más jóvenes). Un 24,24% lo llevan padeciendo una media de 2 años y un 21,21% tienen sintomatología bulímica desde hace 10 años o más. El resto (39,4%) muestra una distribución muy equiparada entre los 3 y los 9 años de cronicidad del trastorno.

Tabla 8.2 Historia del trastorno

	Alimentación + cognición (n=10)	Alimentación + imagen (n=11)	Cognición + imagen (n=12)	F^2 (gl)/ χ^2 (gl)
Duración trast. (meses)				
M (DT)	70,8 (46,45)	97,09 (66,47)	63,16 (92,57)	$F(2,30)=0,676$
Rango	24-156	24-240	3-312	
Duración trastorno (%)				
3 -12 meses	0	0	50	$\chi^2(16)= 23,455$
2 años	30	18,2	16,7	
3 años	10	0	0	
4 años	10	9,1	0	
5 años	0	0	0	
6 años	0	18,2	0	
7 años	10	18,2	8,3	
8 años	20	9,1	0	
9 años	0	0	8,	
10 años o más	20	27,3	16,7	
Diagnóstico previo (%)				
Ninguno	60	9,1	50	$\chi^2(6)= 10,341$
Anorexia Nerviosa	20	9,1	0	
Bulimia Nerviosa	10	45,5	25	
Trastorno por Atracón	0	0	0	
TCANE	0	0	0	
Otros	10	36,4	25	
Tratamientos previos (%)				
Ninguno	50	9,1	50	$\chi^2(6)= 10,837$
Psicológico	0	0	0	
Farmacológico	30	36,4	0	
Psicológico + farmacológico	20	54,5	41,7	
Otros	0	0	8,3	

A pesar de que un 84,85% de las pacientes llevan padeciendo el trastorno bulímico más de 1 año, únicamente el 27,27% del total había sido diagnosticada previamente del mismo y un 9,09% habían sufrido AN. Por otra parte, un 24,24% habían padecido otro tipo de problemas psicológicos (ansiedad y depresión) y un 39,39% no

había recibido ninguna valoración psicológica hasta el presente momento. El hecho de que casi un tercio de la muestra actual no hubiese sido previamente diagnosticada de BN puede ser debido a varios motivos, entre ellos la ausencia de búsqueda de ayuda profesional por parte de la paciente ante su problema o la ausencia de un diagnóstico acertado ante la sintomatología presente.

Del 60,6% de las pacientes que habían sido diagnosticadas con algún problema psicológico, todas ellas recibieron tratamiento para el mismo. Predomina claramente la combinación de apoyo psicológico y farmacológico (42,42% del total), no encontrando ningún caso en el que la intervención fuese únicamente psicológica. Los fármacos empleados en todos los casos son ansiolíticos o antidepresivos (o una combinación de ambos). Entre ellos, los principios activos más empleados fueron la fluoxetina y la paroxetina para el tratamiento de los síntomas depresivos, y alprazolam, bromazepam, clorazepato, y diazepam, como ansiolíticos. La mayoría de las terapias recibidas se aplicaron individualmente y con carácter ambulatorio, aunque en uno de los casos se intervino grupalmente y en otro se requirió la hospitalización de la paciente (diagnosticada de AN).

8.1.3 Variables dependientes

Como requisitos necesarios para la participación en el tratamiento, todas las participantes mostraban la sintomatología bulímica propia del trastorno. De esta manera, son muy frecuentes los atracones, al igual que los vómitos y la dieta como manera de intentar compensarlos. La preocupación por el peso, comida y figura queda también patente en las puntuaciones obtenidas (véase Tabla 8.3).

Tabla 8.3 Variables dependientes

	Alimentación + cognición (n=10)	Alimentación + imagen (n=11)	Cognición + imagen (n=12)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Atracones M (DT)				
Según EDE	9 (6,21)	8 (3,63)	8 (3,27)	F (2,30)= 0,175
Según auto-registro	9,70 (6,09)	9 (4,71)	--	F (1,19)= 0,088
Vómitos M (DT)				
Según EDE	6,6 (5,35)	6 (5,91)	9,25 (3,49)	F (2,30)= 1,393
Según auto-registro	6,70 (4,96)	6,09 (5,94)	--	F (1,19)= 0,064
Laxantes M (DT)				
Según EDE	0 (0)	3,18 (6,53)	1,25 (4,33)	F (2,30)= 1,286
Según auto-registro	0 (0)	3,18 (6,53)	--	F (1,19)= 2,356
Diuréticos M (DT)				
Según EDE	2,5 (7,90)	2,45 (6,18)	1,25 (4,33)	F (2,30)= 0,15
Según auto-registro	2,70 (8,53)	2,54 (6,47)	--	F (1,19)= 0,002
Restr. alimentaria M (DT)	18 (7,36)	20,45 (5)	16,33 (8,78)	F (2,30)= 0,927
Ejercicio físico intenso (%)	40	18,2	8,3	χ^2 (2)= 3,363
Preocupación peso M (DT)	18 (6,23)	19,09 (7,42)	16,33 (6,84)	F (2,30)= 0,471
Preocup. comida M (DT)	20,80 (4,61)	18,09 (6,48)	16,66 (5,48)	F (2,30)= 1,506
Preocup. figura M (DT)				
Según EDE	34,50 (9,21)	30,45 (12,39)	31,66 (11,77)	F (2,30)= 0,351
Según BSQ	130,20 (34,01)	136,54 (26,03)	137,41 (27,41)	F (2,30)= 0,192
Inadaptación M (DT)	19,80 (4,98)	17,63 (6,45)	19,66 (5,69)	F (2,30)= 0,484
Distorsión imagen corporal M (DT)	2 (0,81)	1,72 (0,78)	1,58 (0,99)	F (2,30)= 0,625
Peso M (DT)	61,88 (12,03)	62,56 (13,13)	63,29 (8,94)	F (2,30)= 0,042
IMC M (DT)	22,23 (1,77)	23,02 (2,75)	23,54 (2,87)	F (2,30)= 0,728

El número promedio en la totalidad de la muestra de atracones semanales evaluados por la EDE es de 8,30 (DT= 4,34), lo que supone más de un atracón diario. Comparando las cifras obtenidas en esta entrevista con los datos observados en los auto-

registros de comida se observa un valor similar en ambas pruebas; sin embargo, la cifra encontrada en el caso de los auto-registros (M=9,33, DT=5,28) es algo más elevada que la observada en la EDE (M=8,33, DT=4,34), lo que apoya la idea de que estos pacientes suelen sobreestimar la cantidad de comida ingerida cuando tienen que valorarlo en ese momento. Esta hipótesis se vio confirmada cuando el terapeuta revisó las características de las ingestas señaladas como “atracon”, encontrando que un 10% de las mismas no podían considerarse objetivamente como excesivas. En la Figura 8.1 se puede observar la distribución de la frecuencia de los atracones según los datos obtenidos por la EDE y por los auto-registros de comida.

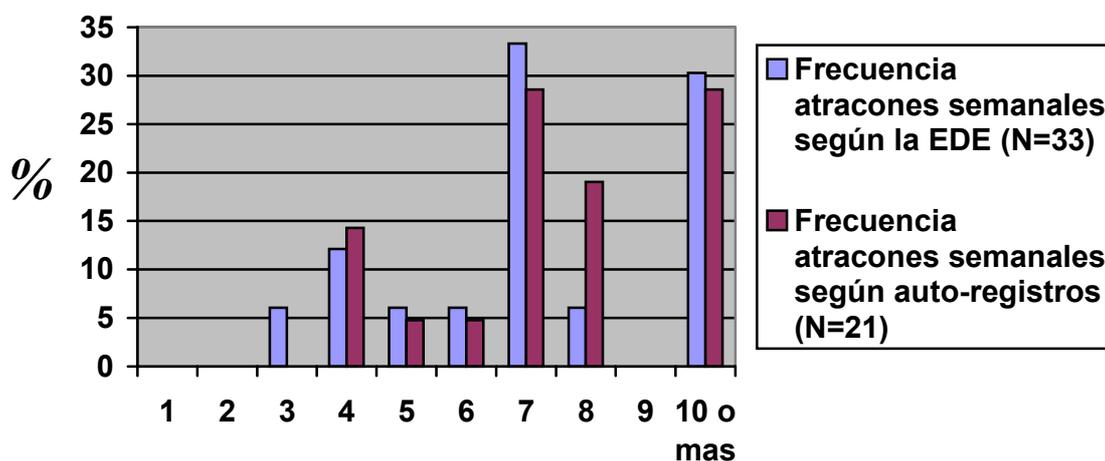


Figura 8.1 Frecuencia atracones semanales

Respecto a las conductas utilizadas para compensar los atracones, es el vómito auto-provocado el método más empleado por las pacientes (84,84% según la EDE). Las cifras encontradas al respecto en los auto-registros de comida son muy similares a las de la EDE. En la Figura 8.2 se observa la distribución de la frecuencia de los mismos. Esta menor discrepancia entre ambas medidas puede ser debida a que la conducta de vomitar es un acto claramente definido, siendo más difícil para las pacientes una valoración subjetiva del mismo.

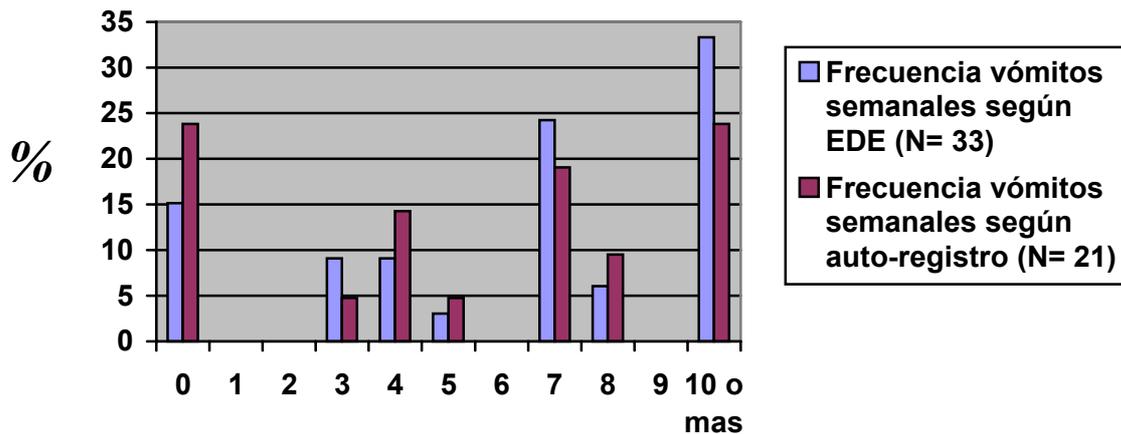


Figura 8.2 Frecuencia vómitos semanales

Sin embargo, eso no significa que sea la única técnica que usan para intentar deshacerse de las calorías ingeridas, ya que casi todas ellas también llevan a cabo una restricción en la alimentación que tiene lugar entre los episodios de sobreingesta. En concreto, intentan evitar comer durante largos períodos de tiempo, pretendiendo tener la sensación de un estómago vacío. Igualmente, eliminan de su dieta cierto tipo de alimentos y se auto-imponen unas normas dietéticas demasiado exigentes para su cumplimiento. Entre ellas destacan la eliminación de aceites y fritos en su ingesta diaria, la supresión de líquidos durante las comidas y el intento de no mezclar cierto tipo de nutrientes entre sí (véase Tabla 8.4). Todo ello implica una ingesta insuficiente y deficitaria, tanto en la cantidad de comida que toman, como en la variedad de la misma.

Tabla 8.4 Reglas dietéticas auto-impuestas por las pacientes como medidas restrictivas

☉ Tomar alimentos que no requieran ser cocinados (yogures, ensaladas, fruta...)
☉ Eliminar el aceite de cualquier alimento (e.g. con la ayuda de servilletas)
☉ Ingerir alimentos que no necesiten masticarse (sopas, líquidos...)
☉ No combinar proteínas con hidratos de carbono
☉ No beber agua durante las comidas
☉ Elegir una dieta en función del grupo sanguíneo
☉ Tomar un solo plato durante las comidas
☉ Tomar líquidos (principalmente con burbujas -Coca cola-) antes de las comidas

Además, 6 de las 33 participantes (18,18%) tomaban laxantes y/o diuréticos en grandes cantidades como método purgativo (véase Figura 8.3). Estas pacientes tomaban más de un laxante y medio al día, y unos dos diuréticos. Dos de ellas padecían estreñimiento crónico (como consecuencia del trastorno bulímico), por lo que tomaban estos compuestos bajo prescripción médica, aunque en cantidades mayores de las indicadas por el profesional. El resto, los adquiría en herbolarios bajo su propia iniciativa. Los productos más habituales eran preparados naturales de fucus y alcachofa o compuestos comerciales como *Manasul* y *Obegras*.

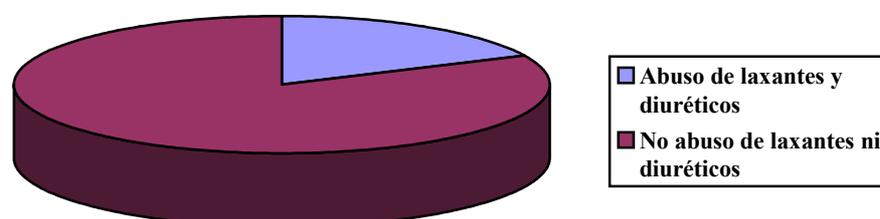


Figura 8.3 Porcentaje de pacientes que abusan de laxantes o diuréticos (N= 33)

Por otra parte, aunque el ejercicio físico intenso tampoco es una técnica muy habitual entre las participantes (lo practican 7 de las 33 pacientes, véase Figura 8.4) las que lo llevan a cabo pasan una media de más de 70 minutos al día haciendo flexiones, *footing*, abdominales o *steps* como prácticas preferidas. Dos de ellas acuden a un gimnasio casi todos los días, pero no son supervisadas por ninguno de los monitores, pudiendo realizar los ejercicios que prefieran durante el tiempo que estimen oportuno. Otras dos de las pacientes tienen aparatos de gimnasia en su propia casa (banco de abdominales, cinta para correr y pesas), lo que les facilita poder practicar deporte sin que nadie lo controle.

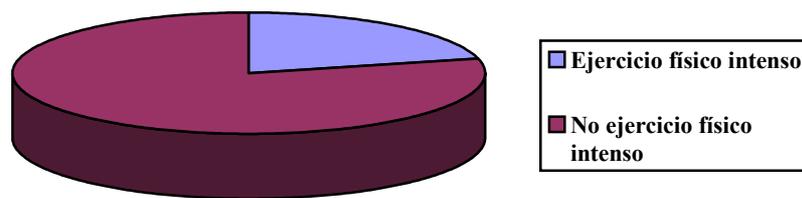


Figura 8.4 Porcentaje de la práctica de ejercicio físico intenso (N= 33)

El hecho de que los resultados arrojados por la EDE y por los auto-registros de comida sean tan similares en las variables vómitos, laxantes y diuréticos (a diferencia de lo ocurrido con los atracones) se debe a que estas conductas dejan menor lugar a la subjetividad de la paciente.

En cuanto a las variables que tienen que ver con los pensamientos y actitudes que tienen las pacientes respecto a la comida, peso y figura, se observan puntuaciones bastante elevadas, lo que apoya una preocupación extrema por las calorías y su influencia en la apariencia física.

La cifra alcanzada en la variable preocupación por la comida ($M=18,42$, $DT=5,75$), muestra cómo las pacientes presentan una rumiación intrusiva de pensamientos sobre la comida en más de la mitad de los días, acompañados de sensaciones de pérdida del control y culpabilidad durante las comidas. Además, se sienten insatisfechas con el peso corporal más de la mitad de los días, con una puntuación media similar a la obtenida en la variable anterior (preocupación por el peso, $M=18,18$, $DT=6,58$).

La puntuación obtenida en la variable preocupación por la figura evaluada a través de la EDE ($M= 32,63$, $DT=10,23$), refleja igualmente, incluso con una frecuencia algo mayor comparativamente hablando con las variables anteriores, la insatisfacción con su propio cuerpo y el deseo que sienten por estar más delgadas. Esta variable también evaluada a través del BSQ ($M=134$, $DT=26,15$) refleja igualmente esa obsesión por la figura, la preocupación por ciertas partes del cuerpo, la evitación de situaciones relacionadas con la imagen corporal y la infelicidad consecuente con todo ello.

Podría pensarse que esta insatisfacción con el peso y la figura es debida a un sobrepeso real en las pacientes, lo que explicaría en parte esas sensaciones comentadas. Esto ocurre con tres de las participantes, cuyo IMC supera el valor de 25 ($IMC=29,04$, $29,29$ y $29,74$ respectivamente). No obstante, a pesar de esto, se observa en ellas una importancia de la imagen corporal demasiado extrema, siendo habitual en estas pacientes la evitación de todas las situaciones en las que su cuerpo pueda adquirir cierto protagonismo. El resto de la muestra tiene un peso medio de 60,61 Kgs ($IMC=22,33$), lo que las sitúa en un rango saludable del mismo. Sin embargo, también hay que tener en cuenta que la percepción que ellas tienen de su imagen no refleja de manera objetiva la silueta que realmente poseen, sobreestimando su tamaño corporal en todos los casos. Esta distorsión perceptiva aparece demostrada en el test de siluetas ($M=1,75$, $DT=0,86$), lo que

significa que las pacientes suelen identificarse con una figura de mayor peso que la que le corresponde (casi con dos posiciones de diferencia). Quizás por ello, muestren esa vergüenza y desprecio hacia su propio cuerpo.

Tal es su problemática, que su vida diaria se ve afectada en otros aspectos cotidianos. Así la puntuación media en la escala de inadapatación ($M=19,12$, $DT=4,67$) se encuentra bastante por encima del punto de corte de 12 que indica problemas en la vida cotidiana. Las áreas que se ven más afectadas por los diversos problemas que sufren son, en este orden, la vida familiar, la relación con la pareja y la vida social y el tiempo libre (véase Figura 8.5).

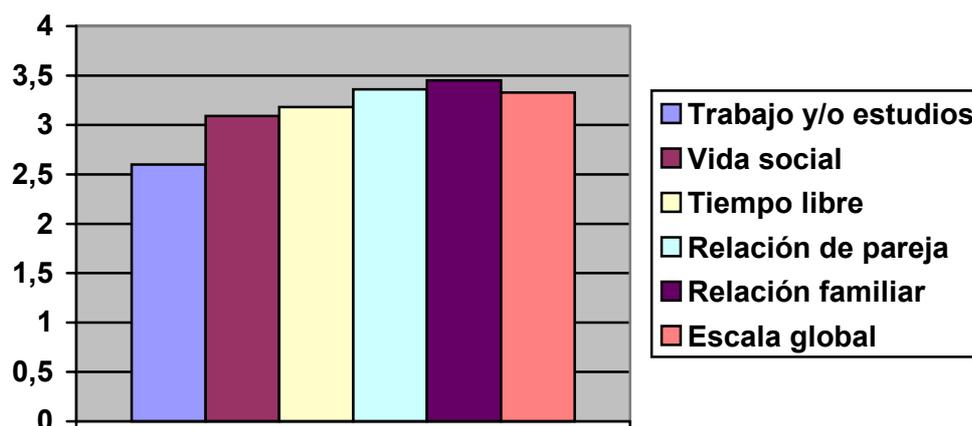


Figura 8.5 Grado de afectación de la vida cotidiana (Escala de inadapatación) (N= 33)

8.1.3.1 Análisis de la relación entre puntuaciones EDE y puntuaciones auto-registro

Al llevar a cabo la comparación de los resultados obtenidos por la entrevista EDE y las puntuaciones halladas en los auto-registros, se observan en las tablas 8.5 y 8.6 la alta correlación que presentan ambas medidas entre sí.

Tabla 8.5 Comparación entre la EDE y los auto-registros pretratamiento

	Diferencias entre EDE y auto-registros M (DT)	Tau-b de Kendall	Wilcoxon Z para muestras relacionadas
Atracones	- 1,142 (1,236)	0,784**	- 2,386
Vómitos	- 0,381 (0,74)	0,958**	- 0,552
Laxantes	0 (0)	1**	- 0,552
Diuréticos	- 0,142 (0,478)	1**	- 1,342

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

En el pretratamiento, ambas pruebas están correlacionadas entre sí de manera significativa en las cuatro medidas evaluadas. La variable atracones es la que presenta un valor inferior al resto, corroborando los resultados encontrados en otras investigaciones al respecto. La correlación es máxima en la evaluación de los laxantes y los diuréticos, lo que supone una menor valoración subjetiva en estas variables por parte de las pacientes. Sin embargo, hay que tener cuidado en la interpretación de este resultados ya que muchas de las pacientes no empleaban frecuentemente estos métodos como conductas purgativas (puntuaciones =0), lo que puede influir en los resultados obtenidos. El hecho de que no se hayan encontrado valores significativos en la prueba de Wilcoxon probablemente sea debido al pequeño tamaño muestral.

En el postratamiento, las correlaciones encontradas son aún mayores, llegando a una correlación total en casi todas las variables, excepto en la evaluación de los atracones. A pesar de ello, el valor ha aumentado considerablemente respecto a la evaluación pretratamiento, lo que puede implicar que las pacientes tras el tratamiento, hayan aprendido a valorar de manera más objetiva, sus momentos de sobreingesta. No

obstante, también puede atribuirse al menor número de atracones presente en este momento de medida.

Tabla 8.6 Comparación entre la EDE y los auto-registros postratamiento

	Diferencias entre EDE y auto-registros M (DT)	Tau-b de Kendall	Wilcoxon Z para muestras relacionadas
Atracones	0,052 (0,229)	0,951**	- 1
Vómitos	0 (0)	1**	- 1
Laxantes	0 (0)	1**	- 1
Diuréticos	0 (0)	1**	- 1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

8.1.4 Variables mediadoras

Con respecto a aquellas variables que pueden influir en el resultado final del tratamiento, se observa que la mayoría de las pacientes presentan problemas de ansiedad, impulsividad y baja auto-estima, como puede apreciarse en la Tabla 8.7.

La puntuación media obtenida en la variable impulsividad (M=37,30, DT=5,96) demuestra que el modo de pensar y actuar de las pacientes no deja lugar a la reflexión, con un bajo auto-control sobre sus ideas y conductas, lo que les lleva a tener dificultades para planear con antelación cualquier actividad o acabar las que han empezado. Incluso la puntuación más baja obtenida (30) demuestra esta tendencia general en todas las pacientes.

Tabla 8.7 Variables mediadoras

	Alimentación + cognición (n=10)	Alimentación + imagen (n=11)	Cognición + imagen (n=12)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Impulsividad M (DT)	39,50 (5,23)	39,45 (6,12)	34,41 (7,02)	F (2,30)= 2,519
Ansiedad M (DT)	14,40 (3,53)	13,63 (4,05)	14,33 (4)	F (2,30)= 0,129
Autoestima M (DT)	17,70 (4,49)	16,36 (4,34)	16,58 (3,67)	F (2,30)= 0,308

Igualmente, casi todas las pacientes sufren de problemas de ansiedad (M=14,12, DT=3,78). Un 84,84% de las mismas tienen una puntuación superior al 10 en la escala HAD, lo que significa que es probable la presencia de algún trastorno de ansiedad (véase Figura 8.6). Estas participantes se sienten tensas, nerviosas, con sensaciones frecuentes de miedo y constantes preocupaciones. Aquellas que no alcanzan dicha puntuación obtienen una media de 7 puntos, lo que indica que su sensación de ansiedad es poco frecuente aunque no del todo nula.

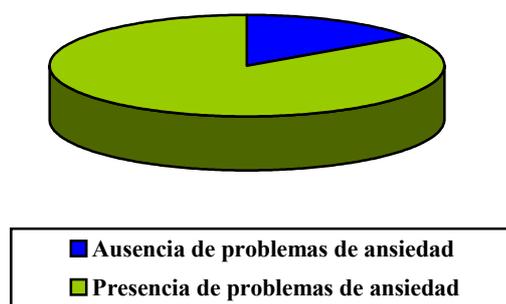


Figura 8.6 Porcentajes de pacientes con distintos niveles de ansiedad (N= 33)

Además, ninguna paciente se siente a gusto consigo misma, lo que queda demostrado en los resultados obtenidos en la escala de autoestima, con puntuaciones

todas ellas inferiores al valor de corte (29) ($M= 16,84$, $DT= 4,07$). Esto implica una falta de valoración como personas, la incapacidad de reconocer sus propias cualidades y una marcada actitud negativa consigo mismas.

8.2 ANÁLISIS DE HOMOGENEIDAD

8.2.1 *Análisis de la homogeneidad entre los grupos de tratamiento*

Antes de valorar la eficacia de los tratamientos aplicados es necesario saber si existen diferencias significativas entre los distintos grupos formados en todas aquellas variables que pudieran afectar de alguna manera a la eficacia de la intervención. Por ello, se analizarán los valores obtenidos en las características sociodemográficas, la historia del trastorno, las variables dependientes y las variables mediadoras.

En tablas 8.1-8.3 y 8.7 se puede comprobar que (con un nivel de significación del 95%) no existe ninguna diferencia significativa en las variables estudiadas. Eso demuestra que las pacientes asignadas a los distintos grupos de tratamiento no muestran discrepancias relevantes entre sí en ninguna de las características evaluadas. Por lo tanto, las diferencias que se encuentren tras la aplicación de la intervención entre los grupos formados, se deberán únicamente al efecto de los tratamientos, pudiendo así conocer la eficacia diferencial de los mismos.

8.2.2 *Análisis de la homogeneidad de las participantes que concluyen el tratamiento y las que lo abandonan*

Igualmente, se pretende comprobar si aquellas pacientes que abandonan el tratamiento antes de finalizarlo difieren significativamente de las que lo continúan hasta su término en alguna de las variables evaluadas. Dada la diferencia en el tamaño grupal

de ambos grupos, se aplicó la prueba de Levene basada en la media para contrastar la homogeneidad de varianzas. Este estadístico muestra que todas las variables, excepto la clase social y la ansiedad, cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas. Observando los resultados de las tablas 8.8-8.11 (con un nivel de significación del 95% para las puntuaciones F y una puntuación $p < 0,01$ para chi-cuadrado) se puede concluir que no existen diferencias significativas entre las pacientes que concluyen el tratamiento y aquellas que abandonan sin finalizarlo en ninguna de las variables, a saber, características sociodemográficas, historia del trastorno, variables mediadoras y variables dependientes. Si se analizan los resultados sin tener en cuenta el nivel de significación estadística, puede observarse cómo aquellas pacientes que no concluyen el tratamiento presentan puntuaciones inferiores en la frecuencia de atracones, vómitos, realización de ejercicio físico intenso, preocupación por el peso y la comida, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, impulsividad e inadaptación a su entorno. Además, llevan padeciendo el trastorno mucho más tiempo que las pacientes que finalizan el tratamiento, lo que puede suponer que las participantes que abandonan la intervención se hayan “acostumbrado” a vivir con cierta sintomatología, no necesitando así la conclusión del tratamiento. Esta observación difiere de aquellos estudios que concluyen que los pacientes que abandonan el tratamiento presentan una autoestima más baja y mayor número de conductas impulsivas que aquellos que finalizan la intervención. Esta discrepancia puede deberse al reducido tamaño muestral de la presente investigación, lo que en ocasiones impide encontrar diferencias significativas en las variables evaluadas.

Tabla 8.8 Variables sociodemográficas de la muestra

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F^2 (gl)/ χ^2 (gl)
Edad M (DT) Rango	29 (10,58) 19-43	32,31 (11,71) 15-60	$F(1,31)=0,286$
Edad (%) Menos de 18 años Entre 18 y 30 años Entre 31 y 40 años Entre 41 y 50 años Más de 50 años	6,9 41,4 27,6 17,2 6,9	0 50 25 25 0	$\chi^2(4)=0,738$
Estado civil (%) Soltera Casada / con pareja Separada o divorciada Viuda	48,3 44,8 3,4 3,4	75 25 0 0	$\chi^2(3)=1,089$
Con quién vive (%) Sola Con su marido / pareja Con sus padres Con compañeros Otros	3,4 44,8 37,9 0 13,8	25 25 50 0 0	$\chi^2(3)=3,701$
Nº hijos (%) 0 1 2 3 4 o más	58,6 24,1 6,9 6,9 3,4	75 0 25 0 0	$\chi^2(4)=2,802$
Nivel de educación (%) Sin estudios Elemental / EGB ESO/ BUP/ COU/ FP Universitarios Doctorado	0 41,4 34,5 20,7 3,4	0 25 50 25 0	$\chi^2(3)=0,641$

Tabla 8.8 Variables sociodemográficas de la muestra (Cont)

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F (g)/ χ^2 (g)
Situación laboral (%)			
Estudiante	31	50	χ^2 (4)= 4,227
Trabajadora t. completo	24,1	0	
Trabajadora t. parcial			
Parada	17,2	50	
Ama de casa	13,8	0	
Jubilada	13,8	0	
Discapacitada	0	0	
Clase social subj. (%)			
Alta	0	0	χ^2 (3)= 2,119
Media-alta	20,7	50	
Media	58,6	50	
Media-baja	17,2	0	
Baja	3,4	0	

Tabla 8.9 Historia del trastorno

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F (g)/ χ^2 (g)
Duración trastorno (meses)			
M (DT)	39,75 (46,56)	81,89 (73,74)	F (1,31)= 1,219
Rango	3-108	3-312	
Duración trastorno (%)			
3 -12 meses	17,2	25	χ^2 (8)= 11,765
2 años	17,2	50	
3 años	3,4	0	
4 años	6,9	0	
5 años	0	0	
6 años	6,9	0	
7 años	13,8	0	
8 años	10,3	0	
9 años	0	25	
10 años o más	24,1	0	

Tabla 8.9. Historia del tratamiento (Cont.)

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Diagnóstico previo (%)			
Ninguno	37,9	50	χ^2 (3)= 3,031
Anorexia Nerviosa	10,3	0	
Bulimia Nerviosa	31	0	
Trastorno por Atracón	0	0	
TCANE	0	0	
Otros	20,7	50	
Tratamientos previos (%)			
Ninguno	34,5	50	χ^2 (3)= 0,641
Psicológico	0	0	
Farmacológico	20,7	25	
Psicológico + farmacológico	41,4	25	
Otros	3,4	0	

Tabla 8.10 Variables dependientes

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Atracones M (DT)			
Según EDE	10,50 (6,65)	8 (4)	F (1,31)= 1,168
Según auto-registro	14,50 (6,36)	8,78 (5,05)	F (1,19)= 2,244
Vómitos M (DT)			
Según EDE	8,5 (4,43)	7,2 (5,16)	F (1,31)= 0,226
Según auto-registro	11 (5,65)	5,89 (5,25)	F (1,19)= 1,691
Laxantes M (DT)			
Según EDE	0 (0)	1,72 (4,92)	F (1,31)= 0,478
Según auto-registro	0 (0)	1,84 (5,13)	F (1,19)= 0,246
Diuréticos M (DT)			
Según EDE	0 (0)	2,31 (6,39)	F (1,31)= 0,508
Según auto-registro	0 (0)	2,89 (7,67)	F (1,19)= 0,272
Restr. alimentaria M (DT)	18,50 (2,38)	18,17 (7,71)	F (1,31)= 0,007

Tabla 8.10. Variables dependientes (Cont.)

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F (gl)/ χ^2 (gl)
Ejercicio físico intenso (%)	24,1	0	χ^2 (1)= 1,225
Preocupación peso M (DT)	21,25 (2,98)	17,27 (7,01)	F (1,31)= 1,225
Preocup. comida M (DT)	21,5 (3,10)	17,96 (5,87)	F (1,31)= 1,37
Preocup. figura M (DT)			
Según EDE	32,75 (6,18)	32,03 (11,64)	F (1,31)= 0,014
Según BSQ	114,25 (13,22)	137,79 (28,85)	F (1,31)= 2,534
Inadaptación M (DT)	22,25 (8,57)	18,58 (5,21)	F (1,31)= 1,49
Distorsión imagen corporal M (DT)	2 (0,81)	1,72 (0,88)	F (1,31)= 0,349
Peso M (DT)	58,62 (4,02)	63,17 (11,64)	F (1,31)= 0,586
IMC M (DT)	22,45 (1,10)	23,04 (2,67)	F (1,31)= 0,189

Tabla 8.11 Variables mediadoras

	Pacientes que concluyen el tratamiento (n=29)	Pacientes que abandonan el tratamiento (n=4)	F (gl)
Impulsividad M (DT)	38,25 (4,64)	37,55 (6,79)	F (1,31)= 0,039
Ansiedad M (DT)	15,75 (3,59)	13,89 (3,81)	F (1,31)= 0,84
Autoestima M (DT)	15 (3,46)	17,10 (4,13)	F (1,31)= 0,937

8.3 ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

8.3.1 Determinación de las mejoras a lo largo del tiempo

En este apartado se analizan los resultados relativos a los efectos de los formatos de intervención a lo largo del tiempo. Para ello, se llevaron a cabo diversos ANOVAs de medidas repetidas. En primer lugar se realizaron ANOVAs de medidas repetidas en un diseño mixto con un factor intergrupo (tres niveles: grupo “alimentación + cognición”, “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”) y un factor intrasujeto (dos niveles: pre y postratamiento).

En segundo lugar, se realizaron ANOVAs de dos factores con medidas repetidas para cada una de las variables dependientes y mediadoras, teniendo un factor intergrupo (tres niveles: grupo “alimentación + cognición”, “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”) y un factor intrasujeto (con cinco niveles: pre, postratamiento y seguimientos al mes, 3 y 12 meses).

8.3.1.1 Cambios pre-postratamiento en los tres grupos

Se observa, en general, que se produce una mejoría significativa en casi todas las variables dependientes y mediadoras tras la finalización de las intervenciones, lo que demuestra la eficacia a corto plazo de los tres grupos de tratamiento, tanto en la sintomatología propia del trastorno como en la asociada al mismo.

8.3.1.1.1 Variables dependientes

Tal y como se observa en la tabla 8.12 se producen mejorías significativas tanto en la mayoría de las conductas restrictivas y purgativas como en las variables de índole cognitivo. Esto se demuestra en las diferencias intrasujeto encontradas en todas las variables dependientes evaluadas, a excepción del empleo de laxantes y diuréticos como métodos compensatorios y de las variables peso e IMC.

Por otro lado, también resultan significativos los cambios intergrupo en la variable vómito (según la EDE) así como la interacción tiempo x tratamiento en la restricción alimentaria.

Tabla 8.12 Variables dependientes (ANOVAs 3x2 Pre-Post)

	Constrastes	Significación
Atracones según EDE		
Intergrupo	F (2,26) = 0,273	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 102,785	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 0,032	n.s.
Atracones según auto registros		
Intergrupo	F (1,17) = 0,002	n.s.
Intrasujeto	F (1,17) = 51,204	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (1,17) = 0,023	n.s.
Vómitos según EDE		
Intergrupo	F (2,26) = 4,399	P < 0,05
Intrasujeto	F (1,26) = 45,165	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 0,64	n.s.
Vómitos según auto registros		
Intergrupo	F (1,17) = 0,331	n.s.
Intrasujeto	F (1,17) = 23,733	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (1,17) = 0,358	n.s.

Tabla 8.12 Variables dependientes (ANOVAs 3x2 Pre-Post) (Cont.)

	Constrastes	Significación
Laxantes según EDE		
Intergrupo	F (1,26) = 1,233	n.s.
Intrasujeto	F (2,26) = 3,672	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 1,013	n.s.
Laxantes según auto registros		
Intergrupo	F (1,17) = 1,841	n.s.
Intrasujeto	F (1,17) = 3,378	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (1,17) = 3,378	n.s.
Diuréticos según EDE		
Intergrupo	F (1,26) = 0,144	n.s.
Intrasujeto	F (2,26) = 3,58	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 0,103	n.s.
Diuréticos según auto registros		
Intergrupo	F (1,17) = 0,003	n.s.
Intrasujeto	F (1,17) = 2,529	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (1,17) = 0,031	n.s.
Ejercicio físico (frecuencia)		
Intergrupo	F (2,26) = 1,619	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 9,808	P < 0,005
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 1,619	n.s.
Preocupación comida		
Intergrupo	F (2,26) = 1,076	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 95,378	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 1,614	n.s.
Preocupación peso		
Intergrupo	F (2,26) = 0,247	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 45,227	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 0,474	n.s.
Preocupación figura según EDE		
Intergrupo	F (2,26) = 1,223	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 47,788	P < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 2,778	n.s.
Preocupación figura según BSQ		
Intergrupo	F (2,26) = 1,087	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 50,165	p < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 0,386	n.s.
Restricción alimentaria		
Intergrupo	F (2,26) = 0,147	n.s.

Tabla 8.12 Variables dependientes (ANOVAs 3x2 Pre-Post) (Cont.)

	Constrastes	Significación
Intrasujeto	F (1,26) = 106,217	p < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 3,87	p < 0,05
Inadaptación		
Intergrupo	F (2,26) = 0,171	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 33,537	p < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 1,116	n.s.
Distorsión de la figura		
Intergrupo	F (2,26) = 0,134	n.s.
Intrasujeto	F (1,26) = 23,229	p < 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,26) = 0,203	n.s.
Peso		
Intergrupo	F (2,30) = 3,03	n.s.
Intrasujeto	F (1,30) = 0,015	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,30) = 1,015	n.s.
IMC		
Intergrupo	F (2,30) = 1,802	n.s.
Intrasujeto	F (1,30) = 0,165	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,30) = 0,44	n.s.

n.s. = no significativo

Como puede verse en las figuras 8.7 y 8.8 las pacientes consiguen reducir significativamente sus atracones en cualquiera de los tres grupos, tanto cuando se emplea la entrevista EDE para su evaluación como cuando se evalúa a través de los auto-registros. Las pacientes de los grupos de tratamiento que emplean el módulo “alimentación”, consiguen reducir su frecuencia de atracones a uno por semana, dato encontrado tanto al emplear la EDE (“alimentación + cognición” $t(8) = 4,815$, $p < 0,001$; “alimentación + imagen” $t(9) = 5,857$, $p < 0,001$), como en la evaluación con auto-registros (“alimentación + cognición” $t(8) = p < 0,001$; “alimentación + imagen” $t(9) = 5,117$, $p < 0,001$). La cantidad que logran alcanzar las pacientes del grupo “cognición + imagen” es cercana a dos atracones semanales ($t(9) = 7,678$, $p < 0,001$).

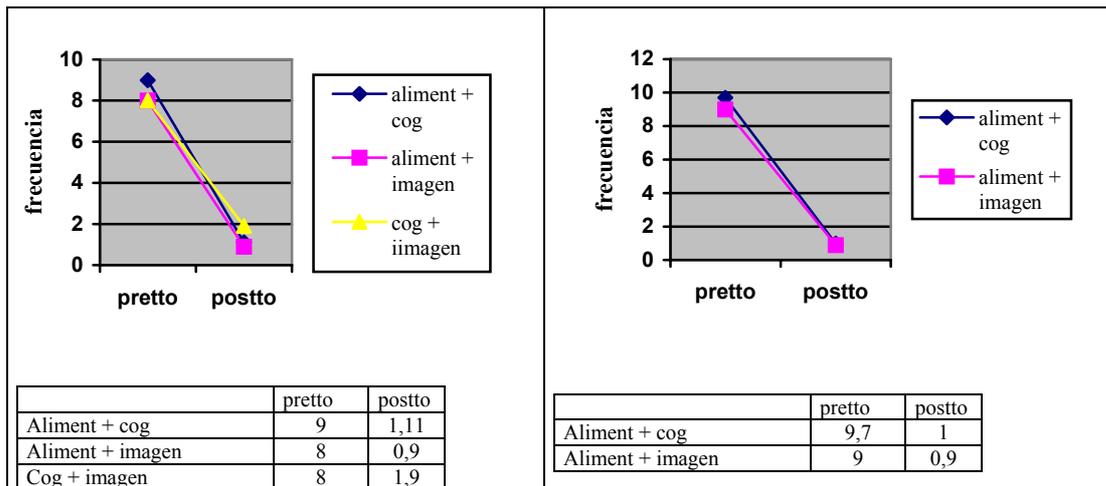


Fig 8.7 Evolución Pre-Postto atracones –EDE-

Fig 8.8 Evolución Pre-Postto atracones -auto registro-

Con respecto a las conductas compensatorias llevadas a cabo tras la sobreingesta (véanse figuras 8.9 y 8.10), aparece una reducción significativa en el empleo de vómitos en todos los grupos terapéuticos. Las cifras alcanzadas son muy similares para los grupos “alimentación + cognición “ ($t(8) = 3,371$ $p < 0,05$ y $t(8) = 3,715$, $p < 0,05$, según EDE y auto-registros respectivamente) y “alimentación + imagen” ($t(9) = 3,061$, $p < 0,05$ y $t(9) = 3,146$, $p < 0,05$ según EDE y auto-registros respectivamente). En ambos, las pacientes consiguen vomitar menos de una vez por semana. Las participantes del programa “cognición + imagen” siguen empleando la conducta del vómito como medida compensatoria una media de tres veces por semana ($t(9) = 5,581$, $p < 0,001$).

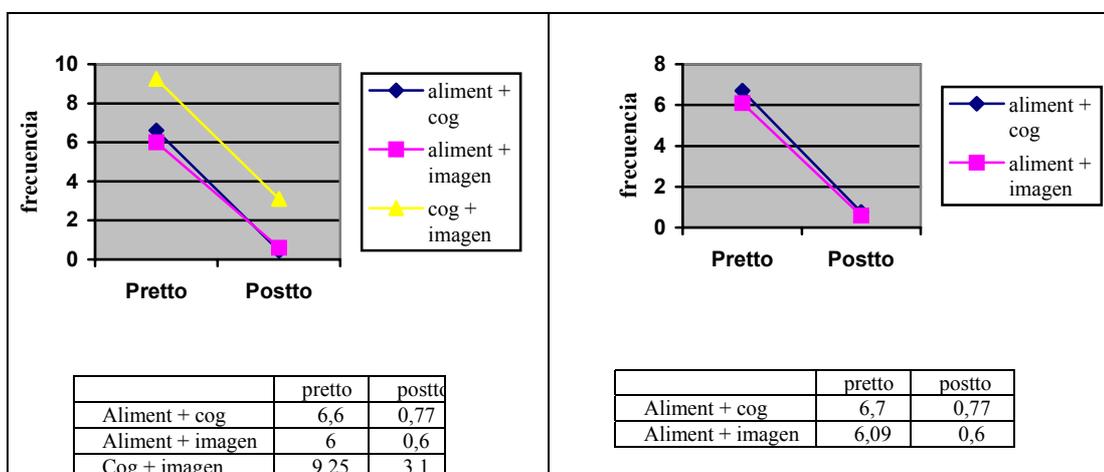


Fig 8.9 Evolución Pre-Postto vómitos –EDE-

Fig 8.10 Evolución Pre-Postto vómitos -auto-reg-

En cuanto al uso de laxantes como medida compensatoria (veáanse figuras 8.11 y 8.12), se observa que su empleo es totalmente nulo en la medida postratamiento de los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen” ($t(9)= 1$) y muy escaso en el grupo “alimentación + imagen” ($t(9)= 1,943$ para EDE y auto-registros); a pesar de ello, no se encuentran diferencias significativas entre los valores pre y postratamiento en ninguna de las intervenciones propuestas. Esto puede ser debido a que la frecuencia de laxantes en el pretratamiento es baja por sí misma en todos los grupos, lo que impide alcanzar una significación estadística. Ocurre lo mismo con el empleo de diuréticos (véanse figuras 8.13 y 8.14): se alcanza la abstinencia en los grupos “alimentación + cognición” ($t(8)= 1$, según EDE y auto-registros) y “cognición + imagen” ($t(9)= 1$) y una frecuencia muy reducida en el tratamiento “alimentación + imagen” ($t(9)= 1,374$ y $t(9)= 1,36$ según EDE y auto-registros respectivamente); sin embargo, ninguna de estas reducciones es estadísticamente significativa.

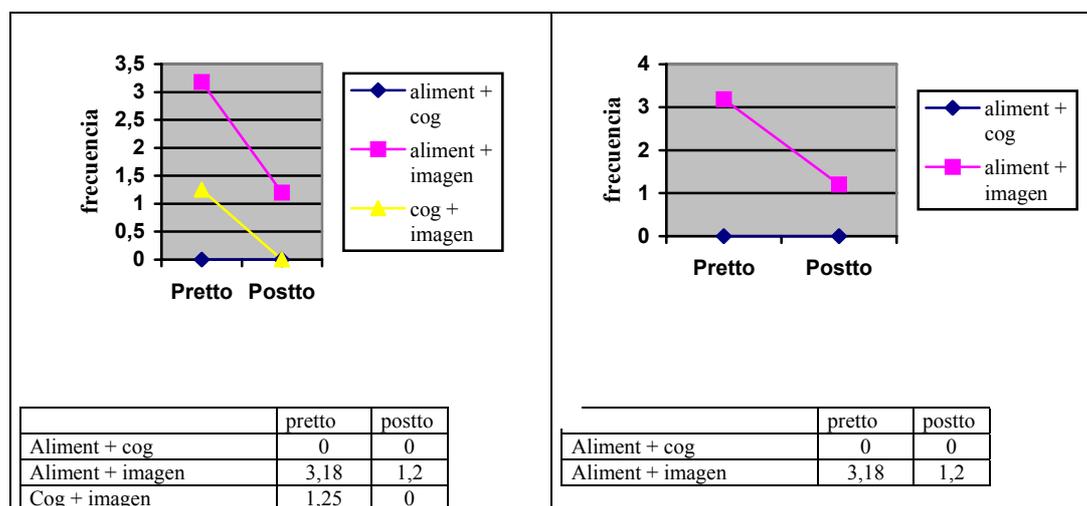


Fig 8.11 Evolución Pre-Postto laxantes -EDE- Fig 8.12 Evolución Pre-Postto laxantes -auto registro-

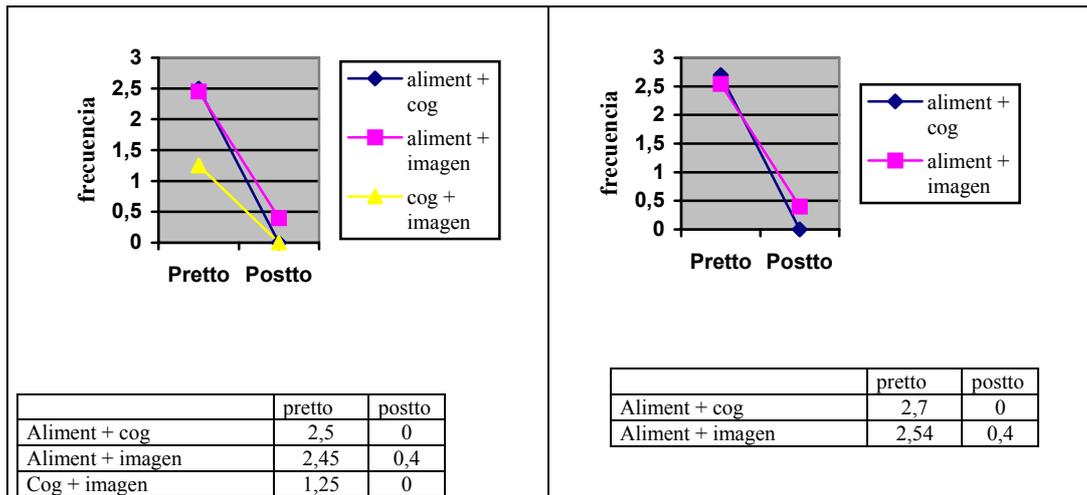


Fig 8.13 Evolución Pre-Postt diuréticos -EDE- Fig 8.14 Evolución Pre-Postt diuréticos -auto registro-

Respecto a las conductas compensatorias no purgativas (véanse figuras 8.15 y 8.16), se produce una reducción general en la realización de ejercicio físico intenso, logrando que en el postratamiento ninguna de las pacientes emplee este método para el control del peso en ninguno de los programas de intervención. Estas reducciones son significativas en el grupo “alimentación + cognición” ($t(8) = 2,53, p < 0,05$), pero no en el resto ($t(9) = 1,5$, para el grupo “alimentación + imagen” y $t(9) = 1$, para el grupo “cognición + imagen”). Esto puede ser de nuevo debido a la reducida frecuencia inicial de ejercicio físico intenso en estos dos grupos. Dónde sí se producen reducciones estadísticamente significativas en todos los grupos de tratamiento es en el empleo de la restricción alimentaria como medio para compensar los atracones ($t(8) = 5,117, p < 0,001$ para “alimentación + cognición”; $t(9) = 9,532, p < 0,001$ para “alimentación + imagen” y $t(9) = 3,989, p < 0,005$ para “cognición + imagen”).

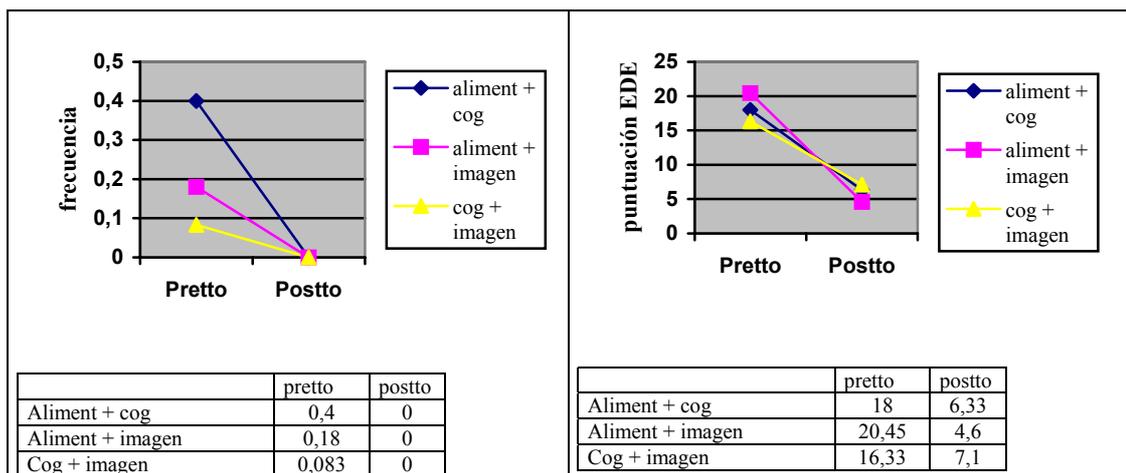


Fig 8.15 Evolución Pre-Postto ejercicio físico

Fig 8.16 Evolución Pre-Postto restr. alimentaria

Todo ello demuestra que las pacientes tras finalizar sus tratamientos aún necesitan recurrir a algunos de los comportamientos que les infieren seguridad a la hora de mantener el peso deseado; no obstante, la significación estadística respecto a la variable “inadaptación” encontrada en los grupos “alimentación + cognición” ($t(8) = 4,37, p < 0,005$) y “alimentación + imagen” ($t(9) = 3,625, p < 0,05$) permite deducir que estas participantes consiguen adaptarse a su entorno más cercano sin que su vida se vea demasiado influida por sus hábitos alimentario (véase figura 8.17). Por otra parte, la mejoría conseguida por el tratamiento “cognición + imagen” no alcanza dicha significación ($t(9) = 2,138$), lo que demuestra que estas pacientes siguen viendo su vida en parte afectada por sus problemas alimentarios. Esto puede ser debido, no sólo a las conductas desadaptadas que siguen presentando, sino a las cogniciones que subyacen bajo estos comportamientos.

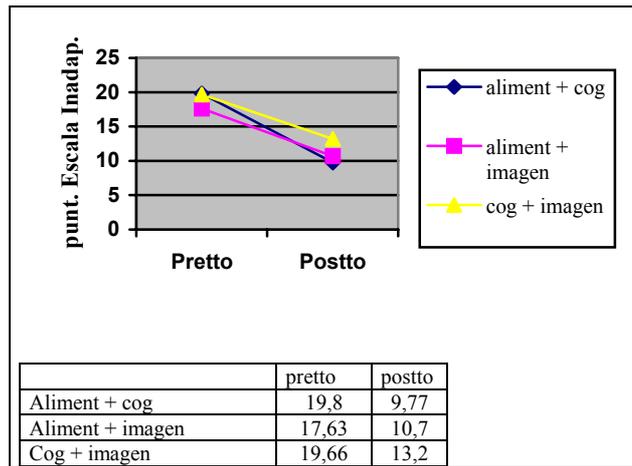


Fig 8.17 Evolución Pre-Postto inadaptación

Se observa el descenso estadísticamente significativo en todas las puntuaciones referentes a la preocupación por la comida, peso y figura en los tres grupos de tratamiento. Los valores alcanzados en la preocupación por la comida (véase figura 8.18) son muy similares entre los distintos grupos de tratamiento, a saber, “alimentación + cognición” ($t(8)= 9,297, p < 0,001$), “alimentación + imagen” ($t(9)= 4,589, p < 0,001$) y “cognición + imagen” ($t(9)= 4,887, p < 0,001$). Ocurre algo parecido en la preocupación por el peso (véase figura 8.19), con los siguientes valores: “alimentación + cognición” ($t(8)= 6,929, p < 0,001$), “alimentación + imagen” ($t(9)= 3,079, p < 0,05$) y “cognición + imagen” ($t(9) = 3,865, p < 0,005$).

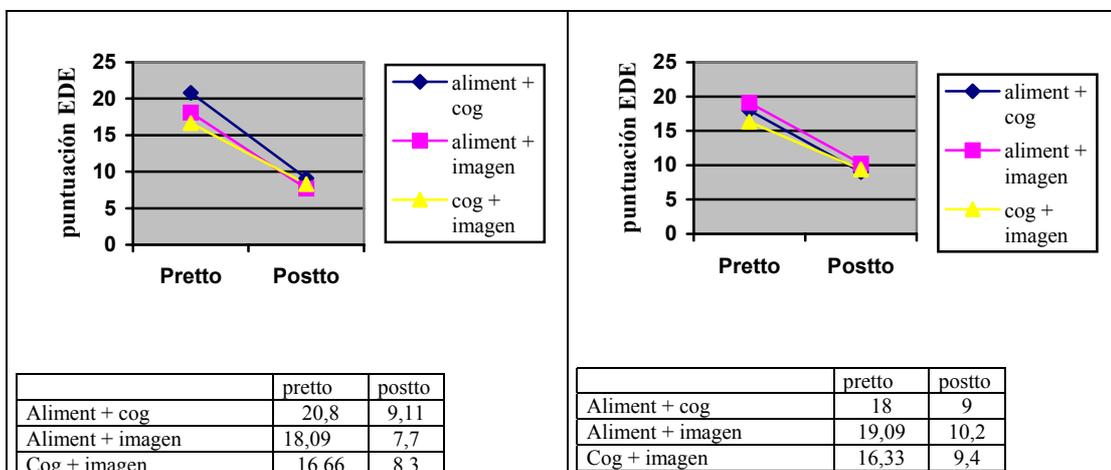


Fig 8.18 Evolución Pre-Postto preocup. comida

Fig 8.19 Evolución Pre-Postto preocup. peso

En cuanto a la preocupación por la figura (véanse figuras 8.20 y 8.21), se observan reducciones estadísticamente significativas en todos los grupos de tratamiento, tanto en los resultados obtenidos por la EDE (“alimentación + cognición” $t(8)= 4,135$, $p< 0,005$; “alimentación + imagen” $t(9)= 2,129$, $p< 0,01$; “cognición + imagen” $t(9)= 6,105$, $p< 0,001$) como por el BSQ (“alimentación + cognición” $t(8)= 5,779$, $p< 0,001$; “alimentación + imagen” $t(9)= 4,302$, $p< 0,005$; “cognición + imagen” $t(9)= 2,99$, $p< 0,05$).

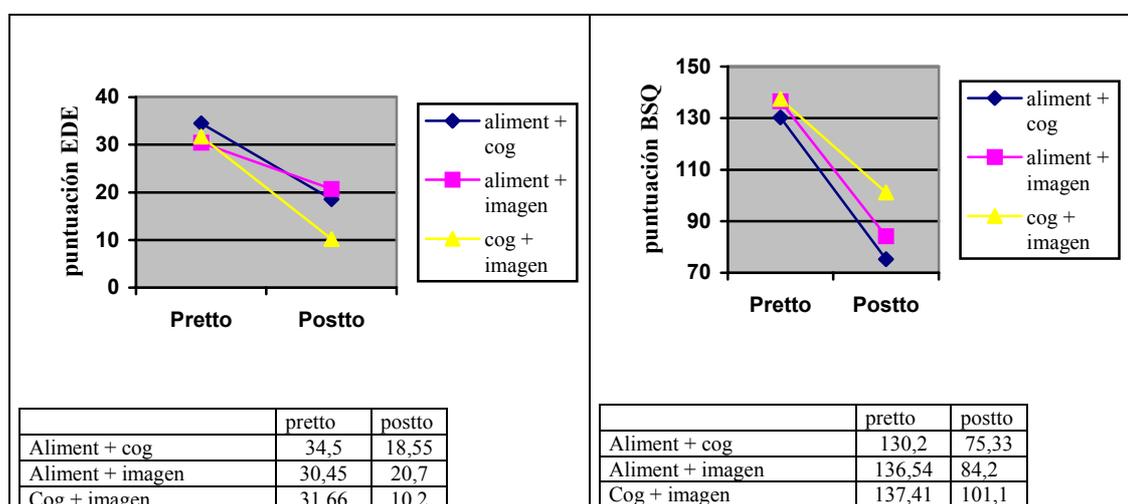


Fig 8.20 Evolución Pre-Postto preoc. fig -EDE- Fig 8.21 Evolución Pre-Postto preocup. fig. -BSQ-

Aunque las puntuaciones alcanzadas en la variable distorsión de la imagen corporal son muy similares en los tres grupos de tratamiento (véase figura 8.22), se encuentran reducciones significativas sólo en dos de ellos, a saber “alimentación + cognición” ($t(8)= 3,162$, $p < 0,05$) y “alimentación + imagen” ($t(9)= 3$, $p < 0,05$). Los pacientes del grupo “cognición + imagen” parecen seguir manteniendo algunos problemas tras el tratamiento a la hora de percibir su propia imagen corporal ($t(9)= 2,228$).

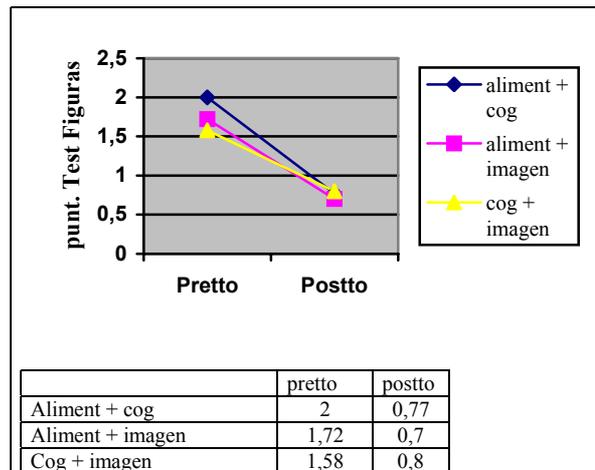


Fig 8.22 Evolución Pre-Postto distorsión imagen corporal

En cuanto al peso de las pacientes y al índice que masa corporal correspondiente (véanse figuras 8.23 y 8.24), no se observan cambios significativos en ninguno de los grupos, algo que era esperable al no ser común ni el aumento ni el descenso de peso en las pacientes normopeso tratados con terapia cognitivo-conductual (Fairburn, 1985). Concretamente, hay una ligera subida de peso (inferior a 1 Kg) en las intervenciones “alimentación + cognición” ($t(8) = -0,736$) y “alimentación + imagen” ($t(9) = -0,412$) y una pequeña bajada (también inferior a 1 Kg) en el grupo “cognición + imagen” ($t(9) = 1,04$). Ocurre lo mismo con respecto al IMC (“alimentación + cognición” $t(8) = -1,543$; “alimentación + imagen” $t(9) = -0,274$ y “cognición + imagen” $t(9) = 1,06$).

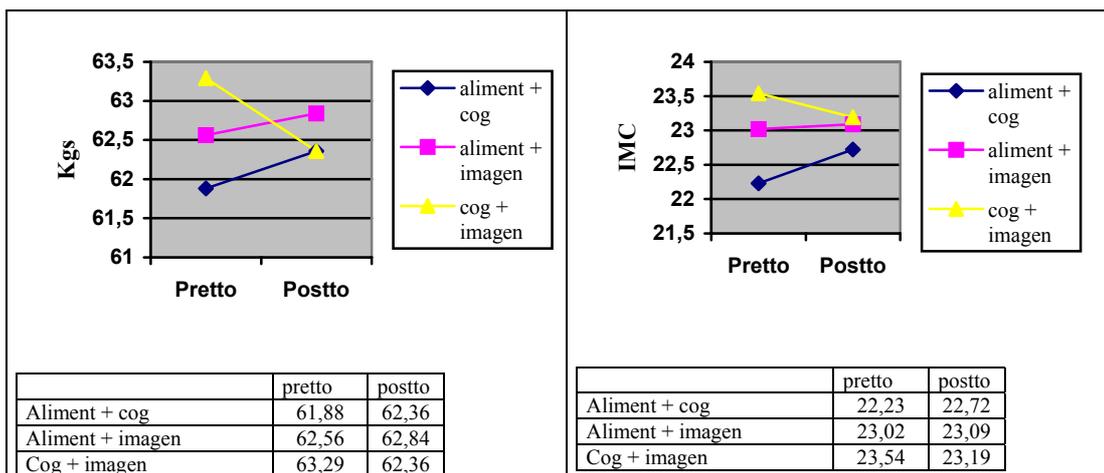


Fig 8.23 Evolución Pre-Postto peso

Fig 8.24 Evolución Pre-Postto IMC

8.3.1.1.2 Variables mediadoras

En la tabla 8.13 se pueden apreciar los cambios estadísticamente significativos que se producen en las tres variables mediadoras tras la finalización de los distintos tratamientos.

Tabla 8.13 Variables mediadoras (ANOVAs 3x2 Pre-Post)

	Contrastes	Significación
Impulsividad	F (2,26) = 0,288	n.s.
Intergrupo	F (1,26) = 49,181	p < 0,001
Intrasujeto	F (2,26) = 0,873	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento		
Ansiedad	F (2,26) = 1,226	n.s.
Intergrupo	F (1,26) = 42,949	p < 0,001
Intrasujeto	F (2,26) = 0,496	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento		
Auto-estima	F (2,26) = 0,227	n.s.
Intergrupo	F (1,26) = 381,872	p < 0,001
Intrasujeto	F (2,26) = 2,222	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento		

n.s. = no significativo

Las pacientes de los tres grupos se muestran menos impulsivas al acabar los tratamientos, encontrando reducciones estadísticamente significativas en todos los grupos de tratamiento (“alimentación + cognición” $t(8) = 4,257$, $p < 0,005$; “alimentación +

imagen” $t(9)= 5,076$, $p < 0,001$ y “cognición + imagen” $t(9)= 2,936$, $p < 0,05$), lo que se ve demostrado en la reducción de conductas como el atracón y los vómitos. No obstante, la puntuación conseguida no refleja un autocontrol total sobre la manera de actuar y de pensar de las mismas, lo que puede influir en la puesta en marcha de algunos comportamientos alimentarios poco saludables en situaciones conflictivas (figura 8.25).

Algo similar se puede observar con las puntuaciones referidas a la ansiedad (véase figura 8.26), dónde todos los grupos reducen esta sintomatología de manera significativa (“alimentación + cognición” $t(8)= 4,675$, $p < 0,005$; “alimentación + imagen” $t(9)= 4,679$, $p < 0,001$; “cognición + imagen” $t(9)= 2,577$, $p < 0,05$).

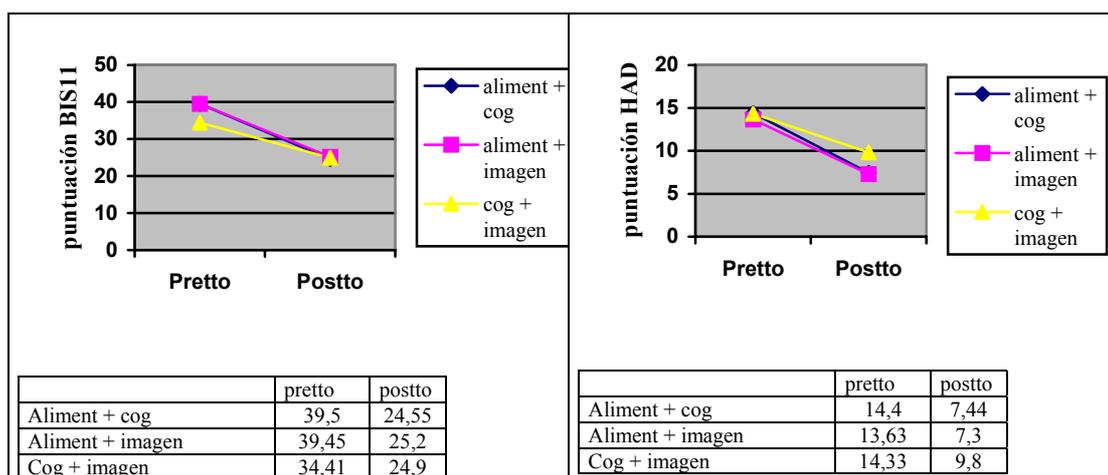


Fig 8.25 Evolución Pre-Postto impulsividad

Fig 8.26 Evolución Pre-Postto ansiedad

Los valores de autoestima (véase figura 8.27) reflejan un incremento significativo en todos los grupos, consiguiendo así, que las pacientes comiencen a valorarse más a sí mismas, tengan motivos para sentirse orgullosas y se sientan útiles como personas (“alimentación + cognición” $t(8)= -7,424$, $p < 0,001$; “alimentación + imagen” $t(9)= 16,745$, $p < 0,001$; “cognición + imagen” $t(9)= -13,5$, $p < 0,001$).

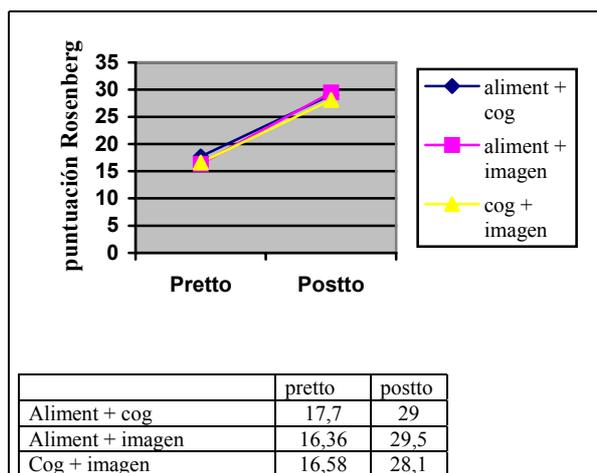


Fig 8.27 Evolución Pre-Postto autoestima

8.3.1.2 Cambios de los programas de intervención en los seguimientos

Habiendo analizado los resultados obtenidos en el postratamiento, se procede a revisar el mantenimiento de los mismos, pudiendo así conocer la sintomatología presente tras un año de la intervención. De manera general, se puede observar que las pacientes tratadas consiguen mejorías significativas a lo largo del tiempo en la mayoría de las características evaluadas, tanto de las variables dependientes como de las variables mediadoras.

8.3.1.2.1 Variables dependientes

Tal y como se presenta en la tabla 8.14, se producen numerosas diferencias intrasujeto en los seguimientos evaluados. A excepción del empleo de laxantes y diuréticos como métodos compensatorios y de las variables peso e IMC, el resto permite comprobar que la mejora de la sintomatología se ha producido de forma estadísticamente significativa. Con el fin de determinar en qué momento del seguimiento se producían los cambios, se realizó un análisis de las comparaciones intrasujeto.

Por otro lado, también resulta significativo el cambio intergrupo en la variable vómito, así como la interacción tiempo x tratamiento en la restricción alimentaria.

Tabla 8.14 Variables dependientes (ANOVAs 3x5)

	Constrastes	Significación
Atracones según EDE		
Intergrupo	F (2,23) = 0,751	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 77,725 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 0,37 (1)	n.s.
Vómitos según EDE		
Intergrupo	F (2,23) = 4,112	P<0,05
Intrasujeto	F (1,23) = 37,514 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,158 (1)	n.s.
Laxantes según EDE		
Intergrupo	F (2,23) = 1,27	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 3,302	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,228	n.s.
Diuréticos según EDE		
Intergrupo	F (2,23) = 1,232	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 1,899	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 0,545	n.s.
Ejercicio físico (frecuencia)		
Intergrupo	F (2,23) = 1,143	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 8,923 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,143 (1)	n.s.
Preocupación comida		
Intergrupo	F (2,23) = 0,718	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 47,092 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,638 (1)	n.s.
Preocupación peso		
Intergrupo	F (2,23) = 1,53	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 20,952 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,116 (1)	n.s.

Tabla 8.14 Variables dependientes (ANOVAs 3x5) (Cont.)

	Constrastes	Significación
Preocupación figura según EDE		
Intergrupo	F (2,23) = 1,524	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 39,743 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,02 (1)	n.s.
Preocupación figura según BSQ		
Intergrupo	F (2,23) = 0,106	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 32,257	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,571	n.s.
Restricción alimentaria		
Intergrupo	F (2,23) = 0,029	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 44,737 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 2,86 (1)	p< 0,05
Inadaptación		
Intergrupo	F (2,23) = 0,511	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 26,795 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 0,84 (1)	n.s.
Distorsión de la figura		
Intergrupo	F (2,23) = 0,019	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 21,176 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 0,432 (1)	n.s.
Peso		
Intergrupo	F (2,23) = 0,084	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 0,411 (1)	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 0,907 (1)	n.s.
IMC		
Intergrupo	F (2,23) = 0,139	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 1,39 (1)	n.s.
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,176 (1)	n.s.

(1) Corregido supuesto de esféricidad (Huynh-Feldt) n.s.= no significativo

Respecto a las variables conductuales, se observa una mejoría significativa en el empleo de atracones y vómitos durante las comidas. En este caso, se tendrán únicamente en cuenta las puntuaciones obtenidas a través de la EDE, ya que no se empleaban los auto-registros de comida como medida evaluativa en ninguno de los seguimientos. El descenso más importante en la frecuencia de estas conductas se produce

entre la línea base o pretratamiento y el postratamiento. En las figuras 8.28 y 8.29 se observa la evolución de ambas variables, muy similares entre sí. Se aprecia que la mejoría alcanzada en el postratamiento se mantiene durante las siguientes fases de evaluación con valores muy similares para los tres grupos de tratamiento. De hecho, existen diferencias significativas intragrupo entre el pretratamiento y todos los momentos posteriores de medida en ambas variables. En concreto, las pacientes emplean de manera poco habitual (inferior a 1 por semana) los atracones y los vómitos incluso un año después de haber finalizado el tratamiento.

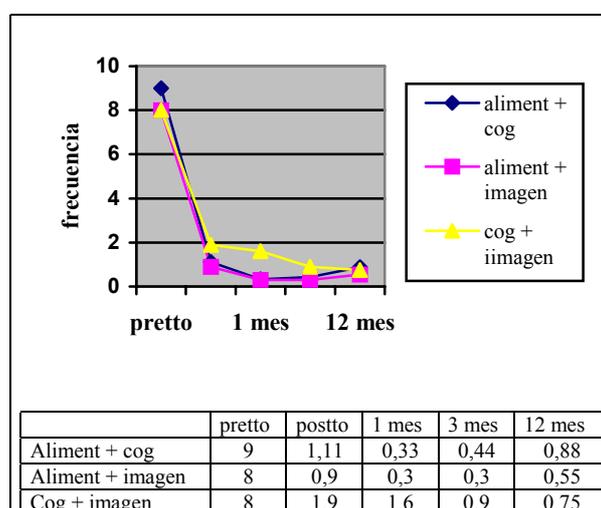


Fig 8.28 Evolución atracones según EDE

Tabla 8.15 Comparaciones múltiples pre-seg: atracones EDE

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 10,522 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 10,651 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 11,107 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 9,296 ****

**** p < 0,001

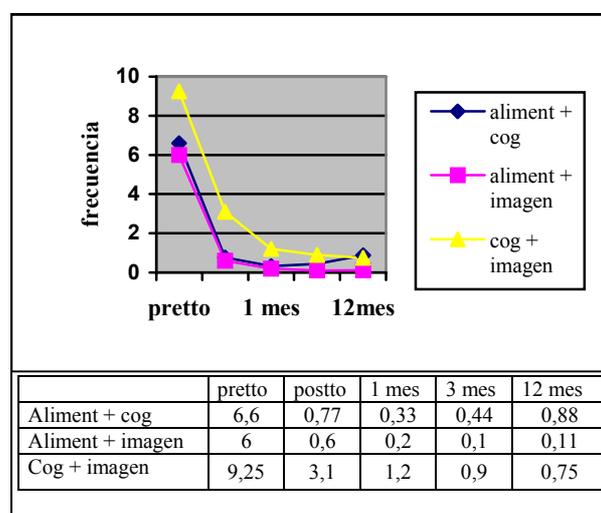


Fig 8.29 Evolución vómitos según EDE

Tabla 8.16 Comparaciones múltiples pre-seg: vómitos EDE

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 6,814 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 7,22 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 7,306 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 6,288 ****

**** p < 0,001

En cuanto a los laxantes empleados como técnica purgativa, no se observa que el descenso que se produce en su empleo tras la aplicación de las intervenciones y durante los seguimientos sea significativo en ninguno de los momentos de medida. No obstante, en la figura 8.30 se aprecia que el grupo “cognición + imagen” consigue la abstinencia de los mismos en el postratamiento, mientras que las pacientes del grupo “alimentación + imagen” la alcanzan al primer mes de seguimiento. La abstinencia alcanzada se mantiene en todos los grupos durante todos los momentos de medida, lo que implica que ninguna de las pacientes volvió a consumir laxantes durante los seguimientos llevados a cabo.

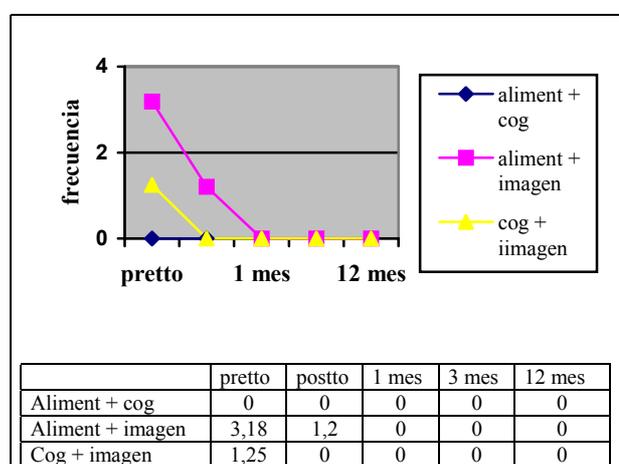


Fig 8.30 Evolución laxantes según EDE

Con respecto al empleo de diuréticos como método compensatorio, se observa en la figura 8.31 que tanto en el postratamiento como en los seguimientos realizados, los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen” consiguen eliminar por completo la ingesta de diuréticos. Sin embargo, el grupo “alimentación + imagen”, a pesar de que consigue una reducción importante en el postratamiento y al mes de seguimiento, aumenta su consumo a los 3 y 12 meses de evaluación, con valores incluso superiores a los observados al comienzo del tratamiento. A pesar de los cambios

producidos respecto al pretratamiento, no se encuentran diferencias significativas en las comparaciones realizadas en ninguno de los momentos de medida.

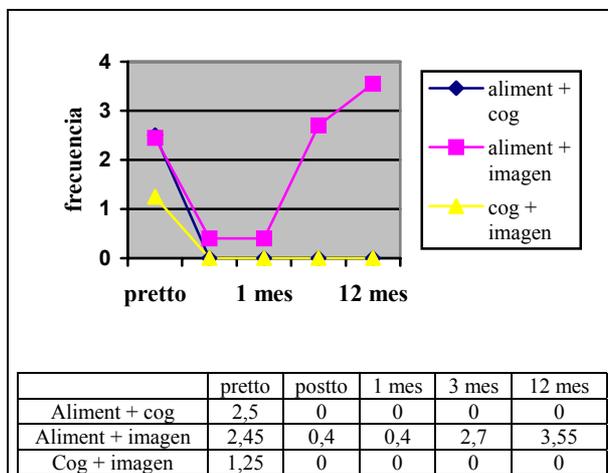


Fig 8.31 Evolución diuréticos según EDE

Respecto al empleo de los métodos no purgativos como compensación al atracón, se aprecia que todas las pacientes dejan de practicar ejercicio físico intenso nada más finalizar los tratamientos, resultado que se mantiene en todas las medidas llevadas a cabo (figura 8.32). A pesar de que los valores iniciales no son muy elevados, las diferencias entre la medida pretratamiento y el resto de evaluaciones son significativas. Con respecto al empleo de una dieta inadecuada, se observa en la figura 8.33 que se produce una importante reducción de la misma en el postratamiento de todas las prácticas terapéuticas, siendo estadísticamente significativas la totalidad de las comparaciones realizadas con respecto al pretratamiento. Se aprecia que a lo largo del tiempo, esta mejoría se sigue manteniendo en el grupo “cognición + imagen”, pero parece empeorar a los 3 y 12 meses en el resto de tratamientos. Por ello, también se alcanzan la significación estadística en la interacción entre el tiempo transcurrido entre las evaluaciones y el grupo de tratamiento asignado.

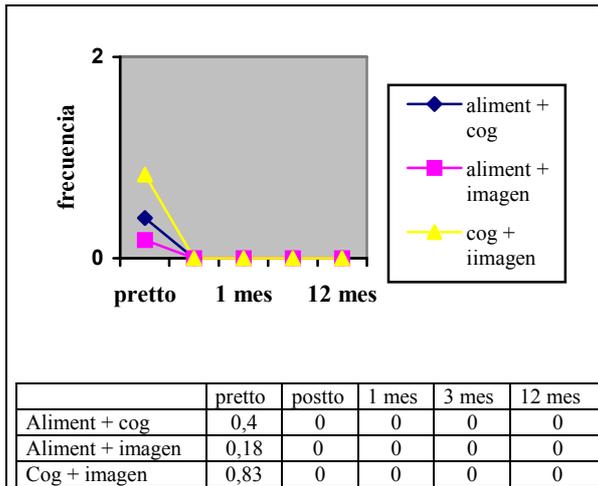


Fig 8.32 Evolución ejercicio físico

Tabla 8.17 Comparaciones múltiples pre-seg: ejercicio físico

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 2,985 **
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 2,985 **
Pre-seguimiento 3 meses	t (25) = 3,035 **
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 3,305 **

** p < 0,01

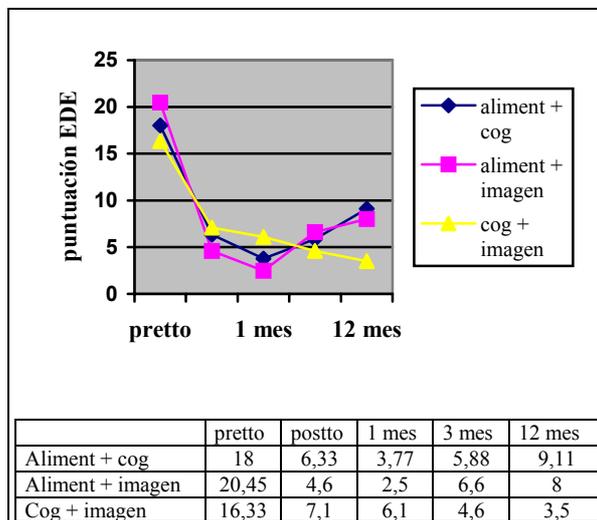


Fig 8.33 Evolución restricción alimentaria

Tabla 8.18 Comparaciones múltiples pre-seg: restricción alimentaria

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 9,419 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 9,466 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 9,211 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 7,666 ****

**** p < 0,001

Analizando la evolución de las cogniciones presentes, se observa una pauta similar a la encontrada en la restricción alimentaria (encontrando mejorías estadísticamente significativas en todas las comparaciones entre el pretratamiento y el resto de momentos de medidas); en cuanto a la preocupación que tienen las pacientes por la comida, se observa en la figura 8.34 una importante mejoría en el postratamiento de las tres intervenciones aplicadas; sin embargo, esos resultados se mantienen (incluso mejoran) únicamente en el grupo “cognición + imagen” a los 12 meses de seguimientos; en los

otros dos programas de intervención se observa un empeoramiento de dichas puntuaciones a largo plazo (a pesar de que todas las comparaciones realizadas con el pretratamiento sean estadísticamente significativas).

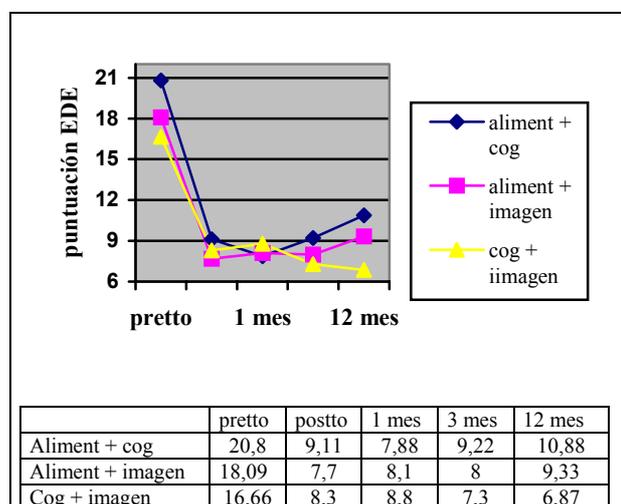


Fig 8.34 Evolución preocupación comida

Tabla 8.19 Comparaciones múltiples pre-seg: preocupación por la comida

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 9,5 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 9,447 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 9,526 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 7,995 ****

**** p< 0,001

En cuanto a la preocupación de las pacientes por su peso, se observa que todas las comparaciones realizadas entre el pretratamiento y el resto de medidas alcanzan la significación estadística; no obstante, se aprecia que los resultados conseguidos en el postratamiento se mantienen e incluso mejoran en el grupo “cognición + imagen”; sin embargo, estas puntuaciones tienden a empeorar en los seguimientos de 3 y 12 meses en las intervenciones “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” (véase figura 8.35).

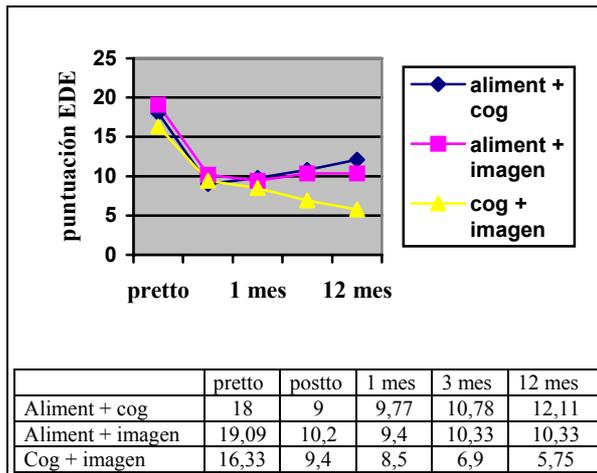


Fig 8.35 Evolución preocupación peso

Con respecto a la preocupación que sienten por su imagen (evaluadas tanto a través de la EDE como del BSQ), parece que existe una evolución conforme avanza el tiempo hacia el mantenimiento o mejoría de los resultados obtenidos tras finalizar el tratamiento, tanto en el grupo “alimentación + imagen”, como en el tratamiento “cognición + imagen”; sin embargo, la intervención “alimentación + cognición” vuelve a empeorar sus resultados en el seguimiento de 3 y 12 meses (véanse figuras 8.36 y 8.37). A pesar de ello, todas las comparaciones realizadas con los resultados pretratamiento alcanzan el nivel de significación estadística.

Tabla 8.20 Comparaciones múltiples pre-seg: preocupación peso

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 6,832 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 6,939 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 6,655 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 5,156 ****

**** p < 0,001

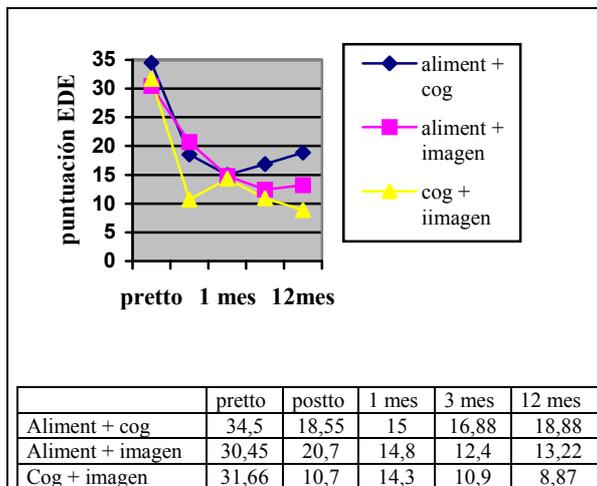


Fig 8.36 Evolución preocupación figura según EDE

Tabla 8.21 Comparaciones múltiples pre-seg: preocupación figura según EDE

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 6,513 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 8,531 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 9,034 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 8,544 ****

**** p < 0,001

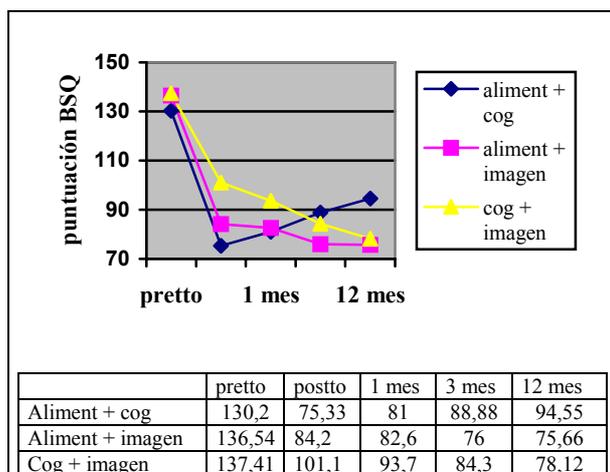


Tabla 8.22 Comparaciones múltiples pre-seg: preocupación figura según BSQ

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 7,222 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 8,053 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 9,243 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 8,12 ****

**** p < 0,001

Fig 8.37 Evolución preocupación figura según BSQ

En la misma línea de argumentación, se observa en la figura 8.38, que todas las pacientes disminuyen su percepción distorsionada de la imagen corporal que tienen; no obstante, los resultados mejoran de manera evidente con el paso de tiempo en el grupo “cognición + imagen”, mientras que empeoran en los otros dos grupos de tratamiento. A pesar de ellos, se alcanza la significación estadística en todas las comparaciones realizadas frente al pretratamiento.

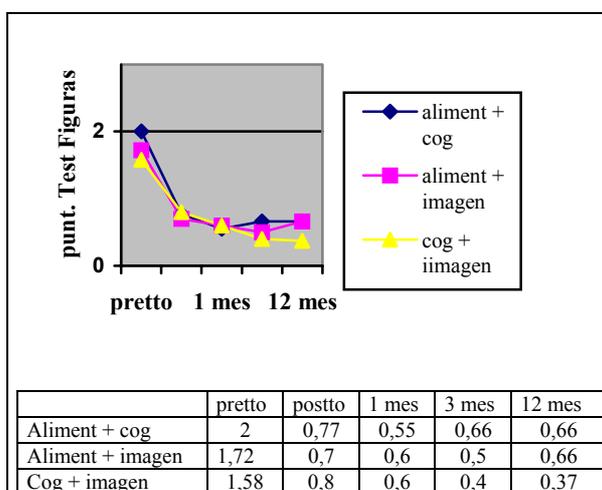


Tabla 8.23 Comparaciones múltiples pre-seg: distorsión imagen corporal

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 4,944 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 7,002 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 6,912 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 6,214 ****

**** p < 0,001

Fig 8.38 Evolución distorsión imagen corporal

Todas las mejorías conseguidas tras el tratamiento y mantenidas durante el seguimiento repercuten de manera directa en la adaptación de las pacientes a su entorno. De esta manera, las puntuaciones que reflejan los problemas de adaptación disminuyen con carácter significativo en todas las medidas tomadas al compararlas con el pretratamiento. La evolución de esta variable durante los distintos momentos de medida es muy similar para los tres grupos de tratamiento (véase figura 8.39).

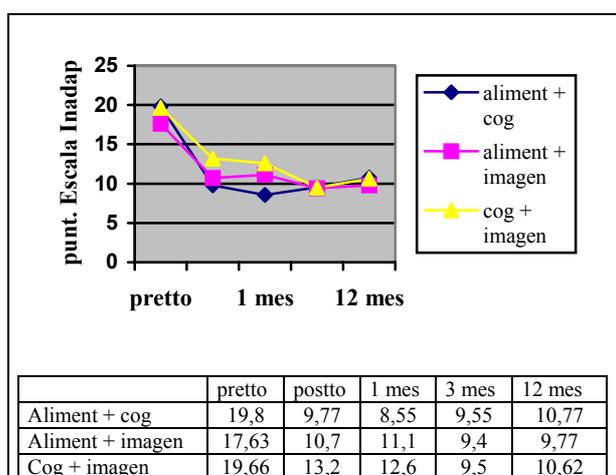


Fig 8.39 Evolución inadpatación

Tabla 8.24 Comparaciones múltiples pre-seg: inadpatación

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 5,716 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 5,807 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 9,214 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 8,202 ****

**** p < 0,001

Por último, las variables relacionadas con el peso y el IMC (figuras 8.40 y 8.41) no varían de manera significativa en ninguna de las medidas tomadas con respecto al pretratamiento. Analizando la evolución de estos valores, se observa que todas las pacientes que presentaban un IMC saludable (entre 20 y 25) continúan teniéndolo a lo largo del tiempo; en cuanto a las tres pacientes que presentaban sobrepeso en el pretratamiento, éstas siguen teniendo cifras de IMC superiores a 25 en los distintos momentos de medida. No obstante, una de esas pacientes consigue alcanzar una cifra de 25,8 a los 12 meses de seguimiento, lo que supone un peso bastante más sano que el que tenía al comienzo del tratamiento.

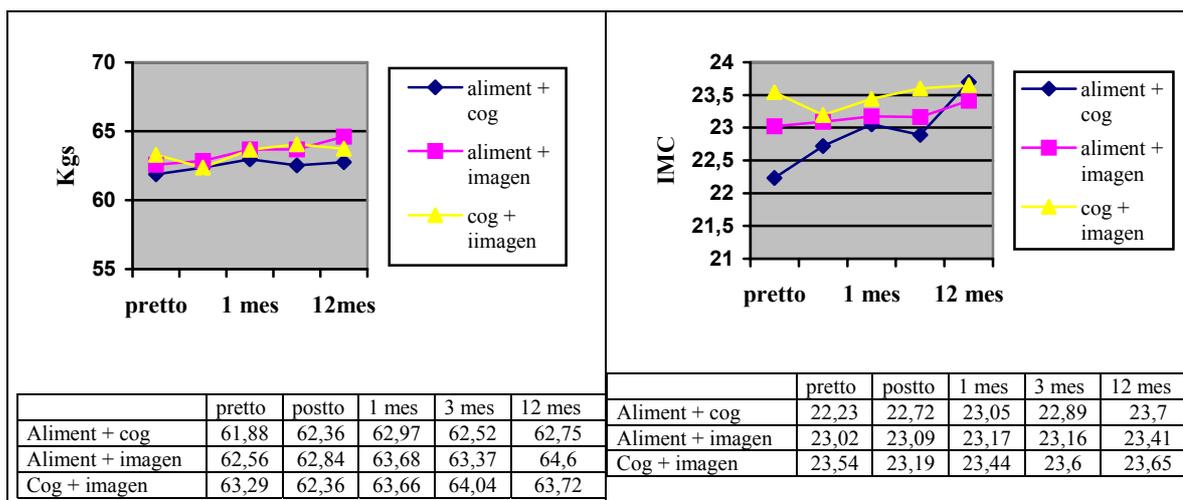


Fig 8.40 Evolución peso

Fig 8.41 Evolución IMC

8.3.1.2.2 Variables mediadoras

En cuanto a las variables mediadoras (tabla 8.25), se observa una clara mejoría de todas ellas tras la aplicación de los tratamientos y en el seguimiento de los mismos, lo que queda demostrado en las diferencias significativas intragrupo encontradas en todas las variables mediadoras evaluadas; igualmente, resulta significativa la interacción tiempo x tratamiento en la variable autoestima.

Tabla 8.25 Variables mediadoras (ANOVAs 3x5)

	Contrastes	Significación
Impulsividad		
Intergrupo	F (2,23) = 0,166	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 32,64 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,082 (1)	n.s.
Ansiedad		
Intergrupo	F (2,23) = 1,173	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 24,289 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 1,017 (1)	n.s.
Autoestima		
Intergrupo	F (2,23) = 0,068	n.s.
Intrasujeto	F (1,23) = 95,51 (1)	p< 0,001
Interacción tiempo x tratamiento	F (2,23) = 2,701 (1)	p< 0,05

n.s. = no significativo

Como puede observarse en la figura 8.42, los valores conseguidos en el postratamiento evolucionan de manera distinta entre los distintos grupos en la variable impulsividad; de esa manera, las pacientes tratadas con los módulos “alimentación + cognición” parecen mostrar mayor impulsividad conforme se avanza en el tiempo, algo que no ocurre con las otras dos intervenciones, dónde hay una evolución casi lineal en el grupo “alimentación + imagen” y en línea descendente en los módulos “cognición + imagen” (a excepción de la medida tomada a los 12 meses, dónde se observa un pequeño repunte). A pesar de esta discrepancia, todos los valores se reducen de manera significativa al compararlos con las medidas pretratamiento en todos los grupos de tratamiento.

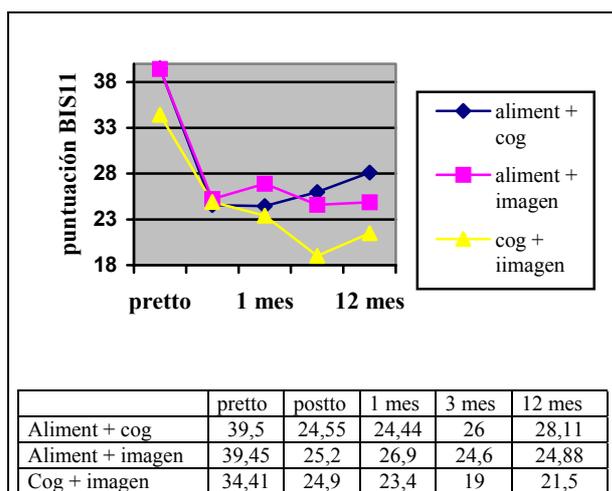


Fig 8.42 Evolución impulsividad

Tabla 8.26 Comparaciones múltiples pre-seg: impulsividad

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 7,012 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 7,941 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 10,144 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 8,176 ****

**** p < 0,001

Con respecto a la ansiedad sufrida por las pacientes, se observa en la figura 8.43 un descenso significativo de la misma en todos los grupos de intervención en los distintos niveles de medida; sin embargo, dónde se observa una mayor mejoría postratamiento es en aquellos tratamientos dónde se incluye el módulo alimentario. A pesar de esta diferencia encontrada con respecto al grupo “cognición + imagen”, las puntuaciones

acaban igualándose con el paso del tiempo, al ir mejorando este último módulo con respecto al empeoramiento que van sufriendo los anteriores.

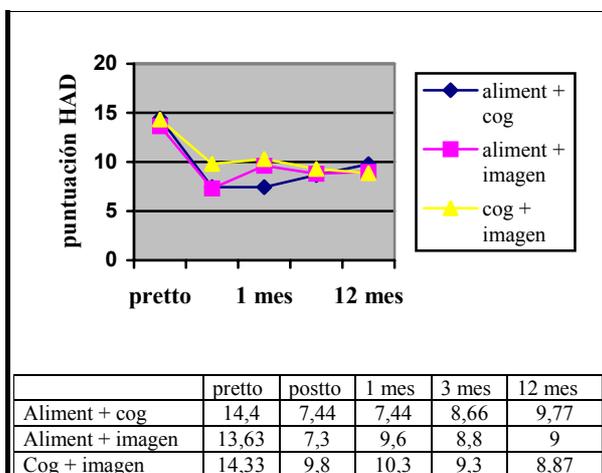


Fig 8.43 Evolución ansiedad

Consiguiendo una mejoría significativa en casi todas las variables evaluadas tras la aplicación de los tratamientos, es de esperar un aumento en la autoestima de todas las pacientes evaluadas. Los resultados conseguidos en el postratamiento, se mantienen durante el seguimiento llevado a cabo en el grupo “cognición + imagen”, ya que en el resto de tratamientos se observa un pequeño empeoramiento de las puntuaciones a los 12 meses de seguimiento (véase figura 8.44). Estos valores alcanzan la significación estadística en las comparaciones llevadas a cabo frente al pretratamiento.

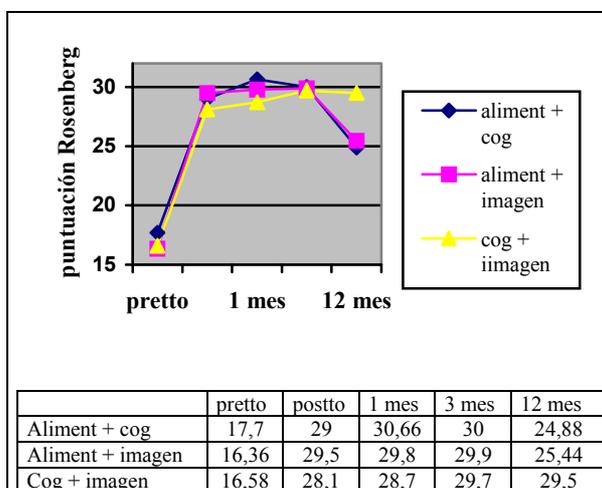


Fig 8.44 Evolución auto estima

Tabla 8.27 Comparaciones múltiples pre-seg: ansiedad

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = 6,662 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = 5,805 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = 6,164 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = 6,659 ****

**** p < 0,001

Tabla 8.28 Comparaciones múltiples pre-seg: auto-estima

Comparaciones intrasujeto	Contrastes y significación
Pre-post	t (28) = -18,81 ****
Pre-seguimiento 1 mes	t (28) = -19,712 ****
Pre-seguimiento 3 meses	t (28) = -18,014 ****
Pre-seguimiento 12 meses	t (25) = -7,477 ****

**** p < 0,001

8.3.2 Determinación de las diferencias en función del tipo de intervención

8.3.2.1 Diferencias entre los tres grupos de intervención en el postratamiento

Los tres programas de intervención presentan diferencias en su eficacia en este momento de medida; concretamente existen diferencias intergrupo en el empleo de vómitos como medida purgativa.

Tras eliminar el posible efecto de las medidas pretratamiento en los resultados hallados, se observó que los cambios postratamiento resultaban estadísticamente significativos en el empleo de vómitos como medida purgativa tras los atracones, en el uso de la restricción alimentaria y en la preocupación por la figura según los resultados obtenidos por la EDE. Para conocer entre qué grupos de tratamiento se producían esas diferencias significativas, se llevaron a cabo ANCOVAs para cada una de las comparaciones de a dos posibles entre las intervenciones aplicadas, tanto para las variables dependientes como las mediadoras (véanse tablas 8.29 y 8.30).

Tabla 8.29 Vv. dependientes (ANCOVAs postto para los tres grupos de tratamiento)

	Constrastes	Significación
Atracones según EDE	F (2,25) = 0,918	n.s.
Atracones según auto registros	F (1,16) = 0,052	n.s.
Vómitos según EDE	F (2,25) = 3,852	P< 0,05
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen	F (1,16) = 0,002	n.s.
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	F (1,16) = 4,702	p< 0,05
alimentac + imagen Vs cognición + imagen	F (1,17) = 3,856	n.s.
Vómitos según auto registros	F (1,16) = 0,006	n.s.
Laxantes según EDE	F (2,25) = 0,373	n.s.

Tabla 8.29 Vv. dependientes (ANCOVAs postto para los tres grupos de tratamiento) (Cont.)

	Constrastes	Significación
Laxantes según auto registros	F (1,16) = 0,894	n.s.
Diuréticos según EDE	F (2,25) = 1,099	n.s.
Diuréticos según auto registros	F (1,16) = 1,38	n.s.
Ejercicio físico (frecuencia)	--	--
Preocupación comida	F (2,25) = 0,341	n.s.
Preocupación peso	F (2,25) = 0,192	n.s.
Preocupación figura según EDE	F (2,25) = 5,387	P< 0,05
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen	F (1,16) = 0,577	n.s.
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	F (1,16) = 3,853	n.s.
alimentac + imagen Vs cognición + imagen	F (1,17) = 10,504	p< 0,005
Preocupación figura según BSQ	F (2,25) = 0,854	n.s.
Restricción alimentaria	F (2,25) = 2,544	P< 0,05
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen	F (1,16) = 2,079	n.s.
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	F (1,16) = 0,566	n.s.
alimentac + imagen Vs cognición + imagen	F (1,17) = 4,844	p< 0,05
Inadaptación	F (2,25) = 0,999	n.s.
Distorsión de la figura	F (2,25) = 0,055	n.s.
Peso	F (2,29) = 1,285	n.s.
IMC	F (2,29) = 1,012	n.s.

n.s. = no significativo

Con respecto a la diferencia significativa encontrada entre los valores pre y postratamiento en la frecuencia de vómitos empleados tras la ingesta de alimentos, se observó que donde se producía una mayor distancia entre los cambios producidos era en la comparación de los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen”, llegando a alcanzar la significación estadística. En este caso, las pacientes que participaban en la intervención “alimentación + cognición” (M= 0,77, DT= 1,2) eran las que mostraban una mayor reducción en la frecuencia de los vómitos frente al grupo “cognición + imagen” (M= 3,1, DT= 2,28). Esto puede ser debido a que en el módulo “alimentación” se aplicaban de manera explícita técnicas dirigidas a la eliminación de las conductas purgativas. En la comparación de los grupos “alimentación + imagen” (M= 0,6, DT= 1,34) y “cognición + imagen” (M= 3,1, DT= 2,28) no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, vuelven a ser las pacientes del grupo de incluye el módulo “alimentación” las que presentan mejores resultados postratamiento en esta variable.

Respecto a la preocupación por la figura evaluada a través de la EDE, la comparación de los grupos “alimentación + imagen” y “cognición + imagen” alcanza el nivel de significación estadística. En concreto, aquellas pacientes que participaban en el tratamiento “cognición + imagen” (M= 10,2, DT= 9,41) alcanzaban cifras inferiores al grupo “alimentación + imagen” (M= 20,7, DT= 5,88) en esta variable. También se aprecian diferencias (aunque no alcanzan la significación estadística) entre los grupos “alimentación + cognición” (M= 18,55, DT= 7,9) y “cognición + imagen” (M= 10,2, DT= 9,41), siendo el último de estos tratamientos el que consigue mayores reducciones en la preocupación por la figura.

Tras controlar el valor pretratamiento de la variable restricción alimentaria y haber llevado a cabo las comparaciones necesarias entre los tratamientos, se observa una única

diferencia significativa entre los grupos “alimentación + imagen” (M= 4,6, DT= 3,13) y “cognición + imagen” (M= 7,1, DT= 7,37), siendo la primera de esas intervenciones la que reduce en mayor medida el empleo de una dieta estricta durante las comidas.

En cuanto a las variables mediadoras, se observa que ninguna de ellas alcanza el nivel de significación estadística, lo que implica que, a pesar de haber controlado las medidas pretratamiento, no se aprecian diferencias postratamiento significativas entre ninguno de los tratamientos empleados.

Tabla 8.30 Vv. mediadoras (ANCOVAs postto para los tres grupos de tratamiento)

	Contrastes	Significación
Impulsividad	F (2,25) = 0,827	n.s.
Ansiedad	F (2,25) = 2,321	n.s.
Autoestima	F (2,25) = 2,303	n.s.

n.s. = no significativo

8.3.2.2 Diferencias entre los tres grupos de intervención durante los seguimientos

En este apartado se analizan las diferencias entre los programas encontradas entre la evaluación pretratamiento y los seguimientos. Además, con el fin de conocer en profundidad todos los cambios intergrupo encontrados, se analizaron en primer lugar mediante un ANCOVA, los correspondientes a la comparación pre y seguimientos para las variables dependientes y mediadoras (véanse tablas 8.31 y 8.32), de forma que se pudiera controlar el efecto de la medida pretratamiento en los cambios posteriores. En segundo lugar, se llevaron a cabo ANCOVAs de las variables que alcanzaban la significación estadística para cada una de las comparaciones de a dos posibles entre los distintos grupos de tratamiento.

Tabla 8.31 Vv. dependientes (ANCOVAs para los seguimientos al mes, 3 y 12 meses en los tres grupos de tratamiento)

	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Atracones según EDE	F (2,25) = 3,399 *	F (2,25) = 1,222	F (2,22) = 0,29
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen	F (1,16) = 0,02		
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	F (1,16) = 0,08	--	--
alimentac + imagen Vs cognición + imagen	F(1,17) = 3,68		
Vómitos según EDE	F (2,25) = 3,807 *	F (2,25) = 1,103	F (2,22) = 1,531
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen	F (1,16) = 0,11		
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	F(1,16) = 4,15	--	--
alimentac + imagen Vs cognición + imagen	F(1,17) = 4,98 *		
Laxantes según EDE	--	--	--
Diuréticos según EDE	F (2,25) = 1,099	F (2,25) = 1,561	F (2,22) = 1,893
Ejercicio físico (frecuencia)	--	--	--
Preocupación comida	F (2,25) = 1,226	F (2,25) = 0,025	F (2,22) = 0,246
Preocupación peso	F (2,225) = 0,65	F (2,25) = 1,902	F (2,22) = 3,709
Preocupación figura EDE	F (2,25) = 0,092	F (2, 25) = 1,41	F (2,22) = 3,855 *
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen			F (1,15) = 1,18
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	--	--	F(1,14) = 11,03***
alimentac + imagen Vs cognición + imagen			F(1,14) = 2,43
Preocupación figura BSQ	F (2,25) = 0,167	F (2,25) = 0,676	F (2,22) = 1,539
Restricción alimentaria	F (2,25) = 3,803 *	F (2,25) = 0,125	F (2,22) = 2,048
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen	F(1,16) = 1,93		
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	F(1,16) = 2,06	--	--
alimentac + imagen Vs cognición + imagen	F(1,17) = 6,65 **		
Inadaptación	F (2,25) = 1,342	F (2,25) = 0,017	F (2,22) = 0,068

Tabla 8.31 Vv. dependientes (ANCOVAs para los seguimientos al mes, 3 y 12 meses en los tres grupos de tratamiento) (Cont.,)

	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Distorsión de la figura	F (2,25) = 0,106	F (2,25) = 0,267	F (2,22) = 0,46
Peso	F (2,25) = 0,471	F (2,25) = 0,124	F (2,22) = 0,265
IMC	F (2,25) = 0,755	F (2,25) = 0,95	F (2,22) = 1,715

* p< 0,05 ** p< 0,01 **** p< 0,005

Tabla 8.32 Vv. mediadoras (ANCOVAs para los seguimientos al mes, 3 y 12 meses en los tres grupos de tratamiento)

	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Impulsividad	F (2,25) = 0,513	F (2,25) = 0,395	F (2,22) = 0,413
Ansiedad	F (2,25) = 1,61	F (2,25) = 0,118	F (2,22) = 0,463
Autoestima	F (2,25) = 1,587	F (2,25) = 0,143	F (2,22) = 4,353 *
alimentac + cognición Vs alimentac + imagen			F(1,15)= 0,001
alimentac + cognición Vs cognición + imagen	--	--	F(1,14)= 6,72 *
alimentac + imagen Vs cognición + imagen			F(1,14)= 8,46 **

* p< 0,05 ** p< 0,01

En cuanto a la comparación pre-seguimiento 1 mes, se aprecia que existen diferencias significativas en las puntuaciones de algunas de las variables alimentarias, como la frecuencia de atracones, de vómitos y el empleo de la restricción alimentaria. Con respecto a los atracones, a pesar de haber alcanzado la significación estadística con las puntuaciones generales de todos los grupos, no se observan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones de a dos realizadas entre las distintas intervenciones; sin embargo, se aprecia que existe una mayor reducción de atracones en los grupos que incluyen el módulo alimentación, a saber, “alimentación + cognición” (M=0,33, DT= 0,7) y “alimentación + imagen” (M= 0,3, DT= 0,48) frente al

grupo “cognición + imagen” (M=1,6, DT= 2,01). En cuanto al empleo de vómitos como medida purgativa, sí que se observan diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos “alimentación + imagen” (M=0,2, DT= 0,42) y “cognición + imagen” (M=1,2, DT=0,91), apreciando una mayor reducción de los vómitos en el primero de los grupos. Con respecto a la restricción alimentaria, también se encuentran diferencias que alcanzan la significación estadística entre las intervenciones “alimentación + imagen” (M=2,5, DT=1,84) y “cognición + imagen” (M=6,1, DT=5,44), siendo el primero de los grupos el que obtienen una puntuación menor en dicha variable. Todos estos resultados vuelven a señalar una mayor mejoría de las variables conductuales en las intervenciones en las que se tratan directamente la reducción de las mismas.

En el seguimiento a los tres meses, las puntuaciones de todas las variables evaluadas parecen evolucionar en una misma dirección, ya que ninguna de las diferencias halladas entre los grupos de tratamiento alcanza la significación estadística.

Sin embargo, se vuelven a encontrar diferencias significativas a los 12 meses de seguimiento en la variable preocupación por la figura evaluada a través de la EDE y en el grado de autoestima percibido por la propia paciente. Concretamente, en cuanto a la preocupación por la figura, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos “alimentación + cognición” (M=18,88, DT=7,23) y “cognición + imagen” (M=8,87, DT=3,94), con una puntuación menor para la segunda de las intervenciones. Con respecto al grado de autoestima, las diferencias alcanzan la significación estadística para los pares “alimentación + cognición” (M=24,88, DT=3,75) Vs “cognición + imagen” (M=29,5, DT=2,92) y “alimentación + imagen” (M=25,44, DT=3,53) Vs “cognición + imagen”, observándose una mayor mejoría de la autoestima en aquellas pacientes que compartían el módulo relacionado con el tratamiento de la imagen corporal.

Por lo tanto, al evaluar la progresión general de las variables tratadas a lo largo del tiempo, se puede deducir que las puntuaciones obtenidas en el postratamiento se mantienen de manera muy similar al mes de seguimiento, observando que los grupos que incluyen el módulo de alimentación obtienen mejores puntuaciones en algunas de las variables alimentarias frente al grupo “cognición + imagen”; también se aprecia que estas diferencias desaparecen a los tres meses de seguimiento, encontrando puntuaciones muy similares en las distintas variables dependientes y mediadoras en los distintos grupos de intervención; por último, señalar que a los 12 meses, el grupo “cognición + imagen” evoluciona hacia una mejora de alguna de las variables cognitivas, como la preocupación por la figura, además de la variable asociada autoestima. Los otros programas de intervención empeoran las mejorías alcanzadas en dichas variables en momentos previos.

8.4 ANÁLISIS DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS INTERVENCIONES

8.4.1 Porcentaje de posibles casos

Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey (1999) establecen dos condiciones para considerar la existencia de significación clínica tras una intervención terapéutica: 1) no sólo es necesario que exista un cambio significativo en los síntomas tratados, sino que, 2) ese cambio tiene que acercarse a los valores de normalidad. Por ello, para evaluar la mejoría clínica de las pacientes en las principales variables dependientes, se tuvieron en cuenta los porcentajes de abstinencia de atracones, vómitos, laxantes y diuréticos, además de una preocupación excesiva por la figura ($BSQ > 105$) y la existencia de problemas de adaptación (Escala de inadaptación de Echeburúa > 12). Además, se valoró el porcentaje

de pacientes que no cumplían criterios diagnósticos de BN en el momento de la evaluación.

Con respecto a la presencia de atracones, al ser un criterio diagnóstico necesario para la BN, todas las pacientes comían de manera compulsiva en ciertas ocasiones antes de comenzar el tratamiento. Se observa una importante reducción (cercana a un 50%) en los porcentajes de esta variable en todos los grupos en el postratamiento, con valores muy similares entre ellos, lo que indica que aproximadamente la mitad de las participantes al acabar el tratamiento, no presentaban ningún atracón (véase tabla 8.33). Las pacientes que empleaban las pautas del patrón alimentario siguieron aumentando su abstinencia al mes y a los 3 meses de seguimiento; sin embargo, ambos grupos muestran un empeoramiento a los 12 meses, todo lo contrario de lo que ocurre en el grupo “cognición + imagen”, dónde se observa una reducción progresiva en el porcentaje de pacientes con atracones, consiguiendo el mejor resultado a los 12 meses (sin diferencias significativas en ninguna de las comparaciones realizadas). El hecho de que un 42% de las pacientes, en general, se mantengan libres de atracones a los 12 meses de tratamiento, muestra un logro clínico importante.

Tabla 8.33 Distribución de la muestra según la presencia de atracones

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de atracones (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	100	--	--
	Alimentac + imagen	100		
	Cognición + imagen	100		
	MUESTRA GLOBAL	100		
Postratamiento	Alimentac + cognición	44,44	χ^2 (2)= 0,08	n.s.
	Alimentac + imagen	50		
	Cognición + imagen	50		
	MUESTRA GLOBAL	48,27		

Tabla 8.33 Distribución de la muestra según la presencia de atracones (Cont.)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de atracones (%)	χ^2 (gl)	Significación
1 mes	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 1,754	n.s.
	Alimentac + imagen	30		
	Cognición + imagen	50		
	MUESTRA GLOBAL	34,48		
3 meses	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 0,707	n.s.
	Alimentac + imagen	30		
	Cognición + imagen	40		
	MUESTRA GLOBAL	31,03		
12 meses	Alimentac + cognición	44,44	χ^2 (2)= 0,529	n.s.
	Alimentac + imagen	44,44		
	Cognición + imagen	37,5		
	MUESTRA GLOBAL	42,3		

n.s. = no significativo

Respecto al uso del vómito como conducta purgativa (tabla 8.34), se observan unos resultados similares a los del atracón; se aprecia sin embargo en esta ocasión, que el grupo “alimentación + imagen” es el que obtiene mejores resultados en todos los momentos de medida, llegando a conseguir una abstinencia de los vómitos del 89% de sus pacientes a los 12 meses de seguimiento. Este resultado es un tanto inusual, ya que normalmente, los vómitos van precedidos de atracones, por lo que era de esperar un porcentaje de abstinencia similar al obtenido en la variable atracones. Eso es justamente lo que sucede en el resto de grupos de tratamiento. Quizás por ello, se encuentren diferencias significativas en los momentos pre, postratamiento y seguimiento al mes, entre los distintos grupos de tratamiento. No obstante, en general se consigue que un 70% de las participantes no vuelvan a vomitar la comida a largo plazo.

Tabla 8.34 Distribución de la muestra según presencia de vómitos

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de vómitos (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	90	χ^2 (2)= 6,199	P< 0,05
	Alimentac + imagen	63,63		
	Cognición + imagen	100		
	MUESTRA GLOBAL	84,84		
Postratamiento	Alimentac + cognición	33,33	χ^2 (2)= 7,975	P< 0,05
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	60		
	MUESTRA GLOBAL	37,93		
1 mes	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 9,395	P< 0,01
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	60		
	MUESTRA GLOBAL	34,48		
3 meses	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 2,484	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	40		
	MUESTRA GLOBAL	24,13		
12 meses	Alimentac + cognición	44,44	χ^2 (2)= 2,593	n.s.
	Alimentac + imagen	11,11		
	Cognición + imagen	37,5		
	MUESTRA GLOBAL	30,76		

n.s. = no significativo

Como se observa en la tabla 8.35, la reducción del consumo de laxantes de las pacientes es total en todos los grupos de tratamiento a partir del primer mes de seguimiento. Es probable que este resultado sea en parte debido a la baja frecuencia de esta variable en el pretratamiento (porcentaje medio del 24%). No obstante, la abstinencia en este tipo de conductas supone para las pacientes un avance importante en sus vidas, al no tener que depender de tomar una sustancia contraproducente para su organismo.

Tabla 8.35 Distribución de la muestra según la presencia de laxantes

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de laxantes (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	30	χ^2 (2)= 3,912	n.s.
	Alimentac + imagen	9,09		
	Cognición + imagen	33,33		
	MUESTRA GLOBAL	24,24		
Postratamiento	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 2,069	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	3,44		
1 mes	Alimentac + cognición	0	--	n.s.
	Alimentac + imagen	0		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	0		
3 meses	Alimentac + cognición	0	--	n.s.
	Alimentac + imagen	0		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	0		
12 meses	Alimentac + cognición	0	--	n.s.
	Alimentac + imagen	0		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	0		

n.s. = no significativo

Con respecto al consumo de diuréticos, vuelve a lograrse la abstinencia total desde el primer mes de seguimiento en los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen”; en el grupo “alimentación + imagen”, sin embargo, un 22% de las pacientes siguen utilizando este método como medida purgativa a los 12 meses de seguimiento. Es curioso observar cómo el grupo que no contiene técnicas dirigidas al control alimentario obtiene mejores resultados en esta variable al compararse con otro de los grupos destinado específicamente a ello. A pesar de este resultado, una media del 93% en general, ya no necesitan el empleo de diuréticos en su alimentación (véase tabla 8.36).

Tabla 8.36 Distribución de la muestra según presencia de diuréticos

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de diuréticos (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	10	χ^2 (2)= 0,583	n.s.
	Alimentac + imagen	18,18		
	Cognición + imagen	8,33		
	MUESTRA GLOBAL	12,12		
Postratamiento	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 1,968	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	3,44		
1 mes	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 1,968	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	3,44		
3 meses	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 4,081	n.s.
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	6,89		
12 meses	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 4,093	n.s.
	Alimentac + imagen	22,22		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	7,69		

n.s. = no significativo

Con respecto a la imagen corporal, las puntuaciones pretratamiento indican que un porcentaje elevado de pacientes (82%) pueden presentar trastornos de la imagen corporal, sin existir diferencias significativas entre las tres modalidades de intervención. En general, se producen mejorías generalizadas en los tres tratamientos y en todos los momentos de medida tras la aplicación de los mismos (sin alcanzar la significación estadística) (véase tabla 8.37). Curiosamente, en el grupo “alimentación + cognición” es dónde se producen las mejorías más notables a corto plazo (en el postratamiento y al mes de seguimiento), consiguiendo que el 100% de las pacientes de este grupo no presentasen ningún trastorno de la imagen corporal; sin embargo, esta mejoría no es duradera, ya que

se produce un empeoramiento a los 3 y 12 meses de seguimiento. Por otra parte, los grupos que incluyen el módulo de la imagen corporal muestran mejorías importantes muy similares entre sí en todos los momentos de medida (reducción media de la sintomatología en un 60%), excepto a los 12 meses de seguimiento en el grupo “cognición + imagen”, dónde se alcanza el 100% de recuperación en esta variable. Esto puede ser debido a que el módulo cognitivo mantenga e incluso mejore los resultados obtenidos a través de las técnicas relacionadas con la imagen corporal.

Tabla 8.37 Distribución de la muestra según posible trastorno de la imagen corporal (Body Shape Questionnaire > 105)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de problemas con la imagen (%)	χ^2 (gl)	Significació
Pretratamiento	Alimentac + cognición	80	χ^2 (2)= 0,041	n.s.
	Alimentac + imagen	81,81		
	Cognición + imagen	83,83		
	MUESTRA GLOBAL	81,81		
Postratamiento	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 1,238	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	20		
	MUESTRA GLOBAL	10,34		
1 mes	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 3,069	n.s.
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	30		
	MUESTRA GLOBAL	17,24		
3 meses	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 0,019	n.s.
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	20		
	MUESTRA GLOBAL	20,68		
12 meses	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 2,101	n.s.
	Alimentac + imagen	22,22		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	15,38		

n.s. = no significativo

Por último, se tuvo en cuenta el porcentaje de pacientes que tras la aplicación de los tratamientos continúan siendo diagnosticadas de BN (tabla 8.38). Como uno de los criterios diagnósticos se refiere a la frecuencia y duración de los síntomas, señalando la necesidad de que el paciente lleve padeciendo esos síntomas al menos durante los tres últimos meses, se analizaron únicamente los momentos de medida referentes a los 3 y 12 meses de seguimiento.

Tabla 8.38 Presencia de diagnóstico de BN

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de diagnóstico de BN (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	100	--	--
	Alimentac + imagen	100		
	Cognición + imagen	100		
	MUESTRA GLOBAL	100		
3 meses	Alimentac + cognición	0	--	--
	Alimentac + imagen	0		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	0		
12 meses	Alimentac + cognición	0	--	--
	Alimentac + imagen	0		
	Cognición + imagen	0		
	MUESTRA GLOBAL	0		

Tanto a los 3 como a los 12 meses, ninguna de las pacientes tratadas en ninguno de los grupos cumplen criterios diagnósticos de BN. Esto demuestra claramente la mejoría que experimentan todas las pacientes que concluyen los tratamientos.

Para valorar si esos resultados se reflejaban en el funcionamiento general de las pacientes, se analizaron los problemas de adaptación en su vida cotidiana (tabla 8.39). Se aprecia que todas las puntuaciones pretratamiento eran bastante elevadas en todas las modalidades de intervención (sin existir diferencias significativas entre las mismas), lo

que confirma la influencia del trastorno alimentario en distintos aspectos de la vida de las pacientes. Tras la aplicación de los tratamientos, todas las modalidades de intervención muestran mejoras en la escala de adaptación, sin diferencias significativas entre los grupos en ningún momento de medida. El grupo que consigue mayores beneficios en esta variable es el de “alimentación + cognición”; por el contrario, el que presenta puntuaciones más elevadas en casi todas las medidas tras el tratamiento es el de “cognición + imagen”. De ahí se puede concluir que la modificación directa de las conductas alimentarias es un factor importante para que las pacientes normalicen sus hábitos académicos o laborales, mejoren en la relación que tienen con otras personas y puedan disfrutar de sus momentos de ocio y tiempo libre. También hay que destacar el ligero empeoramiento observado en todos los grupos a los 12 meses de haber finalizado el tratamiento. Probablemente, durante este periodo de tiempo algunas pacientes hayan vuelto a sufrir síntomas que habían remitido con anterioridad y eso les ha podido influir en su vida diaria.

Tabla 8.39 Distribución de la muestra según la presencia de problemas de inadaptación en la vida cotidiana (Escala de adaptación de Echeburúa > 12)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de problemas de inadaptación (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	90	χ^2 (2)= 1,898	n.s.
	Alimentac + imagen	72,72		
	Cognición + imagen	91,66		
	MUESTRA GLOBAL	84,84		
Postratamiento	Alimentac + cognición	11,11	χ^2 (2)= 2,302	n.s.
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	40		
	MUESTRA GLOBAL	24,13		

Tabla 8.39 Distribución de la muestra según la presencia de problemas de inadaptación en la vida cotidiana (Escala de adaptación de Echeburúa > 12) (Cont.)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de problemas de inadaptación (%)	χ^2 (gl)	Significación
1 mes	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 5,973	n.s.
	Alimentac + imagen	33,33		
	Cognición + imagen	50		
	MUESTRA GLOBAL	27,58		
3 meses	Alimentac + cognición	11,11	χ^2 (2)= 0,008	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	10		
	MUESTRA GLOBAL	10,34		
12 meses	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 0,337	n.s.
	Alimentac + imagen	33,33		
	Cognición + imagen	25		
	MUESTRA GLOBAL	26,92		

n.s.= no significativo

Con respecto a la mejoría clínica de las variables mediadoras y siguiendo la recomendación de Jacobson et al (1999) sobre la necesidad de acercarse a valores normales para considerar la significación clínica de una intervención, se tendrá en cuenta si las pacientes continúan sufriendo trastornos de ansiedad en el postratamiento (HAD > 10) y si siguen presentando una baja autoestima (Escala Rosenberg < 29).

Valorando la significación clínica de los tres grupos de intervención, se observa que un gran porcentaje de la muestra (84,84%) presenta un posible diagnóstico de trastorno de ansiedad en el pretratamiento, sin que existan diferencias significativas entre los porcentajes de pacientes de las tres modalidades de tratamiento (véase tabla 8.40). En las puntuaciones postratamiento se observa que las intervenciones consiguen recuperar desde el punto de vista clínico a un importante porcentaje de pacientes en todas las modalidades de intervención (sólo un 17% de las pacientes tenían posibilidad de sufrir algún trastorno de ansiedad), especialmente entre aquellas que participaron de la modalidad de tratamiento “alimentación + imagen”. Sin embargo, estas diferencias en el

porcentaje no son significativas entre ninguno de los grupos de tratamiento. Igualmente, al estudiar los demás momentos de medidas, se observa que en ninguno de ellos se alcanzan diferencias significativas entre los grupos; a pesar de ello y con el paso del tiempo, el grupo que parece más beneficiado del tratamiento en esta variable es el de “alimentación + cognición”, observando que sólo un 11% de las participantes de este programa podían presentar algún trastorno de ansiedad. No obstante, las cifras en el resto de grupos son igualmente satisfactorias, consiguiendo una reducción general del 70% en posibles trastornos de ansiedad a los 12 meses de seguimiento.

Tabla 8.40 Distribución de la muestra según diagnóstico probable de trastornos de ansiedad en los distintos momentos de medida (HAD-A > 10)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de problemas de ansiedad (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	90	χ^2 (2)= 0,306	n.s.
	Alimentac + imagen	81,81		
	Cognición + imagen	83,33		
	MUESTRA GLOBAL	84,84		
Postratamiento	Alimentac + cognición	22,22	χ^2 (2)= 3,381	n.s.
	Alimentac + imagen	0		
	Cognición + imagen	30		
	MUESTRA GLOBAL	17,24		
1 mes	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 4,623	n.s.
	Alimentac + imagen	30		
	Cognición + imagen	30		
	MUESTRA GLOBAL	20,68		
3 meses	Alimentac + cognición	0	χ^2 (2)= 4,623	n.s.
	Alimentac + imagen	20		
	Cognición + imagen	40		
	MUESTRA GLOBAL	20,68		
12 meses	Alimentac + cognición	11,11	χ^2 (2)= 0,501	n.s.
	Alimentac + imagen	22,22		
	Cognición + imagen	12,5		
	MUESTRA GLOBAL	15,38		

n.s. = no significativo

En cuanto a la valoración que la paciente hace de sí misma (tabla 8.41), se aprecia claramente como todas las participantes tienen problemas con su autoestima al comienzo del tratamiento, lo que confirma la relación entre bulimia nerviosa y bajo concepto de uno mismo. En el postratamiento, todos los grupos mejoran en esta variable con cifras similares (sin diferencias significativas entre sí); sin embargo, de manera general, la reducción en este momento es de un 56%, lo que implica que al menos, un 44% de las pacientes siguen considerándose personas fracasadas, insatisfechas consigo mismas e inútiles. Este dato no parece confirmar la relación entre las mejorías producidas nada más finalizar el tratamiento y la mejoría de la autoestima de la paciente. Ocurre algo parecido en el primer mes de seguimiento; sin embargo, se producen mejorías importantes a los 3 meses, logrando cifras del 80% en la reducción de los problemas de autoestima. Esto puede significar que las pacientes necesitan un tiempo mínimo para asimilar los logros conseguidos y así poder sentirse orgullosas de sí mismas. No obstante, se produce un ligero empeoramiento a los 12 meses de seguimiento, lo que puede ser también explicado por un posible empeoramiento de los síntomas en algunos momentos de este periodo temporal.

Tabla 8.41 Distribución de la muestra según un nivel bajo de auto-estima (Escala de Autoestima de Rosenberg < 29)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de problemas de auto-estima (%)	χ^2 (gl)	Significación
Pretratamiento	Alimentac + cognición	100	--	--
	Alimentac + imagen	100		
	Cognición + imagen	100		
	MUESTRA GLOBAL	100		
Postratamiento	Alimentac + cognición	44,44	χ^2 (2)= 0,203	n.s.
	Alimentac + imagen	40		
	Cognición + imagen	50		
	MUESTRA GLOBAL	44,82		

Tabla 8.41 Distribución de la muestra según un nivel bajo de auto-estima (Escala de Autoestima de Rosenberg < 29) (Cont.)

Momento de medida	Grupo de intervención	Presencia de problemas de auto-estima (%)	χ^2 (gl)	Significación
1 mes	Alimentac + cognición	11,11	χ^2 (2)= 2,799	n.s.
	Alimentac + imagen	30		
	Cognición + imagen	40		
	MUESTRA GLOBAL	27,58		
3 meses	Alimentac + cognición	33,33	χ^2 (2)= 0,448	n.s.
	Alimentac + imagen	10		
	Cognición + imagen	20		
	MUESTRA GLOBAL	20,68		
12 meses	Alimentac + cognición	44,44	χ^2 (2)= 0,963	n.s.
	Alimentac + imagen	33,33		
	Cognición + imagen	25		
	MUESTRA GLOBAL	34,61		

n.s. = no significativo

8.4.2 Análisis del tamaño del efecto de los programas de intervención

Se analizó de forma diferencial el tamaño del efecto alcanzado por cada uno de los programas, utilizando para ello la medida pretratamiento y cada una de las medidas de las evaluaciones posteriores. Se empleó el programa estadístico G*POWER y la categorización que Faul y Elderfer (1992) proponen para el análisis de los resultados obtenidos por el mismo: tamaño del efecto pequeño < 0,5, mediano > 0,5 y < 0,8, y grande > 0,8.

Tal y como puede observar en las tablas 8.42 a 8.47, los tamaños del efecto alcanzados son, en su mayoría grandes para todas las variables, momentos de medida, e indistintamente, en función del grupo terapéutico. Así pues, y en general, estos datos resultan altamente satisfactorios.

La eficacia de los programas en las principales conductas alimentarias (tablas 8.42 y 8.43), a saber, empleo de atracones, vómitos y restricción alimentaria, es alta. No en

vano, todas estas variables obtienen tamaños del efecto elevados en todos los momentos de medida. Sin embargo, existe mayor discrepancia entre los resultados hallados en el resto de conductas compensatorias. Respecto al uso de laxantes en el grupo “alimentación + imagen”, se observa que el tamaño del efecto conseguido es pequeño en el postratamiento, alcanzando un tamaño grande en el resto de medidas posteriores; este valor se mantiene en un término medio en el programa “cognición + imagen”, y no se tienen datos al respecto en el grupo “alimentación + cognición”, al mantener esta conducta nula en todos los momentos de medida (incluido el pretratamiento). Con respecto al empleo de diuréticos, el tamaño del efecto conseguido es siempre mediano en todos los programas de tratamiento y en todas las medidas, a excepción del grupo “alimentación + imagen”, donde se aprecia un tamaño del efecto pequeño en los seguimientos de 3 y 12 meses. Aludiendo a la práctica de ejercicio físico intenso, es el grupo “cognición + imagen” el que muestra un tamaño del efecto mediano en todos los momentos de medida, frente a los otros programas de tratamiento que consiguen un tamaño elevado.

Tabla 8.42 Tamaño del efecto alcanzado en las conductas compensatorias purgativas en cada momento de medida

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Atracones según EDE				
alimentación + cognición	2,04 c	2,51 c	2,71 c*	2,23 c*
alimentación + imagen	3,07 c	3,75 c	3,75 c	3,43 c*
cognición + imagen	2,17 c	2,42 c	3,18 c	3,28 c
Vómitos según EDE				
alimentación + cognición	1,79 c	2,07 c	1,97 c*	1,78 c*
alimentación + imagen	1,49 c	1,83 c	1,89 c	1,88 c
cognición + imagen	2,13 c	3,65 c	3,56 c	3,66 c

Tabla 8.42 Tamaño del efecto alcanzado en las conductas compensatorias purgativas en cada momento de medida (Cont.)

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Laxantes según EDE				
alimentación + cognición	--	--	--	--
alimentación + imagen	0,38 a	0,97 c	0,97 c	0,97 c
cognición + imagen	0,57 b	0,57 b	0,57 b	0,57 b
Diuréticos según EDE				
alimentación + cognición	0,63 b	0,63 b	0,63 b	0,63 b
alimentación + imagen	0,55 b	0,55 b	0,03 a*	0,16
cognición + imagen	0,57 b	0,57 b	0,57 b	0,57 b

a Tamaño del efecto pequeño b Tamaño del efecto mediano c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Tabla 8.43 Tamaño del efecto alcanzado en las conductas compensatorias no purgativas en cada momento de medida

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Ejercicio físico (frecuencia)				
alimentación + cognición	1,56 c	1,56 c	1,56 c	1,56 c
alimentación + imagen	0,9 c	0,9 c	0,9 c	0,9 c
cognición + imagen	0,59 b	0,59 b	0,59 b	0,59 b
Restricción alimentaria				
alimentación + cognición	1,98 c	2,98 c	2,17 c*	1,33 c*
alimentación + imagen	3,9 c	5,24 c	2,62 c*	2,11 c*
cognición + imagen	1,4 c	1,43 c	1,83 c	2,22 c

a Tamaño del efecto pequeño b Tamaño del efecto mediano c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Los tres programas de intervención también muestran una elevada eficacia en la sintomatología cognitiva y aquella relativa a la imagen corporal (tabla 8.44); los tamaños del efecto conseguidos en estas variables son altos en todos los momentos de medida, lo que también repercute en una elevada adaptación de la paciente a su entorno (tabla 8.45). Sucede lo mismo con los síntomas asociados al trastorno (tabla 8.46). Sin embargo, como

era esperable, en las variables peso e IMC (tabla 8.47) se consigue un tamaño del efecto pequeño en todos los grupos de tratamiento y en todos los momentos de medida.

Tabla 8.44 Tamaño del efecto alcanzado en las variables cognitivas y relacionadas con la figura en cada momento de medida

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Preocupación comida				
alimentación + cognición	2,92 c	3,57 c	3,08 c*	2,02 c*
alimentación + imagen	1,74 c	1,77 c*	1,75 c	1,41 c*
cognición + imagen	1,48 c	1,53 c	1,92 c	2,16 c
Preocupación peso				
alimentación + cognición	1,43 c	1,5 c*	1,32 c*	1 c*
alimentación + imagen	1,32 c	1,68 c	1,54 c*	1,44 c
cognición + imagen	1,08 c	1,13 c	2,4 c	2,04 c
Preocupación figura EDE				
alimentación + cognición	1,89 c	2,01 c	1,88 c*	1,9 c*
alimentación + imagen	1,06 c	1,43 c	1,81 c	1,64 c*
cognición + imagen	1,97 c	1,89 c	2,55 c	2,9 c
Preocupación figura BSQ				
alimentación + cognición	1,78 c	1,95 c*	1,56 c*	1,32 c*
alimentación + imagen	1,57 c	1,43 c	1,67 c	1,59 c
cognición + imagen	0,98 c	0,91 c	2,08 c	2,43 c
Distorsión de la figura				
alimentación + cognición	1,67 c	1,9 c	1,78 c*	1,78 c
alimentación + imagen	1,27 c	1,53 c	1,87 c	1,43 c*
cognición + imagen	0,88 c	1,16 c	1,4 c	1,4 c

a Tamaño del efecto pequeño b Tamaño del efecto mediano c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Tabla 8.45 Tamaño del efecto alcanzado en la variable inadaptación en cada momento de medida

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Inadaptación				
alimentación + cognición	2,5 c	2,83 c	2,36 c*	2 c*
alimentación + imagen	1,08 c	1,07 c*	1,29 c	1,2 c*
cognición + imagen	0,92 c	1,09 c	2,36 c	1,98 c*

a Tamaño del efecto pequeño b Tamaño del efecto mediano c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Tabla 8.46 Tamaño del efecto alcanzado en las variables mediadoras en cada momento de medida

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Ansiedad				
alimentación + cognición	2,49 c	2,68 c	2,42 c*	1,92 c*
alimentación + imagen	2,11 c	0,99 c*	1,34 c	1,24 c*
cognición + imagen	1,15 c	1,27 c	1,41 c	1,9 c
Impulsividad				
alimentación + cognición	1,6 c	1,89 c	1,84 c*	1,3 c*
alimentación + imagen	1,55 c	1,27 c*	1,93 c	1,66 c*
cognición + imagen	1,09 c	1,08 c	2 c	2,03 c*
Autoestima				
alimentación + cognición	3,39 c	4,33 c	3,66 c*	1,74 c*
alimentación + imagen	3,65 c	3,31 c	4,12 c	2,31 c*
cognición + imagen	3,72 c	3,85 c	4,53 c	3,92 c

a Tamaño del efecto pequeño b Tamaño del efecto mediano c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Tabla 8.47 Tamaño del efecto alcanzado en las variables peso e IMC en cada momento de medida

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
Peso				
alimentación + cognición	0,04 a	0,09 a	0,05 a	0,06 a
alimentación + imagen	0,02 a	0,09 a	0,06 a	0,15 a
cognición + imagen	0,11 a	0,03 a	0,16 a	0,05 a

Tabla 8.47 Tamaño del efecto alcanzado en las variables peso e IMC en cada momento de medida (Cont.)

	Postratamiento	Seg 1 mes	Seg 3 meses	Seg 12 meses
IMC				
alimentación + cognición	0,31 a	0,45 a	0,35 a	0,53 b
alimentación + imagen	0,02 a	0,05 a	0,05 a	0,14 a
cognición + imagen	0,13 a	0,03 a	0,02 a	0,04 a

a Tamaño del efecto pequeño b Tamaño del efecto mediano c Tamaño del efecto grande

* Se da un empeoramiento de la sintomatología con respecto a la medida inmediatamente anterior

Respecto a la evolución de las puntuaciones a lo largo del tiempo en el grupo “alimentación + cognición”, se observa que de manera general, se producen ligeros empeoramientos en los seguimientos a los tres y doce meses en la mayoría de las variables de índole cognitiva y relativas a la figura, al igual que en algunas de las variables alimentarias, como el empleo de atracones, vómitos y restricción alimentaria. Ocurre lo mismo en la sintomatología asociada.

En el grupo “alimentación + imagen” se observan también pequeños retrocesos en la evolución de variables como empleo de atracones, diuréticos y restricción alimentaria o preocupación por la comida y la figura, distorsión de la imagen corporal e inadaptación a la vida cotidiana. Estos empeoramientos se producen principalmente en el seguimiento a los 12 meses. Sucede lo mismo con las variables mediadoras.

En el caso del programa “cognición + imagen” se producen únicamente retrocesos en la evolución de las variables inadaptación al entorno de la paciente e impulsividad en el seguimiento a los doce meses. En el resto de medidas, se aprecia una mejoría constante y progresiva de todas ellas.

8.5 ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD

8.5.1 Adherencia al tratamiento

La tabla 8.48 resume los porcentajes de pacientes que concluyeron o no el programa de intervención en las tres modalidades experimentales. No se contemplan aquellas pacientes que rechazaron comenzar el tratamiento, ya que éstas aún no habían sido asignadas a ninguna de las condiciones terapéuticas en el momento de su decisión. Era requisito para completar el tratamiento que todas las pacientes hubiesen acudido a todas las sesiones que conforman su intervención; sin embargo, algunas de ellas retrasaban su tratamiento al no acudir a varias de las citas en los días señalados. En estos casos, el contenido de esas sesiones se postponía a la semana siguiente hasta un máximo de tres ausencias injustificadas (no ocurrió en ninguno de los casos).

Se observa que en el módulo en el que no se incluye ningún componente relacionado con el patrón alimentario se producen más abandonos que en el resto de grupos. Sin embargo, no se producen diferencias significativas entre ninguna de las condiciones terapéuticas.

Tabla 8.48 Adherencia al tratamiento de los grupos experimentales

	Alimentación + cognición (n=10)	Alimentación + imagen (n=11)	Cognición + imagen (n=12)	χ^2 (gl)	Significación
Abandonos	10%	9,1%	16,7%	χ^2 (2)= 0,37	n.s.

n.s. = no significativo

Otro elemento que demuestra la adherencia de las pacientes a los grupos de intervención es la cumplimentación de tareas. Se consideraba que la paciente había

realizado adecuadamente los ejercicios derivados para casa, cuando hubiese traído a sesión el material que demostrase su completa realización (no dando por válido el que la paciente hubiese podido olvidarlo en casa o el que aportase sólo una parte de los mismos). En el caso en el que la paciente no acudiese a sesión en el día que le correspondía, pero aportase el material de la misma en la siguiente reunión, se darían por válidas estas tareas. Era necesario que la paciente hubiese realizado todas las tareas asignadas para casa a lo largo del tratamiento para su completo éxito (por eso no están incluídas en estos resultados aquellas pacientes que no finalizan el tratamiento). Los principales motivos que alegaban eran la coincidencia con otros compromisos (citas con el médico –39,13%- y sellado del I.N.E.M. –13,04%-), imprevistos de “fuerza mayor” (como enfermedades propias o cercanas a su entorno –30,43%- y problemas con los medios de transporte –8,69%-) y el olvido de las mismas (8,69%).

Tabla 8.49 Cumplimentación de tareas

	Alimentación + cognición (n=9)	Alimentación + imagen (n=10)	Cognición + imagen (n=10)	χ^2 (gl)	Significación
Completan tareas para casa	83,67 %	84,11%	72,84 %	χ^2 (2)= 1,304	n.s.

n.s. = no significativo

En los datos obtenidos en la tabla 8.49, se observa que las participantes de los grupos en los que se incluye el módulo “alimentación” realizan más ejercicios durante la semana que el grupo puramente cognitivo. Esto puede ser debido a la importancia otorgada durante el módulo “alimentación” a la cumplimentación de los auto-registros de comida, existiendo un apartado dedicado a ello. Otra posible explicación es la dificultad que pueden suponer los auto-registros cognitivos como primera tarea a desarrollar en el

grupo “cognición + imagen”, ya que las pacientes no suelen estar acostumbradas a identificar sus propios pensamientos. A pesar de estas diferencias, no se alcanza la significación estadística.

Con respecto al momento del tratamiento en el que abandonan las pacientes, se observa que aquella que antes se retira pertenece al primer grupo de intervención, concluyéndolo en la 3ª sesión. El motivo del abandono fue el comienzo en un horario similar al de la terapia, de un curso solicitado tiempo atrás por la paciente. En las sesiones 5ª y 6ª dejan el tratamiento dos participantes del tercer grupo, declarando abiertamente la primera de ellas, la percepción de falta de eficacia del tratamiento asignado. El motivo al que aludió la otra paciente fue bastante vago e impreciso, pareciendo también descontenta con los resultados que obtenía. En el grupo “alimentación + imagen”, la participante que no pudo continuar el tratamiento fue contratada en el horario previsto para las sesiones, siendo imposible la continuidad en el mismo. De ello se puede concluir que, según la percepción de algunas pacientes, las técnicas empleadas en las primeras sesiones del grupo “cognición + imagen”, no ofrecen los resultados esperados por las mismas. Eso no parece ocurrir en el resto de grupos terapéuticos, ya que las causas que les motivan al abandono pueden tener un peso suficiente para ellas.

8.5.2 Cambio percibido en el tratamiento

Un último criterio necesario para conocer la efectividad de las intervenciones, es el de considerar las evaluaciones subjetivas (de las propias participantes) del impacto de la intervención (Kazdin, 1999). Para ello, se tuvieron en cuenta las puntuaciones obtenidas en la escala que evalúa los cambios percibidos por las pacientes como consecuencia de la aplicación de los programas; concretamente, se analizó cada una de

las escalas propuestas con sus correspondientes ítems. Además, se llevó a cabo una comparación de medias entre los distintos grupos de tratamiento, para poder así conocer si existían diferencias significativas entre los mismos.

La tabla 8.50 muestra las puntuaciones obtenidas respecto a las conductas relacionadas con la alimentación, valoradas en una escala del 1 (emporamiento de la sintomatología) al 5 (mejoría de la sintomatología). En ella se puede comprobar que las pacientes que desarrollan el módulo “alimentación” valoran una mejoría importante en todas las variables de esta escala, con puntuaciones que señalan que la frecuencia de atracones ($M= 4,44$, $DT= 0,52$ para el grupo “alimentación + cognición” y $M= 4,3$, $DT= 0,48$ para el grupo “alimentación + imagen”) y vómitos ($M=4,44$, $DT= 0,52$ para el grupo “alimentación + cognición” y $M= 4,2$, $DT= 0,63$ para el grupo “alimentación + imagen”) ha disminuido considerablemente, que su alimentación no es restrictiva ($M=4,22$, $DT= 0,44$ para el grupo “alimentación + cognición” y $M= 4,4$, $DT= 0,66$ para el grupo “alimentación + imagen”) y que han incluido existosamente en su dieta ciertos alimentos que antes evitaban ($M=4,33$, $DT= 0,5$ para el grupo “alimentación + cognición” y $M= 4$, $DT= 0,66$ para el grupo “alimentación + imagen”). Los valores hallados son muy similares en ambos grupos de tratamiento, sin existir ninguna diferencia significativa entre ellos; sin embargo, cuando se comparan estas estimaciones con las realizadas por las pacientes del grupo “cognición + imagen”, se encuentran cifras inferiores en este último grupo, con una puntuación media total de 3,4 ($DT= 0,51$) lo que indica la percepción de una pequeña mejoría en estas variables. Estas diferencias alcanzan la significación estadística en todas las variables evaluadas al compararlas con los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen”. Parece, por lo tanto, que las participantes que no practican técnicas dirigidas específicamente al control de la alimentación, no perciben cambios tan satisfactorios en dichas variables.

Tabla 8.50 Cambio percibido en el tratamiento. Conductas relacionadas con la alimentación

	Alimentación + cognición (n=9)	Alimentación + imagen (n=10)	Cognición + imagen (n=10)	F (gl)
Frecuencia atracones M (DT)	4,444 (0,52)	4,3 (0,48)	3,7 (0,48)	F (2,26)= 6,125 **
Frecuencia vómitos M (DT)	4,444 (0,52)	4,2 (0,63)	3,3 (0,48)	F (2,26)= 11,558 ****
Restricción alimentaria M (DT)	4,222 (0,44)	4,4 (0,69)	3,5 (0,52)	F (2,26)= 6,934 ***
Alimentos incorporados a la dieta M (DT)	4,333 (0,5)	4 (0,66)	3 (0)	F (2,26)= 20,172 ****
Total M (DT)	4,111 (0,33)	4,3 (0,48)	3,434 (0,51)	F (2,26)= 10,791 ****

p < 0,01 * p < 0,005 ****p < 0,001

Con respecto a los cambios cognitivos (tabla 8.51), sucede algo parecido a lo observado anteriormente, ya que las valoraciones más positivas son realizadas por las pacientes en las que se incluye el módulo “cognición” en su tratamiento (sin encontrar diferencias significativas en ninguna de las comparaciones realizadas entre ambos programas). El valor medio total alcanzado por ambos grupos supera la puntuación de 4 (M= 4,33, DT= 0,47), lo que indica la apreciación de una elevada mejoría en esta escala; concretamente, las pacientes parecen haber aprendido eficazmente a resolver sus problemas (M=4,44, DT= 0,52 para el grupo “alimentación + cognición” y M= 4,7, DT= 0,48 para el grupo “cognición + imagen”) y a detectar y modificar los pensamientos irracionales relacionados con el peso y la comida (M=4,11, DT= 0,6 para el grupo “alimentación + cognición” y M= 4,5, DT= 0,52 para el grupo “alimentación + imagen”); sin embargo, la modificación de creencias irracionales parece una tarea más difícil de conseguir (M=3,77, DT= 0,66 para el grupo “alimentación + cognición” y M= 4,1, DT=

0,56 para el grupo “alimentación + imagen”), algo totalmente comprensible si se tiene en cuenta la necesidad de tiempo y práctica continua para su manejo.

Tabla 8.51 Cambios percibidos en el tratamiento. Cambios cognitivos

	Alimentación + cognición (n=9)	Alimentación + imagen (n=10)	Cognición + imagen (n=10)	F (gl)
Modificación pensamientos de peso y comida M (DT)	4,111 (0,6)	3,6 (0,51)	4,5 (0,52)	F (2,26)= 6,798 ***
Modificación creencias de peso y comida M (DT)	3,777 (0,66)	3,3 (0,48)	4,1 (0,56)	F (2,26)= 4,919 *
Solución problemas M (DT)	4,444 (0,52)	3,6 (0,51)	4,7 (0,48)	F (2,26)= 12,741 ****
Total M (DT)	4,222 (0,44)	3,5 (0,52)	4,4 (0,51)	F (2,26)= 9,082 ***

* p<0,05 *** p<0,005 ****p<0,001

De nuevo, las pacientes que tratan la imagen corporal de manera directa a través del módulo “imagen” son las que perciben mayores mejorías en todas las variables evaluadas en esta escala, con una puntuación media total de 4,25 (DT= 0,45) (véase tabla 8.52). Esto significa que las pacientes perciben haber aprendido a identificar y modificar los pensamientos irracionales relacionados con la figura (M=4,3, DT= 0,48 para el grupo “alimentación + imagen” y M= 4,3, DT= 0,67 para el grupo “cognición+ imagen”), valoran de una manera más positiva su propio cuerpo (M=4,3, DT= 0,67 para el grupo “alimentación + imagen” y M= 4,5, DT= 0,7 para el grupo “cognición+ imagen”), han aprendido a apreciar aspectos distintos a su imagen corporal (M=4,4, DT= 0,51 para el grupo “alimentación + imagen” y M= 4,1, DT= 0,73 para el grupo “cognición+ imagen”), se sienten capaces de cambiar su aspecto físico a través de propuestas saludables (M=4,4, DT= 0,51 para el grupo “alimentación + imagen” y M= 4,3, DT= 0,67 para el grupo

“cognición+ imagen”), y han incorporado actividades que habían dejando de hacer por temor a enfretarse a su cuerpo (M=4,2, DT= 0,42 para el grupo “alimentación + imagen” y M= 4,3, DT= 0,82 para el grupo “cognición+ imagen”). Por su parte, las pacientes que no han recibido este entrenamiento específico, perciben una ligera mejoría al respecto, muy cercana sin embargo al cambio nulo (M= 3,33, DT= 0,5). Al comparar las puntuaciones entre los distintos grupos de tratamiento, se encuentran diferencias significativas en todas las variables (a excepción de la modificación de pensamientos de imagen corporal en la comparación “alimentación + cognición” y “cognición + imagen”) entre los grupos que comparten el módulo “alimentación” y entre los que comparten el módulo “cognición”. Como era esperable, no se encuentran diferencias significativas en la comparación “alimentación + imagen” y “cognición + imagen” en ninguna de las variables evaluadas. Se podría pensar que las pacientes que hubiesen participado del módulo “cognición” aprenderían a identificar y modificar los pensamientos irracionales relacionados con la imagen corporal; sin embargo, los resultados obtenidos no confirman del todo esta hipótesis.

Tabla 8.52 Cambio percibido en el tratamiento. Imagen corporal

	Alimentación + cognición (n=9)	Alimentación + imagen (n=10)	Cognición + imagen (n=10)	F (gl)
Modificación pensamientos de imagen corporal M (DT)	3,777 (0,44)	4,3 (0,483)	4,3 (0,674)	F (2,26)= 2,837
Percepción imagen corporal M (DT)	3,666 (0,5)	4,3 (0,674)	4,5 (0,707)	F (2,26)= 4,339 **
Aspectos distintos a la imagen corporal M (DT)	3,222 (0,44)	4,4 (0,516)	4,1 (0,737)	F (2,26)= 10,286***

Tabla 8.52 Cambio percibido en el tratamiento. Imagen corporal (Cont.)

	Alimentación + cognición (n=9)	Alimentación + imagen (n=10)	Cognición + imagen (n=10)	F (gl)
Actividades recuperadas M (DT)	3,333 (0,5)	4,2 (0,421)	4,3 (0,823)	F (2,26)= 7,057 ***
Cambio imagen corporal M (DT)	3,222 (0,44)	4,4 (0,516)	4,3 (0,674)	F (2,26)=12,821 ****
Total M (DT)	3,333 (0,5)	4,3 (0,483)	4,2 (0,421)	F(2,26)=12,009 ****

** p< 0,01 *** P< 0,005 ****p< 0,001

8.6 CONTRASTE DE HIPÓTESIS

H₁: Si los programas de intervención son eficaces en el tratamiento del malestar propio del trastorno y de la sintomatología asociada al mismo en las mujeres con BN, entonces:

H_{1a}: Habrá un cambio significativo de las variables dependientes en las evaluaciones postratamiento. En concreto se reducirá:

H_{1a1}: La frecuencia de atracones

Se confirma:

- ✓ La frecuencia de atracones en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado.

H_{1a2}: La frecuencia de vómitos

Se confirma:

- ✓ La frecuencia de vómitos en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado.

H_{1a3}: La frecuencia del empleo de laxantes

No se confirma:

- × La frecuencia del empleo de laxantes en el postratamiento no es significativamente menor que en el pretratamiento en ninguno de los programas aplicados.

H_{1a4}: La frecuencia del empleo de diuréticos

No se confirma:

- × La frecuencia del empleo de diuréticos en el postratamiento no es significativamente menor que en el pretratamiento en ninguno de los programas aplicados.

H_{1a5}: La frecuencia de ejercicio físico excesivo

Se confirma parcialmente:

- ✓ La frecuencia de ejercicio físico excesivo en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento únicamente en el grupo “alimentación + cognición”.

H1a6: La frecuencia de la restricción alimentaria

Se confirma:

- ✓ La frecuencia de restricción alimentaria en el postratamiento es significativamente menor que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

H1a7: Los niveles de preocupación por el peso

Se confirma:

- ✓ Los niveles de preocupación por el peso son significativamente menores que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

H1a8: Los niveles de preocupación por la comida

Se confirma:

- ✓ Los niveles de preocupación por la comidas son significativamente menores que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

H1a9: Los niveles de preocupación por la imagen corporal

Se confirma:

- ✓ Los niveles de preocupación por la imagen corporal son significativamente menores que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

Asimismo, las participantes tendrán mejorías significativas en:

H1a10: La percepción de la imagen corporal

Se confirma parcialmente:

- ✓ La percepción de la imagen corporal en el postratamiento consigue mejorías estadísticamente significativas respecto al pretratamiento únicamente en los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen”.

H1a11: El grado de influencia del trastorno en su vida

Se confirma parcialmente:

- ✓ La influencia del trastorno en la vida de la paciente en el postratamiento consigue mejorías estadísticamente significativas respecto al pretratamiento únicamente en los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen”.

H1b: Habrá un cambio significativo de las variables mediadoras en las evaluaciones postratamiento. En concreto habrá diferencias en:

H1b1: Los niveles de impulsividad

Se confirma:

- ✓ Los niveles de impulsividad son significativamente menores que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

H1b2: Los niveles de ansiedad

Se confirma:

- ✓ Los niveles de ansiedad son significativamente menores que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

H1b3: Los valores de autoestima

Se confirma:

- ✓ Los niveles de autoestima son significativamente menores que en el pretratamiento, independientemente del programa aplicado

H1c: Se producirá un mantenimiento de la mejoría clínica asociada durante los seguimientos al mes, tres y doce meses.

Se confirma parcialmente:

- ✓ Las mejoras alcanzadas en sintomatología clínica y asociada mantienen su significación estadística durante los seguimientos citados, a excepción de las variables laxantes y diuréticos, que continúan sin presentar cambios estadísticamente significativos en ninguna de las medidas de seguimiento con respecto al pretratamiento.

H2: Si existen diferencias significativas en función de los componentes del programa, entonces:

H2a: Habrá diferencias significativas entre los programas en función de la mejora de las variables dependientes en el postratamiento. En concreto habrá diferencias en:

H2a1: La frecuencia de atracones

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la frecuencia de atracones postratamiento entre los distintos programas de intervención.

H2a2: La frecuencia de vómitos

Se confirma:

- ✓ Existen diferencias significativas en la frecuencia de vómitos postratamiento entre los distintos programas de intervención. En concreto, esta diferencia se produce entre los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen”.

H2a3: La frecuencia del empleo de laxantes

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la frecuencia de laxantes postratamiento entre los distintos programas de intervención.

H2a4: La frecuencia del empleo de diuréticos

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la frecuencia de diuréticos postratamiento entre los distintos programas de intervención.

H2a5: La frecuencia de ejercicio físico excesivo

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la frecuencia de ejercicio físico intenso postratamiento entre los distintos programas de intervención.

H2a6: La frecuencia de la restricción alimentaria

Se confirma:

- ✓ Existen diferencias significativas en la frecuencia de la restricción alimentaria postratamiento entre los distintos programas de intervención. En concreto, esta diferencia se produce entre los grupos “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”.

H2a7: Los niveles de preocupación por el peso

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en los niveles postratamiento de preocupación por el peso entre los distintos programas de intervención.

H2a8: Los niveles de preocupación por la comida

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en los niveles postratamiento de preocupación por la comida entre los distintos programas de intervención.

H2a9: Los niveles de preocupación por la imagen corporal

Se confirma:

- ✓ Existen diferencias significativas en los niveles postratamiento de preocupación por la imagen corporal entre los distintos programas de intervención. En concreto, esta diferencia se produce entre los grupos “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”.

H2a10: La percepción de la imagen corporal

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en el postratamiento de la percepción de la imagen corporal entre los distintos programas de intervención.

H2a11: El grado de influencia del trastorno en su vida

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en el postratamiento de la influencia del trastorno en la vida de la paciente entre los distintos programas de intervención.

H2b: Habrá diferencias significativas entre los programas en función de la mejora de las variables mediadoras en el postratamiento. En concreto, habrá diferencias en:

H2b1: Impulsividad

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la impulsividad postratamiento entre los distintos programas de intervención.

H2b2: Ansiedad

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la ansiedad entre los distintos programas de intervención.

H2b3: Los valores de autoestima

No se confirma:

- × No existen diferencias significativas en la autoestima postratamiento entre los distintos programas de intervención.

H_{2c}: Habrá diferencias significativas entre los programas en sintomatología clínica y asociada en los seguimientos al mes y doce meses.

Se confirma parcialmente:

- ✓ En el seguimiento al mes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el empleo de atracones, vómitos y restricción alimentaria.
 - Los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” son más eficaces que el grupo “cognición + imagen” en el tratamiento de dichas variables.
- × En el seguimiento a los tres meses, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ninguna de las variables evaluadas.
- ✓ En el seguimiento a los doce meses, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la preocupación por la figura y en la autoestima percibida.
 - El grupo “cognición + imagen” es más eficaz que los programas “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” en el tratamiento de dichas variables.

H_{2c}: Habrá diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento y valoración subjetiva del mismo.

No se confirma:

- × Los programas de tratamiento no muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de adherencia al tratamiento y valoración subjetiva del mismo.

9. DISCUSION Y CONCLUSIONES

9.1 CONSIDERACIONES GENERALES

No son escasas las cuestiones teóricas y prácticas aún por resolver en el ámbito de los trastornos alimentarios.

Los requisitos necesarios para el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa, convierten a este trastorno en una patología difícil de abordar desde un punto de vista científico. La mayoría de estos pacientes precisan ingreso hospitalario y requieren un control médico constante y exhaustivo, dada la falta de colaboración que muestran las pacientes ante las indicaciones terapéuticas. De ahí la complejidad de su participación en investigaciones relativas a la eficacia de tratamientos psicológicos ambulatorios destinados a su abordaje. Algo parecido sucede con los trastornos del comportamiento alimentario no especificados. En este caso, la dificultad se encuentra a la hora de tener que adaptar el tratamiento a las características idiosincráticas de cada paciente, dada la variedad sintomatológica posible en estos trastornos. De esta manera, resultaría imposible conocer la eficacia de un tratamiento estándar especificado de antemano.

Por el contrario, parece que las características propias de los pacientes con bulimia nerviosa les permite ser sujetos de investigación. En ese sentido, y a pesar de los rechazos y abandonos existentes en el presente trabajo, se confirma la voluntariedad y motivación de las pacientes en el comienzo y desarrollo de los programas terapéuticos, el reconocimiento de la enfermedad y la consciencia de peligro de la misma, y la posibilidad de beneficio de un programa psicológico ambulatorio, sin la necesidad de participación de otros profesionales en la mayoría de los casos.

A pesar de estas ventajas a nivel científico, hoy en día siguen existiendo discrepancias respecto a cuestiones teóricas básicas del trastorno bulímico, como la definición de lo que puede considerarse o no un atracón. Los testimonios obtenidos de las pacientes del presente trabajo muestran una definición muy diversa del término en sí. A nivel subjetivo, las pacientes podían clasificar una ingesta como atracón si comían cualquier alimento fuera del horario de comidas, si “picaban” de manera constante durante un tiempo prolongado, o si su sensación era la de descontrol a la hora de comer los alimentos, a pesar de que la cantidad no fuese excesiva. De ahí que sea comprensible que algunos autores (Garner, Shafer y Rosen, 1992; Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazam, 1986; Rossiter y Agras, 1990) cuestionen la necesidad de incluir el criterio “cantidad elevada de comida” para definir el atracón. A pesar de las posibles discrepancias que surjan al respecto, es necesario contar con unos criterios objetivos respecto a este término, con la finalidad de que exista consenso y rigor a nivel científico.

A nivel terapéutico, la variedad de tratamientos aplicados a estos pacientes es amplia, abarcando desde el ámbito farmacológico al psicológico. La pretensión de toda intervención ha sido la de conseguir que el paciente normalizase al máximo sus hábitos alimentarios, consiguiese aceptar su propio cuerpo y pudiese adaptarse con normalidad a las demandas de su entorno. Comparando los resultados obtenidos en diversos estudios, pudo concluirse que el tratamiento cognitivo conductual de Fairburn (1985) lograba alcanzar dichos objetivos de manera más eficaz que el resto. Sin embargo, y a pesar del volumen de estudios que lo incluyen como tratamiento principal, se desconocía cuál era la eficacia específica de cada uno de los componentes principales del mismo.

Por otra parte, la mayoría de las investigaciones parecían prestarle más atención a la reducción de la sintomatología conductual como medida principal para la valoración de la eficacia de los tratamientos, dejando un poco en el olvido las variables de índole

cognitivo y emocional (especialmente aquellas relacionadas con la imagen corporal), presentes de manera evidente en todos los pacientes con este trastorno.

El estudio que aquí se presenta se desarrollaba con un doble objetivo. En primer lugar, la adaptación del programa cognitivo conductual de Fairburn (1985) a tres grupos terapéuticos, a través de la combinación de los principales componentes del tratamiento. En segundo lugar, la pretensión de determinar la eficacia específica de dichos componentes, teniendo en cuenta la sintomatología conductual, cognitiva y emocional propia del trastorno y la asociada al mismo.

9.2 METODOLOGÍA

Los estudios de tratamiento con pacientes de bulimia nerviosa suelen contar con una muestra de pacientes a las que se aplica la intervención seleccionada, además de ser evaluadas antes y después del tratamiento, y en algún momento posterior como medida de seguimiento de su evolución.

Otros estudios establecen además, la comparación con un grupo control, es decir, con un grupo de pacientes que también realizan una evaluación pre, y otra posterior, sin que entre ellas medie tratamiento alguno. A veces, este grupo consume algún fármaco placebo, con la misma finalidad comentada, denominándose “grupo placebo”. Esta medida presenta evidentes problemas éticos. Ante el incremento en los diagnósticos de bulimia nerviosa en los últimos tiempos y la gravedad de la sintomatología que padecen, parece poco comprometido no ofrecer el tratamiento a pacientes que lo demandan y lo necesitan. Además, parece estar de sobra comprobado que el mero paso del tiempo no mejora los síntomas, más bien al contrario. Por ese motivo, otros estudios optan por no

incluir ningún grupo control, tratando así a todas las pacientes que lleguen en reclamo de un tratamiento.

Así pues, en este caso no se ha utilizado un grupo control por dos motivos: 1) por un compromiso ético, y 2) porque se ha comprobado que el tratamiento es necesario, y la ausencia del mismo retrasa la mejoría y cronifica el malestar.

El tamaño de la muestra es relativamente pequeño frente al valor medio encontrado en la mayoría de los estudios comentados ($N > 70$). Hay que contar con la dificultad de que en los centros dónde se ofertaba y se llevaba a cabo el tratamiento, no existía previamente ninguna atención dirigida de forma específica a estas pacientes, por lo que resultaba complicado captar personas que cumpliesen los criterios de inclusión requeridos. Basándonos en otros estudios previos, dónde el tamaño muestral es cercano a 30 (Cooper y Steere, 1995) o incluso inferior (Fairburn et al, 1986; Leitenberg et al, 1994; Wilson et al, 1986, 1991) y en los cuales se han obtenido conclusiones importantes respecto a la eficacia de los tratamientos aplicados, se valoró que la muestra inicial podía estar formada por un número similar de mujeres. Si se hubiese decidido ampliar más el número de pacientes, hubiese existido mucha diferencia temporal en el comienzo del tratamiento entre las mismas, lo que podía suponer ciertas dificultades a la hora de interpretar los resultados. Lo que sí pareció importante fue prolongar el seguimiento de estas pacientes hasta 12 meses tras finalizar los programas. Comparar y analizar los datos con este período, permite extraer conclusiones más estables en cuanto a la eficacia y efectividad, así como aumentar la validez externa de la investigación.

Con respecto a la selección y captación de las participantes, los criterios de inclusión y exclusión en el estudio no eran demasiado exigentes comparados con otras investigaciones. En este caso, los motivos de exclusión se basaban principalmente en preservar la salud de las pacientes que pudiesen tener problemas graves durante el

desarrollo de las intervenciones. Además, era requisito el que no se estuviese participando en ningún otro tratamiento psicológico, ya que de esta manera sería imposible discernir la eficacia terapéutica de nuestra intervención. En estos casos, las pacientes continuaban con los tratamientos ya en marcha. De esta forma se daba cabida a toda aquella paciente con bulimia nerviosa, que se encontrase en condiciones físicas adecuadas para la participación en la intervención, que facilitase el consentimiento para la misma y que no se estuviese beneficiando ya de otra ayuda terapéutica.

Por otro lado, en la presentación de los resultados se han tenido en cuenta las pacientes que participaron en los programas de intervención y completaron el proceso de evaluación postratamiento y seguimientos; es decir, no se han incluido aquellas pacientes que abandonaron el tratamiento de forma prematura. De esta manera, se muestra la eficacia de los tratamientos centrada en casos reales, algo que permite también hablar de la efectividad de los mismos.

9.3 PARTICIPANTES

Todas las participantes en el estudio fueron mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, que estaban padeciendo bulimia nerviosa y que habían presentado una demanda de ayuda de tipo psicológico. Además, presentaban malestar clínicamente significativo y dificultades a la hora de adaptarse a su entorno más cercano.

9.3.1 Características sociodemográficas

La muestra participante en este estudio estuvo formada por 33 mujeres, con una media de 32 años. Estos datos son similares a los encontrados en los estudios evaluados

(edades medidas comprendidas entre 20 y 30 años). El hecho de que la muestra presente una edad algo superior a esas cifras puede ser debido al ámbito institucional del que proceden la mayoría de las pacientes, a saber, centros municipales de la mujer. Aunque legalmente, la mayoría de edad comience a los 18 años, hoy en día una persona menor de 30 es aún considerada como “joven”. Quizás por ello, estas personas no recurran a ese tipo de centros si necesitan algún tipo de información, sino que lo hagan más bien a oficinas juveniles (dónde suelen atender hasta los 28 años).

Los estudios revisados con anterioridad, señalan la necesidad de que el paciente sea adulto como requisito para la participación en el tratamiento; en la presente investigación se incluyen a 2 menores de edad, con el consentimiento explícito de sus padres para la inclusión en el estudio.

Aproximadamente, la mitad de las pacientes eran solteras (y convivían principalmente con sus padres), dato que no ofrecía una dirección del todo concreta en las investigaciones evaluadas. La mayoría de ellas pertenecían a la clase media, y no tenían descendencia en el 60% de los casos; su nivel de estudios era básico o intermedio, algo que contrasta con los datos encontrados en otras investigaciones, en las que la mayoría de las pacientes alcanzan, como mucho, un nivel básico. Esto puede ser debido a que cada vez es más frecuente que las mujeres desarrollen estudios avanzados. Debido a ello, también puede explicarse que únicamente un 42% de ellas trabajaba fuera de casa (comparado con el 76% de media encontrado anteriormente), mientras que un 33% continúa sus estudios.

En general, la muestra presentaba una amplia variabilidad en las características sociodemográficas definitorias (edad, estado civil, presencia de hijos, nivel educativo, ocupación laboral y clase social subjetiva). El reparto aleatorio de las pacientes en los

distintos programas permitió controlar la homogeneidad de la distribución, y todos los grupos presentaron una variabilidad semejante.

9.3.2 Características relacionadas con el trastorno

La mayoría de las pacientes (40%) lleva padeciendo el trastorno alimentario entre 3 y 9 años, cifras muy cercanas a las encontradas por los estudios previos (de 3 a 8 años). El tiempo medio del resto de las pacientes varía considerablemente, desde aquellas que muestran un inicio del trastorno inferior al año (15%) hasta las que lo llevan padeciendo desde hace 10 años o más (21%). Todas las pacientes acudieron al programa de manera voluntaria, incluso aquellas más jóvenes, aunque en esos casos sea obvio que sus padres también tuvieron un papel fundamental en su decisión.

Parece realmente sorprendente que, a pesar de que el 84% de las pacientes llevase padeciendo el trastorno más de 1 año, sólo el 27% de las mismas hubiese sido diagnosticada previamente de bulimia nerviosa. Es probable que muchas de ellas se hubiesen “acostumbrado” a vivir con la sintomatología propia del trastorno como algo habitual en sus vidas.

Igualmente, aparece una cifra inferior a la encontrada en los estudios anteriores (del 16% al 33%) con respecto a un diagnóstico previo de la anorexia nerviosa. En este caso, sólo el 9% había sido diagnosticada previamente de este trastorno. No encontramos razón que pueda explicar esta diferencia, más que el puro azar a la hora de seleccionar la muestra. No obstante, un 25% de las pacientes sí que habían sufrido algún problema psicológico con anterioridad, principalmente de ansiedad o depresión, lo que sí confirma la relación existente entre estos trastornos y los problemas alimentarios.

Con respecto a las ayudas recibidas previamente, se aprecia que todas aquellas pacientes previamente diagnosticadas de algún trastorno psicológico, se habían involucrado en algún tipo de tratamiento para su mejoría, algo que muestra la implicación de las pacientes en su responsabilidad por cambiar su problema. Con respecto a los resultados en esta variable en las investigaciones anteriormente comentadas, se observa que este dato arroja cifras muy variadas (del 11% al 79% de implicación en algún tratamiento), por lo que no se puede obtener conclusiones al compararlo con los datos actuales.

De los tratamientos recibidos, no se ha encontrado en ningún caso que la intervención fuese únicamente psicológica, predominando la combinación de apoyo psicológico y farmacológico (ansiolíticos y antidepresivos). Esto podría ser fácilmente comprensible si el objetivo de los psicofármacos fuese el de preparar inicialmente a la paciente para poder afrontar y aprovechar una terapia psicológica. No obstante, es probable que el tratamiento farmacológico perdurase más allá de la finalización del apoyo psicológico sin explicación plausible para ello, ya que las pacientes recuerdan haber estado tomando la medicación durante bastante tiempo, mientras que el tratamiento terapéutico se ceñía a un número reducido de sesiones. En este caso, la aplicación de los mismos fue principalmente individual y a nivel ambulatorio, deduciendo por ello que el nivel medio de la sintomatología que padecían, permitía a las pacientes poder seguir con su rutina diaria.

9.3.3 Sintomatología

Queda claramente demostrado en la presente investigación la amplia variedad de síntomas que sufren las pacientes con bulimia nerviosa. Aquellos que son más evidentes,

como las conductas purgativas o restrictivas, van acompañados de una sintomatología cognitiva y emocional que provoca en la paciente un malestar continuo, difícil de superar.

Respecto a los atracones como conducta necesaria para el diagnóstico de bulimia nerviosa, se observa una frecuencia inicial de 8-9 atracones por semana, cifra que se sitúa dentro del rango encontrado en los estudios previamente analizados (entre 6 y 15 semanales). Ello supone que estas pacientes sentían cada día la tentación de comer compulsivamente, con la consecuente sensación de descontrol, angustia y fracaso. Los alimentos ingeridos durante estos episodios de sobreingesta son de lo más variado, existiendo una tendencia clara al consumo de grasas e hidratos de carbono. Son habituales los helados, frutos secos, bollos, bombones, tartas, pasteles, chucherías, patatas, embutido, pan y pasta.

Como se comentó anteriormente, en algunas ocasiones las pacientes parecían sobrevalorar la cantidad de comida ingerida, denominándola “atracción” a pesar de no cumplir los criterios necesarios para su definición. Este dato se ve confirmado en la discrepancia de los resultados obtenidos por las dos medidas evaluativas seleccionadas, a saber, entrevista diagnóstica EDE y auto-registros de comida, siendo siempre superior la frecuencia subjetiva valoradas por las pacientes frente a la decisión objetiva del terapeuta. De aquí se deduce la necesidad de enseñar a las participantes a categorizar adecuadamente las ingestas que tengan.

Analizando las conductas compensatorias llevadas a cabo por las pacientes, se observa un dato un tanto sorprendente. Recordando la clasificación diagnóstica DSM IV respecto a la bulimia nerviosa, se detallan dos tipos posibles de pacientes, a saber, aquellos que durante el episodio de bulimia, se provocan regularmente el vómito o usan laxantes, diuréticos o enemas en exceso (tipo purgativo) y aquellos que emplean predominantemente otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el

ejercicio físico intenso (tipo no purgativo). En el presente trabajo parece imposible clasificar a las pacientes según esta categoría, ya que la mayoría de ellas emplean tanto métodos purgativos como restrictivos en su afán por evitar la ganancia de peso. Básicamente, cuatro de las participantes parecen usar métodos “puros” a la hora de compensar las ingestas: dos de ellas emplean únicamente conductas purgativas, y las otras dos restantes mantienen una dieta constante en su alimentación. El resto de pacientes combinan ambas estrategias, siendo los vómitos y la restricción alimentaria los métodos más empleados. Esta misma línea de argumentación es la que plantea la investigación de Mond et al. (2006), cuestionando la validez de la subdivisión de la bulimia nervosa en los subtipos “purgativo” y “restrictivo” en la clasificación diagnóstica DSM-IV.

Con respecto al uso del vómito, se observa que todas las participantes, excepto cinco de ellas, lo emplean como medida compensatoria. De estas cinco pacientes, dos de ellas pertenecen al tipo no purgativo ya comentado y las otras tres restantes, combinan las técnicas purgativas (laxantes y diuréticos) con las restrictivas (empleo de dieta y práctica de ejercicio físico intenso). De aquellas pacientes que emplean esta medida, se calcula una frecuencia media de 7 vómitos semanales. Este dato es bastante inferior al encontrado en las investigaciones analizadas, donde las cifras medias oscilan entre 9 y 15 vómitos por semana. Esta discrepancia puede ser debida a que las muestras seleccionadas en dichos estudios suelen ser del tipo purgativo, por lo que predominan este tipo de conductas en su repertorio habitual. En nuestro caso, las pacientes que vomitan también suelen restringir su alimentación, siendo ambas conductas complementarias entre sí. No obstante, lo más habitual parece que tras un atracón se produzca de manera inmediata el vómito y, el uso de la dieta sea un recurso para ir manteniendo los avances conseguidos.

Con respecto a la realización de ejercicio físico intenso, se observa que no parece un método del todo frecuente como práctica restrictiva; sólo 7 de las 33 pacientes lo practican habitualmente, pero nunca como medida compensatoria única, sino como “complemento” a los vómitos y a la dieta.

El peso de las participantes y su correspondiente IMC, reflejan un estado saludable del mismo en su mayoría (coincidiendo con los estudios analizados previamente). Sin embargo, 3 de las pacientes sufren sobrepeso (con un IMC entre 25 y 30), algo que también aparece reflejado en la revisión bibliográfica llevada a cabo.

Valorando la preocupación que sienten las pacientes por su cuerpo y por las consecuencias que su alimentación pueda tener en el mismo, es patente un malestar constante en sus vidas.

Concretamente, estas pacientes pasan gran parte de su tiempo pensando en alimentos (llegando a sufrir un deterioro en su capacidad de concentración), sienten miedo de perder el control sobre la comida, les preocupa que los demás les vean comer y por ello a veces lo hacen en secreto, y sienten que están haciendo algo equivocado cuando ingieren cualquier tipo de alimento.

Igualmente, se sienten descontentas con su peso (incluso a veces llegan a ser infelices por ello), pasan bastante tiempo pensando en cómo poder disminuirlo (ya que su deseo de hacerlo es muy fuerte) y lo sitúan en un lugar relativamente importante dentro de su escala de valores. A pesar de la importancia que otorgan a estas variables, parece que lo que más les inquieta es la imagen de su figura reflejada en el espejo. Por ello muestran una marcada insatisfacción e inquietud con el cuerpo, una importancia manifiesta del mismo a la hora de influir en sus sentimientos como persona, un miedo definido a la ganancia de peso y un gran malestar a la hora de ver el propio cuerpo (llegando a evitar ese momento) o cuando lo tienen que ver los demás.

En cuanto a la polémica concerniente a la distorsión perceptiva a la hora de estimar el tamaño corporal, en la presente investigación se ha observado una clara sobreestimación en todas las pacientes al tener que valorar en un test de siluetas la figura que mejor le representaba. No obstante, parece bastante arriesgado afirmar la presencia de un problema de índole perceptivo sin haber controlado las variables emocionales que han podido influir en estos resultados. Además, hubiese sido necesario el empleo de otras pruebas que hubiesen podido contrastar este resultado.

Como se mostró en los resultados, todos estos síntomas afectan de manera directa a aspectos cotidianos de la vida diaria de las pacientes. En concreto, parece que las áreas dónde existe mayor repercusión es en la relación que mantiene la paciente con los demás. Es comprensible que las relaciones con las personas que conviven con ellas se vean deterioradas día a día, ya que la sintomatología que muestran es constante y evidente; igualmente, es difícil mantener las amistades cuando la paciente se niega a salir de excursión, ir de cenar, tomar algo....

Todos estos resultados no pueden ser comparados con estudios previos, dada la escasez de investigaciones que han incluido estas variables como parte de la sintomatología a evaluar. Sin embargo, las cifras obtenidas en el presente trabajo reflejan claramente la importancia de valorar esta sintomatología a la hora de conocer realmente el estado en el que se encuentran las pacientes y de poder evaluar la eficacia de cualquier tratamiento aplicado.

Por último, tener en cuenta que los valores obtenidos en las variables asociadas a este trastorno, coinciden con la mayoría de los estudios comentados anteriormente, dónde encuentran una estrecha relación entre los síntomas impulsivos, ansiosos y de baja autoestima en pacientes bulímicos. A pesar de los resultados obtenidos al respecto, no se

puede concluir si esta sintomatología es causa, consecuencia o simplemente co-existe con el resto de variables propias del trastorno.

9.4 EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

Se puede decir que, a nivel general, los tres programas de tratamiento propuestos para pacientes con bulimia nerviosa resultan eficaces en la reducción de la sintomatología propia y asociada al trastorno. Con respecto a la primera de las hipótesis formuladas, relativa a la eficacia de la intervención, se puede confirmar parcialmente, ya que no todas las variables dependientes muestran una mejoría evidente en los distintos momentos de medida y en los distintos tratamientos. No obstante, la ausencia de significación estadística encontrada en la mejoría de variables como el empleo de laxantes, diuréticos o práctica de ejercicio físico intenso, puede ser debida a los bajos niveles iniciales de las mismas. Parece por lo tanto, que el diseño de la intervención puede responder a las demandas iniciales de las pacientes con bulimia nerviosa. Sin embargo ¿hasta qué punto se puede afirmar que estos grupos de tratamiento son eficaces? Y lo más importante para esta investigación ¿resulta alguno de los componentes principales más eficaz que los otros. Porque se ha dicho en repetidas ocasiones que cualquier intervención es más eficaz que el no tratamiento, pero tampoco tendría sentido esforzarse por implementar intervenciones que se sabe que no obtendrán un beneficio significativo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

De esta manera, se comparó la eficacia de tres grupos de tratamiento, formados cada uno de ellos por combinaciones de a dos de los tres principales componentes del programa cognitivo-conductual de Fairburn, a saber, “alimentación”, “cognición” e “imagen”. La primera conclusión que se extrae de esta aplicación es que los tres

programas de tratamiento son, en general, significativamente eficaces; las pacientes reducen la gravedad e intensidad, tanto de los síntomas propios del trastorno como de los asociados al mismo, y los índices de significación clínica y tamaño del efecto de la intervención son altamente satisfactorios; los resultados conseguidos se mantienen a largo plazo y las participantes perciben un cambio importante en la reducción de los principales síntomas tratados.

Veamos estos cambios en los dos momentos, a corto y largo plazo, según las evaluaciones del postratamiento y seguimientos que se han realizado. A corto plazo, las pacientes de los tres grupos de tratamiento mejoran de forma estadísticamente significativa en sus hábitos alimentarios (empleo de atracones, vómitos y restricción alimentaria), en sintomatología cognitiva y emocional (preocupaciones por la comida, por el peso y por la figura) y en las variables asociadas al trastorno (impulsividad, ansiedad y autoestima). Por otro lado, las variables como la práctica excesiva de ejercicio físico, la distorsión perceptiva de la figura y la inadaptación al medio, sólo alcanzan la significación estadística para los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen”. Por el contrario, no se constata significación estadística en la mejora del uso de laxantes y diuréticos, ni en la evolución del peso y el IMC para ninguno de los tratamientos. A pesar de ello, las puntuaciones postratamiento en el consumo de laxantes y diuréticos son muy bajas o incluso nulas en todos los casos. Los resultados aquí obtenidos respecto a las principales variables conductuales son bastante similares a los resultantes en los estudios analizados previamente, en los que se aplicaba la TCC en su totalidad (exceptuando la falta de significación estadística en el empleo de laxantes y diuréticos), encontrando en todos ellos mejorías significativas en dichas variables. Respecto a las variables cognitivas, se aprecia igualmente una mejoría de las mismas en la preocupación por la comida (Agras et al., 1989, Agras et al., 1992) y en la

preocupación por el peso y la figura (Fairburn et al., 1991, Walsh et al., 1997, Wilson et al., 1991 y Wilson et al., 2002). La insatisfacción con la imagen corporal ha sido escasamente evaluada en otras investigaciones, pero su resultado apunta en la misma dirección que los datos presentes (Leitenberg et al., 1994). Por último, respecto a las variables mediadoras, también se observan mejorías en la autoestima y en la ansiedad de los pacientes tratados con TCC (Cooper y Steere, 1995, Fairburn et al., 1991, Garner et al., 1993, Wilson et al., 1991 y Wilson et al., 2002)

En cuanto a los cambios observados a largo plazo –analizando las diferencias pre-seguimiento 12 meses- se siguen manteniendo las mejorías estadísticamente significativas encontradas en el postratamiento de las variables comentadas; de la misma manera, el empleo de laxantes y diuréticos sigue sin alcanzar la significación estadística (a pesar de que todas las pacientes se muestran abstinentes en el empleo de laxantes a los 12 meses de seguimiento, y sólo dos de ellas consumen una media de 2 diuréticos diarios); tampoco lo hacen las variables peso e IMC. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios, dónde se mantienen los resultados obtenidos por el TCC en las principales variables conductuales, al igual que en variables cognitivas (Agras et al., 1992; Fairburn et al., 1993; Jones et al., 1993; Leitenberg et al., 1994 y Wilson et al., 1991) y asociadas al trastorno (Cooper y Steere, 1995; Fairburn et al., 1993; Jones et al., 1993 y Wilson et al., 1991).

Por otro lado, la relevancia clínica de un fenómeno va más allá de cálculos aritméticos, y está determinada por el juicio clínico. En este caso, la significación clínica depende de la magnitud y cualidad de las diferencias en la gravedad de un problema. Se puede decir que en esta fase del estudio se consigue alcanzar también una mejoría clínica significativa. En las variables en las que se valoraba la abstinencia de ciertas conductas alimentarias, se han alcanzado cifras que permiten que la vida de las pacientes se vea más

liberada de aquellos hábitos insanos habituales en su día a día. De esa manera, se logró que en el postratamiento, aproximadamente la mitad de las pacientes no volviesen a tener atracones, cifra que se mantiene a los 12 meses de seguimiento (42%); con respecto a las conductas purgativas, se consiguió que tras finalizar los tratamientos, alrededor del 50% de las pacientes que vomitaban en un principio, dejaran de hacerlo por completo. Este resultado se mantiene e incluso mejora a los 12 meses, con una abstinencia total en vómitos del 70%. A pesar de la falta de significación estadística encontrada en la reducción del empleo de laxantes, la abstinencia lograda en todas las pacientes y en todos los grupos, es total desde el primer mes de seguimiento; algo parecido sucede con el uso de diuréticos, a pesar de que en este caso, dos de las pacientes continúan su consumo durante todas las evaluaciones. Al comparar estas cifras con los escasos estudios que han tenido en cuenta la abstinencia de vómitos y atracones no se puede obtener una conclusión clara, ya que las investigaciones de Leitenberg et al. (1994) y de Thackwray et al. (1993) obtienen porcentajes de abstinencia mucho más elevados (87% de media); sin embargo, Goldbloom et al. (1997) encuentran resultados similares al de la presente investigación (43%).

En cuanto a las variables en las que se puede establecer un punto de corte para discriminar la presencia de un cuadro o su ausencia –concretamente, trastornos de la imagen corporal, problemas de ansiedad, e inadaptación a la vida cotidiana- la reducción es realmente importante en todas las variables (únicamente entre el 10 y el 25% de las pacientes siguen presentando alguno de estos problemas tanto a corto como a largo plazo). Estas cifras son algo más moderadas en la valoración de la autoestima, dónde se observa que un 45% de las pacientes tras finalizar las intervenciones, sigue teniendo dificultades a la hora de valorarse a sí mismas; esta cifra mejora algo a los 12 meses (35%), lo que puede significar que es necesario el paso del tiempo para que las pacientes

comiencen a confiar y a tener una actitud más positiva hacia sí mismas; además, no hay que olvidar que el 100% de la muestra iniciaba los tratamientos con una marcada sensación de fracaso e inutilidad en sus vidas. Por último, en cuanto a la evolución del diagnóstico de bulimia nerviosa, se consigue que ninguna de las pacientes pueda volver a ser diagnosticada como bulímica a lo largo del tiempo. A pesar de la importancia que tiene clínicamente este resultado, no hay que olvidar que eso no implica que las pacientes puedan seguir teniendo conductas bulímicas (como ocurre realmente), aunque no con la severidad ni frecuencias requeridas para el diagnóstico.

Con respecto al cambio que han percibido las pacientes respecto a su sintomatología, se puede concluir, con carácter generalizado, que la valoración de los tratamientos ha sido bastante positiva en todo su ámbito. Una puntuación superior a 3, implica la valoración de que ha existido alguna mejoría, mientras que puntuar un 5 implica una mejoría total. En la escala dedicada a las conductas relacionadas con la alimentación, se obtienen valores superiores al 4 para los grupos que incluyen el módulo “alimentación”; ocurre lo mismo con la escala referida a los cambios cognitivos y los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen”; en la misma línea, los valores más elevados se obtienen en los programas “alimentación + imagen” y “cognición + imagen” para la escala relativa a la imagen corporal. De todo ello se puede deducir que las pacientes tienen la sensación de que han sido las técnicas concretas aprendidas y practicadas las que más les han ayudado a mejorar a lo largo del tratamiento. A pesar de eso, las participantes también perciben la mejoría de ciertos síntomas que no han abordado directamente durante el tratamiento, lo que puede implicar una generalización de los resultados obtenidos como consecuencia directa de la intervención. Estos resultados no pueden ser comparados con investigaciones previas, ya

que la mayoría de ellas evalúan la satisfacción del paciente con el tratamiento en vez de el cambio percibido por el mismo.

Finalmente, los tamaños del efecto alcanzados con la intervención indican una eficacia sumamente positiva. Conseguir un tamaño del efecto grande en el tratamiento de la mayoría de las variables consideradas –a excepción del consumo de diuréticos y del peso e IMC en los tres programas de tratamiento, del empleo de laxantes en los grupos “alimentación + imagen” y “cognición + imagen”, y de la práctica excesiva de ejercicio físico en el tratamiento “cognición + imagen”-, es muy importante. No hay que olvidar que esta medida corresponde a la magnitud de la asociación entre la variable independiente (el programa de intervención), y cada una de las variables dependientes sobre las que se ha intervenido. Por otro lado, estos resultados constituyen un elemento aún más alentador si se interpretan en combinación con el impacto de la significación clínica visto con anterioridad. El hecho de conseguir un tamaño del efecto grande, y resultar el cambio en dichas variables clínicamente significativo, permite hablar de efectividad en la intervención. Así pues, se ha hablado de la eficacia de la intervención y, puede afirmarse también, que existe un grado importante de efectividad, al encontrar porcentajes elevados de adherencia al tratamiento (88% como porcentaje medio en los tres grupos de intervención), al igual que una percepción generalizada bastante satisfactoria con los resultados del mismo.

Teniendo clara la eficacia y efectividad de estas intervenciones, corresponde ahora saber si alguno de estos programas es más eficaz que los demás, y si esto es así, sobre qué variables mostraría su mayor eficacia ese tratamiento. Para ello es necesario analizar la eficacia comparada de los tres programas de intervención.

A corto plazo, es decir, si se compara el efecto de la intervención justo tras la última sesión, y si se tienen en cuenta únicamente los resultados que han arrojado diferencias

estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento, se observa que el grupo “alimentación + cognición” consigue una mayor reducción en la variable vómitos frente al grupo “cognición + imagen”; en cuanto a la variable restricción alimentaria, se aprecia en este caso que el grupo “alimentación + imagen” logra que sus pacientes reduzcan la práctica de una dieta inadecuada en mayor medida que el grupo “cognición + imagen”; por último y respecto a la preocupación por la figura evaluada por la EDE, se observa que el tratamiento “cognición + imagen” consigue una mayor mejoría respecto al grupo “alimentación + imagen”. De todo ello se puede concluir que en la evaluación postratamiento:

1) Los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” parecen ser más eficaces que el grupo “cognición + imagen” en algunas de las variables conductuales relacionadas con la comida, a saber, empleo de vómitos y restricción alimentaria.

2) El programa “cognición + imagen” es más eficaz que el grupo “alimentación + imagen” en la variable preocupación por la figura, a pesar de que ambos tratamientos comparten el componente relativo a la imagen.

A pesar del valor que tienen estas deducciones, si se analizan los resultados obtenidos en cada una de las variables en el postratamiento, independientemente de la significación estadística alcanzada, se pueden obtener conclusiones más amplias y variadas con respecto a la eficacia comparada de los tres tratamientos. De esta manera, y siguiendo la misma línea de argumentación que la primera de las conclusiones obtenidas, se observa que la frecuencia de los atracones en el grupo que carece del módulo “alimentación” es aproximadamente del doble que en el resto de tratamientos. Confirmando también lo comentado anteriormente, la frecuencia de vómitos en el grupo

“cognición + imagen” triplica el valor observado en los dos otros grupos de tratamiento en los que se incluye el módulo “alimentación”.

Con respecto a los métodos compensatorios restrictivos, en cuanto a la práctica excesiva de ejercicio físico y a pesar de que la reducción conseguida sólo alcance la significación estadística en el grupo “alimentación + cognición”, se observa que todos los programas consiguen anular por completo esta práctica de su repertorio de conductas no saludables. En cuanto a la restricción alimentaria, y aunque todos los grupos consigan reducciones estadísticamente significativas, se observa que la puntuación más elevada pertenece al grupo “cognición + imagen”.

Respecto a la preocupación de las pacientes por su figura, se observa de manera curiosa que el grupo que menor puntuación obtiene en la EDE, a saber, “cognición + imagen”, es el que puntúa con un resultado más alto en el BSQ. Quizás esto explique la diferencia encontrada entre los grupos “alimentación + imagen” y “cognición + imagen” en esta variable.

Siguiendo con las variables relativas a la imagen corporal, y en concreto con la distorsión perceptiva de la misma, se observa que aunque se produzcan mejorías estadísticamente significativas únicamente en los grupos que incluyen el módulo “alimentación”, las puntuaciones obtenidas por los tres tratamientos son prácticamente iguales (varían de 0,7 a 0,8).

Los cambios alcanzados tras la finalización de los tratamientos, repercuten de manera significativa en una mejor adaptación de las pacientes a su entorno en todos los programas de tratamiento; a pesar de ello, la mejoría de esta variable es inferior en el grupo “cognición + imagen”.

Por último, y con respecto a las variables asociadas, se aprecia que aunque las reducciones en la variable ansiedad sean estadísticamente significativas en todos los

programas de tratamiento, la puntuación media obtenida en el grupo “cognición + imagen” es algo superior ($M= 9,8$) frente a los otros dos grupos ($M= 7,3$).

De todo ello, y de manera añadida a las conclusiones obtenidas anteriormente, se puede deducir de las puntuaciones postratamiento que:

- 3) Las pacientes pertenecientes al grupo “cognición + imagen” presentan una frecuencia más elevada en el número de atracones y vómitos y una mayor restricción alimentaria que el resto de tratamientos.
- 4) El grupo “cognición + imagen” presenta puntuaciones más elevadas de ansiedad que el resto de participantes.
- 5) Las pacientes del programa “cognición + imagen” muestran mayores problemas de adaptación a su entorno comparado con el resto de tratamientos.
- 6) No parecen existir diferencias importantes entre los programas de tratamiento en lo referido al empleo de laxantes, diuréticos, práctica excesiva de ejercicio físico, preocupación por el peso y la comida, distorsión perceptiva de la imagen corporal, impulsividad, auto-estima, peso e IMC.

Analizando los cambios producidos a nivel estadístico al comparar el pretratamiento con cada una de las medidas de seguimiento, se observa que al mes de finalizar las intervenciones, los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” consiguen mayores reducciones en las variables atracones, vómitos y restricción alimentaria frente al grupo “cognición + imagen”; estas distancias se anulan a los tres meses de seguimiento, dónde no se encuentra ninguna diferencia estadística entre los distintos programas de tratamiento; sin embargo, a los doce meses de seguimiento se observa un cambio en la evolución de alguna de las variables. Concretamente, el

programa “cognición + imagen” consigue mayores mejorías en las variables preocupación por la figura y autoestima comparadas con los otros grupos de intervención.

De aquí se puede deducir:

- 1) Los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” parecen ser más eficaces que el grupo “cognición + imagen” en algunas de las variables conductuales relacionadas con la comida, a saber, atracones, empleo de vómitos y restricción alimentaria al mes de haber finalizado la intervención.
- 2) La evolución de las variables conseguida a los tres meses de seguimiento, iguala los resultados para los distintos tratamientos.
- 3) El programa “cognición + imagen” es más eficaz que el resto de tratamientos en las variables preocupación por la figura y auto-estima a los doce meses de seguimiento.

Si se tiene en cuenta la evolución de las variables desde la finalización de los tratamientos hasta los doce meses de seguimiento, con independencia de la significación estadística alcanzada, se observa que respecto a las variables conductuales relativas a la alimentación, casi todas ellas mantienen o mejoran los resultados conseguidos en el postratamiento; concretamente, todos los grupos presentaban una media inferior a un atracón y a un vómito semanal, se alcanzaba la abstinencia para todas las pacientes en el consumo de laxantes y en la práctica excesiva de ejercicio físico, al igual que en el empleo de diuréticos para los grupos “alimentación + cognición” y “cognición + imagen”. Y también había una mejoría en la restricción alimentaria en el grupo “cognición + imagen”. Los únicos empeoramientos se observan en esta variable en los

grupos que incluyen el módulo “alimentacion” y en el consumo de diuréticos para el tratamiento “alimentación + imagen”.

Respecto a las variables de índole cognitiva y relacionadas con la imagen corporal, se observa con carácter general, un ligero empeoramiento a largo plazo en el programa “alimentación + cognición” en todas ellas; eso mismo ocurre con el grupo “alimentación + imagen” en las variables preocupación por el peso, comida y figura (evaluada a través de la EDE, ya que el resultado obtenido por la BSQ indica un mantenimiento del resultado) y la percepción distorsionada de la imagen corporal; sin embargo, la adaptación al entorno parece mejorar con el paso del tiempo. En ese mismo sentido evolucionan todas estas variables en el tratamiento “cognición + imagen”, alcanzando sus mejores resultados a los doce meses de seguimiento.

Algo muy similar se observa en las variables asociadas al trastorno, a saber, las participantes de los grupos “alimentación + cognición” y “alimentación + imagen” empeoran, con carácter general, sus niveles de impulsividad, ansiedad y autoestima, lo contrario que sucede con la mejoría ascendente del grupo “cognición + imagen”.

Las conclusiones que se pueden obtener sobre los resultados obtenidos a largo plazo señalan que:

- 4) Los tres grupos obtienen puntuaciones muy similares entre sí en todas las variables conductuales relacionadas con la alimentación en los distintos momentos de seguimiento, a excepción del consumo de diuréticos, donde la intervención “alimentación + imagen” alcanza cifras superiores al resto de grupos a los 3 y 12 meses, y de la restricción alimentaria, donde el programa “cognición + imagen” es el que muestra puntuaciones más bajas a los 12 meses.

- 5) El programa “cognición + imagen” obtiene mejores puntuaciones a los 12 meses en las variables preocupación por la comida, el peso y la figura (evaluado a través de la EDE) y distorsión de la imagen corporal al compararlo con el resto de grupos. Ocurre lo mismo con los resultados de las variables impulsividad, ansiedad y autoestima.
- 6) Las pacientes del grupo “alimentación + imagen” obtienen mejores puntuaciones en la adaptación del paciente al entorno a los 12 meses respecto al resto de tratamientos.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, no existe ninguna diferencia significativa entre los grupos, ni en cuanto a la tasa de abandonos ni referente a la cumplimentación de tareas; no obstante, el abandono en el grupo “cognición + imagen” es el doble con respecto a los otros programas de tratamiento y el porcentaje de tareas que llevaban a cabo estas pacientes era algo inferior al del resto.

Finalmente, aludiendo al cambio percibido por las participantes de su propia sintomatología, y a pesar de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ciertos grupos de tratamiento, tampoco se puede apostar por uno de ellos en concreto, ya que los resultados indican únicamente que las pacientes percibían de manera más evidente los cambios producidos en las variables que eran abordadas directamente por sus tratamientos.

Llevando a cabo una valoración global de los resultados comentados, se puede concluir que:

➔ A corto plazo y teniendo en cuenta la eficacia de los tratamientos:

- Los grupos que incluyen el módulo “alimentación” producen mejores resultados en la reducción de los atracones, vómitos y restricción alimentaria, al compararlos con el grupo “cognición + imagen”, que no incluye dicho módulo.
- Las pacientes del programa “cognición + imagen” muestran mayor ansiedad y peor adaptación al entorno en comparación con el resto de tratamientos. Esto sea probablemente debido a la frecuencia mantenida de atracones y vómitos.

➔ A corto plazo y teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento:

- Se producen más abandonos entre las pacientes del grupo “cognición + imagen”, probablemente debido a la falta de resultados inmediatos en cuanto a las variables conductuales relativas a la alimentación.
- Las pacientes del grupo “cognición + imagen” cumplimentan en menor grado las tareas para casa, comparadas con la del resto de tratamientos. Esto puede ser debido a la complejidad de los ejercicios relacionados con la reestructuración cognitiva.

➔ A largo plazo y teniendo en cuenta la eficacia de los tratamientos:

- La combinación de los módulos “cognición” e “imagen” consigue obtener puntuaciones similares a las del resto de grupos, en las variables conductuales relacionadas con la alimentación.
- La combinación de los módulos “cognición” e “imagen” consigue mejores puntuaciones en las variables cognitivas, aquellas relacionadas con la imagen corporal y las asociadas al trastorno, con respecto al resto de tratamientos.
- El módulo “imagen” consigue una mejor adaptación de las pacientes al entorno, en relación con el resto de componentes.

Con todo ello nos preguntamos finalmente: ¿es un componente más eficaz que el resto? ¿sobre qué variables muestra su mayor eficacia? ¿depende del momento temporal en el que lo evaluemos? La Tabla 9.1 puede dar una respuesta muy general a las mismas:

Tabla 9.1 Elección de tratamiento en función de los resultados en distintos parámetros

TECNICAS	RESULTADOS A CORTO PLAZO				RESULTADOS A LARGO PLAZO			
	Vv cond	Vv cog	Vv imagen	Vv asoc	Vv cond	Vv cog	Vv imagen	Vv asoc
Control alimentario	✓	✓	✓	✓	✓	?	?	?
Cognitivas	?	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓
Imagen corporal	?	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓

Vv cond = variables conductuales Vv cog = variables cognitivas Vv asoc= variables asociadas

- Es decir, si se prima principalmente la reducción de las variables conductuales relativas a la alimentación en un corto periodo de tiempo, con independencia de los resultados a largo plazo en el resto de variables, se podría elegir un tratamiento compuesto por técnicas dirigidas fundamentalmente al control alimentario.
- Si lo más importante es que el paciente consiga a largo plazo una mejoría general de su sintomatología, independientemente de los resultados obtenidos a corto plazo y del tiempo necesario para percibir cambios, se podría elegir un tratamiento compuesto por técnicas dirigidas fundamentalmente a la mejoría de las variables cognitivas y relativas a la imagen corporal.

De todo ello, se desprende la posibilidad de elegir la combinación de tratamiento más idónea según las necesidades idiosincráticas de cada paciente. Es decir, aquellos

pacientes que necesiten normalizar sus conductas alimentarias en un plazo reducido de tiempo (frecuencia demasiado elevada de dicha sintomatología, incapacidad de llevar una vida “normalizada”, posibilidad de secuelas físicas...), se verán más beneficiados de aquellas técnicas que tratan directamente lograr el control de las mismas. Por el contrario, aquellas personas que no requieran un control tan inmediato de su sintomatología conductual, pero necesiten modificar sus ideas y sensaciones relacionadas con la comida, peso y figura, obtendrán mayor beneficio con un tratamiento dirigido a la mejoría de variables cognitivas y relativas a la imagen corporal.

9.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La presente investigación supone un análisis pormenorizado de la eficacia de los tres componentes principales de un programa de tratamiento sobre la sintomatología propia de los pacientes con bulimia nerviosa, utilizando para ello criterios de selección ajustados a la realidad de los pacientes, una evaluación pormenorizada y seguimientos suficientemente amplios. Además reúne la mayoría de requisitos que conviene que cumplan las investigaciones sobre eficacia de los tratamientos (Seligman, 1995):

- 1) Asignación aleatoria de los pacientes a las distintas condiciones experimentales.
- 2) Evaluación detallada.
- 3) Tratamientos claramente descritos y protocolizados.
- 4) Fijación de un número determinado de sesiones.
- 5) Seguimiento de los pacientes a largo plazo.

Pese a todo lo anterior, existen una serie de limitaciones que tienen que ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Una primera limitación reside en

el hecho de que las evaluaciones no fueron llevadas a cabo por entrevistadores ciegos. Resultados obtenidos con este tipo de evaluaciones evitarían los posibles sesgos introducidos por un entrevistador que conoce la asignación experimental de los participantes y que puede estar mediatizando los resultados obtenidos. No obstante, esta dificultad se ha intentado paliar a través del seguimiento riguroso por parte del entrevistador de las pruebas de evaluación llevadas a cabo. De esta manera se intenta impedir la posible interpretación subjetiva de las mismas.

Una segunda limitación es que la evaluación ha sido bastante minuciosa en lo que se refiere a la sintomatología propia del trastorno alimentario y asociada al mismo, y también se ha tenido en cuenta el cambio percibido por el propio paciente con respecto a las principales variables evaluadas; sin embargo, se podría haber incluido un cuestionario de satisfacción con el tratamiento, en el que se evaluase la calidad general del programa terapéutico, la atención y ayuda recibida por parte del terapeuta, y, lógicamente, la satisfacción con la propia intervención. Este tipo de cuestionarios aportan un dato valioso sobre la sensación que ha tenido el paciente durante la aplicación del tratamiento de manera rápida y sencilla.

Continuando con las posibles carencias halladas en el proceso evaluativo, cabe señalar la discrepancia encontrada entre las puntuaciones de la subescala “preocupación por la figura” del EDE y los resultados obtenidos en el BSQ. Estudios previos han demostrado la alta correlación (0,82) entre ambas medidas (Loeb et al, 1992), lo que limita las posibles explicaciones para el presente resultado. Los temas principales respecto a la figura tratados en la EDE, a saber, miedo a engordar, preocupación e importancia de la imagen, insatisfacción con el cuerpo e incomodidad y evitación a la exposición del mismo, son también abordados en la BSQ. De la misma manera, las opciones de respuesta en ambas pruebas hacen referencia a la frecuencia con la que los

pacientes han vivido esas emociones en el último mes, con una escala likert de 7 puntos en la EDE y de 6 puntos en el BSQ. Por lo tanto, es probable que la diferencia más importante que distinga a estas pruebas sea su formato de aplicación (entrevista Vs. cuestionario) y sea eso lo que explique las distintas puntuaciones obtenidas; además, y puesto que la subescala “preocupación por la figura” de la EDE forma parte de una entrevista general, es posible que los pacientes tiendan a responder en un mismo sentido a las preguntas de las distintas subescalas.

Con respecto a la muestra seleccionada, es probable que la falta de significación estadística de muchos de los resultados encontrados sea debida al tamaño muestral empleado. Aunque algunos de los estudios anteriormente comentados hayan desarrollado su investigación con un número menor de participantes, puede considerarse como una limitación del presente trabajo el hecho de no contar con una muestra más numerosa, especialmente a la hora de comparar los distintos formatos de intervención empleados. Esto permitiría aumentar la potencia de la investigación.

En cuanto al contenido de los tratamientos planteados, y pese a que se trató de planificar unos programas terapéuticos sencillos, es decir, con unos materiales de contenidos accesibles, unas tareas para casa que no fuesen complicadas, unos auto-registros fáciles de cumplimentar... lo cierto es que la intervención en su conjunto puede tener una cierta dificultad para pacientes de un bajo nivel educativo, poco acostumbradas a la lectura y escritura. Algunos de los componentes terapéuticos contaban con apoyo escrito para casa y esto podía ser una limitación para la implementación de la intervención.

Finalmente, la adherencia ha sido buena, similar a la de estudios previos (con una cifra media del 88%). Los argumentos a los que aluden las pacientes a la hora de dejar el tratamiento, hacen más bien referencia a motivos externos a la propia intervención; sin

embargo, y dado que el grupo “cognición + imagen” presenta el doble de abandonos que el resto, y en un momento relativamente cercano al inicio de la intervención, se puede llegar a pensar que el contenido de la misma no se ajuste a las expectativas iniciales de las participantes. No obstante, no es sensato dudar de la sinceridad de las pacientes en este punto.

9.6 DIRECTRICES FUTURAS

A pesar de los buenos resultados conseguidos en el presente estudio y en aquellos que han demostrado la eficacia completa del tratamiento cognitivo-conductual de Fairburn aplicado en formato individual, parecería interesante poder analizar la relación costes-beneficios de la aplicación de un tratamiento en formato grupal, en el que se salvaran las dificultades encontradas como habituales en este tipo de aplicaciones, a saber, una mayor tasa de abandonos y un empeoramiento de los resultados con el paso del tiempo. Es posible que los pacientes se beneficiasen de la aplicación grupal de las principales técnicas terapéuticas combinado con un apoyo individual destinado al refuerzo de las mismas. De esta manera, se reducirían los costes terapéuticos necesarios para el desarrollo de los tratamientos y los pacientes tendrían la ventaja de compartir sus vivencias con un grupo de iguales, al igual que la posibilidad de un contacto individual con el terapeuta.

Con respecto a la división de los pacientes con bulimia nerviosa, a saber, aquellos con conductas predominantemente purgativas o restrictivas, sigue sin quedar claro si existen diferencias entre ambos grupos en la eficacia de los tratamientos aplicados. Sería necesario para ello formar dos grupos de participantes diferenciados en esta variable, para así poder analizar los resultados obtenidos en función de la misma. Es probable que la

aplicación de los programas terapéuticos diseñados en el presente trabajo fuese de ayuda a la hora de definir si alguno de los componentes del tratamiento de Fairburn es más eficaz que el resto en función de la sintomatología predominante en el paciente. Así se podrían diseñar “programas a medida”, seleccionando las técnicas más valiosas para la sintomatología específica de cada uno de los pacientes.

Conociendo la influencia y repercusión del entorno más cercano del paciente con bulimia nerviosa en el desarrollo y evolución del trastorno alimentario, sería realmente interesante poder elaborar un tratamiento en el que participasen de manera directa las personas que compartiesen el día a día de la enfermedad. Poder implicar a quienes van a supervisar las comidas, paseos al baño, ropa que usan.... los pacientes a diario, supondría un reto realmente complejo y costoso, pero la repercusión que eso podría tener en la evolución del tratamiento es tan elevada, que merecería la pena poder comprobarlo. Para ello, tendría que elaborarse un programa dirigido a estas personas y ser aplicado de forma paralela al tratamiento con el paciente. No obstante, a pesar de la falta de este tipo de intervención en la presente investigación, los resultados obtenidos apoyan la aplicación de este tratamiento en los que casos en los que no sea posible abordar el entorno del paciente.

Otra posible línea de investigación, aunque algo más alejada de lo aquí se ha investigado, sería aquella que ajustase las principales técnicas del programa cognitivo-conductual, a aquellos pacientes diagnosticados de trastorno por atracón. Este problema parece estar surgiendo cada vez con más frecuencia, lo que requiere el desarrollo de programas terapéuticos eficaces para esa sintomatología. Parecería adecuado centrarse en aquellos módulos que fuesen realmente eficaces para el control de las conductas propias de estos pacientes. Por lo tanto, sería posible que las técnicas destinadas a las variables relativas a la imagen corporal, no tuviesen un papel necesario en este trastorno, ya que

una de las diferencias con respecto a la bulimia nerviosa, es que la autoevaluación de estos pacientes no está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Tras estas conclusiones puede decirse que el tratamiento de síntomas y malestar derivados de la vivencia del trastorno bulímico podría estar relativamente definido. Al fin y al cabo, se sabe cuáles son los elementos que funcionan, y cuáles son menos útiles. Sin embargo, nos estamos olvidando de los momentos anteriores de la vida de los pacientes, en los que aún podían degustar un plato de comida sin sentirse por ello culpables y sin tener que recurrir a métodos extremos para su desgaste. La prevención de los trastornos alimentarios requeriría la implicación multidisciplinar de los profesionales sanitarios y escolares, que pudiesen educar en la práctica de hábitos saludables, en la adquisición de estrategias adecuadas para la resolución de conflictos, en el desarrollo de una autoestima sólida y en la adquisición de valores referidos a la convivencia, tolerancia y respeto hacia los demás. De esa manera, los adolescentes estarían seguros de sí mismos, se sentirían independientes y autónomos, tolerantes con las críticas y las discrepancias con los demás, coherentes con sus valores y creencias y sensibles ante las necesidades de los otros. Siendo así, ¿quién querría destruir su propio cuerpo y su propia vida?

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, S. E. y Beumont, P. J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- Abraham, S. F.; Mira, M. y Llewellyn-Jones, D. (1983). Bulimia: A study of outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 175-180.
- Agras, W. S. (1987). *Eating disorders. Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa*. New York: Pergamond Press.
- Agras, S. (1991). Nonpharmacologic treatments of bulimia nervosa. *Journal Clinical Psychiatry*, 52 (suppl), 29-33.
- Agras, W. S. (1993). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa. Reply. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1570.
- Agras, W. S. (1997). Pharmacotherapy of bulimia nervosa and binge eating disorder. longer-term outcomes. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 433-436.
- Agras, W. S.; Crow, S. J.; Halmi, K. A.; Mitchell, J. E.; Wilson, G. T. y Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Agras, W. S.; Dorian, B.; Kirkley, B. G.; Arnow, B. y Bachean, J. (1987). Imipramine in the treatment of bulimia: A double-blind controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 29-38.
- Agras, W. S.; Rossiter, E. M.; Arnow, B.; Scheneider, J. A.; Telch, C. F.; Raeburn, S. D.; Bruce, B.; Perl, M. y Koran, L. M. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W. S.; Schneider, J. A.; Arnow, B.; Raeburn, S. y Telch, C. F. (1989). Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- Agras, W. S.; Telch, C. F.; Arnow, B.; Eldredge, K.; Wilfley, D. E.; Raeburn, S. D.; Henderson, J. y Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder. An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
- Allen, F. C. L; Scannell, E. D. y Turner, H. R. (1998). Guilt and hostility as coexisting characteristic of bulimia nervosa. *Australian Psychology*, 33, 143-147.
- Allison, D. B. (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems: measures, theory and research*. Thousands Oaks, CA: Sage Publ.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC.: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Rev. 3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 212-228.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Rev. 4th ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (suppl.), 1-39.
- Ames-Frankel, J.; Devlin, M. J.; Walsh, B. T.; Strasser, T. F.; Sadik, C.; Oldham, J. y Roose, S. P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.
- Amón, J. (2001). *Estadística para Psicólogos II*. Ediciones Pirámide.
- Andersen, A. E. (1988). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in males. En D. M. Garner

- y P. E. Garfinkel (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Brunner/Mezel.
- Andersen, A. E. (1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mezel.
- Andersen, A. E.; Bowers, W. A. y Watson, T. (2001). A slimming program for eating disorders not otherwise specified. Reconceptualizing a confusing residual diagnostic category. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 271-280.
- Anderson, D. A. y Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 21, 971-988.
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para mujeres víctimas de violencia doméstica*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Arnow, B.; Kenardy, J. y Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- Baell, W. K. y Wertheim, E. H. (1992). Predictors of outcome in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 330-332.
- Baker, J. D.; Williamson, D. A. y Sylve, C. (1995). Body image disturbance, memory bias, and body dysphoria: Effects of negative mood induction. *Behavior Therapy*, 26, 747-759.
- Ball, K. y Lee, C. (2000). Relationships between psychological stress, coping and disordered eating: a review. *Psychological Health*, 14, 1007-1035.
- Baran, S. A.; Weltzin, T. E. y Kaye, W. H. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1070-1072.
- Bardone, A. M.; Vohs, K. D.; Abramson, L. Y.; Heatherton, T. F. y Joiner, T. E. (2000). The confluence of perfectionism, body dissatisfaction and low self-esteem predicts bulimic symptoms: clinical implications. *Behavior Therapy*, 31, 265-280.
- Bardone, A. M.; Vohs, K. D.; Abramson, L. Y.; Heatherton, T. F. y Joiner Jr., T. E. (2000). The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: clinical implications. *Behavior Therapy*, 31, 265-280.
- Barratt, E. S. y Stanford, M. S. (1995). Impulsiveness. En C. G. Costello (Ed.). *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client*. New York: Wiley.
- Barry, D. T.; Grilo, C. M. y Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 63-70.
- Bell, C., Bulik, C., Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., DeMaso, D.R., Dogin, J., Fairburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, D.K., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Lonegran, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schinienholtz, M., Stunkard, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J., Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J., Westermeyer, J., Wilfley, D. y Wonderlich, S. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1 Suplemento, 1-39.
- Bell, L. (2002). Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa?. *Eating and Weight Disorders*, 7, 168-181.
- Bemis, K. M. (1987). The present status of operant conditioning for the treatment of anorexia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 432-463.
- Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theoretical Medicine*, 18, 401-402.
- Ben-Tovim, D. L. y Walter, M. K. (1991). Further evidence for the Stroop Test as a quantitative measure of psychopathology in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 609-613.
- Ben-Tovim, D. L.; Walter, M. K.; Fok, D. y Yap, E. (1989). An adaptation of the Stroop test

- for measuring shape and food concerns in eating disorders: A quantitative measure of psychopathology?. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 681-687.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign: Research Press.
- Beumont, P. J. V. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En C. G. Fairburn, K. D. Brownell, (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Billings, A. y Moos, R. (1985). Life stressors and social resources affect post-treatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140-153.
- Bjelland, L.; Dahl, A. A.; Haug, T. T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Blouin, J. H.; Carter, J.; Blouin, A. G. ; Tener, L. ; Schnare-Hayes, K. ; Zuro, C. ; Barlow, J. y Perez, E. (1994). Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with cognitive-behavioral group therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 113-123.
- Blouin, J.; Schnarre, K.; Carter, J.; Blouin, A. ; Tener, L. ; Zuro, C. y Barlow, J. (1995). Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 323-329.
- Bossert, S.; Schmeolz, U.; Wiegand, M.; Junker, M. y Krieg, J. C. (1992). Predictors of short-term treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206-214.
- Bowden, P. K.; Touyz, S. W.; Rodriguez, P. J.; Hensley, R. Y Beumont, J. V. (1989). Distorting patient or distorting instrument?. *British Journal of Psychiatry*, 155, 196-201.
- Braun, D. L.; Sunday, S. R. y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Brewerton, T. D.; Lydiard, R.; Herzog, D. B.; Brotman, A. W.; O'Neil, P. M. y Ballenger, J. C. (1995). Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 77-80.
- Brody, M. L.; Walsh, B. T. y Devlin, M. J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386.
- Brown, T. A.; Antony, m. M. y Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 408-418.
- Bruce, B. y Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365-374.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bryant-Waugh, R.; Turner, H.; East, P.; Gamble, C. y Mehta, R. (2006). Misuse of laxatives among adult outpatients with eating disorders. prevalence and profiles. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 404-409.
- Bulik, C. M. (1992). Abuse of drugs associated with eating disorders: a review of their relationship. *New Zealand Journal of Psychology*, 24, 51-62.
- Bulik, C.M; Sullivan, P. F.; Carter, F. A. y Joyce, P. R. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 368-374.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F.; Carter, F. A.; McIntosh, V. V. y Joyce, P. R. (1999). Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 137-144.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F.; Fear, J. L. y Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.

- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F.; Joyce, P. R.; Carter, F. A. y McIntosh, V. V. (1997). Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 137-144.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F.; Joyce, P. R.; Carter, F. A. y McIntosh, V. V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206-214.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F.; Joyce, P. R.; Rockert, W.; Goldbloom, D. y Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology, 9, 1-15.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. K. y Kendler, K. S. (1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44, 1210-1218.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F. y Rorty, M. (1989). Childhood sexual abuse in women with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 460-464.
- Button, E. J.; Sonuga-Barke, E. J.; Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Byrne, S. M. y Malean, N. J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: a direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 17-31.
- Cachelin, F. M.; Striegel-Moore, R. H.; Elder, K. A., et al. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 45-54.
- Campayo, M. A. y Martínez-Sánchez, F. (2005). Cognitive bias in an experimental task of focalized selective attention in eating disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 71-80.
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Carter, F. A., Bulik, C. M., Lawson, R. H., Sullivan, P. F. y Wilson, J. S. (1996). Effect of mood and food cues on body image in women with bulimia and controls. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 65-76.
- Carter, W. P. ; Hudson, J. I.; Lalonde, J. K.; Pindyck, L.; McElroy, S y Pope Jr., G. (2003). Pharmacological treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S74-S88.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1995). *Body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of extent research*. Manuscript submitted for publication.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Casper, R. C. y Jabine, L. N. (1996). An eight-year follow-up: Outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 499-517.
- Castonguay, L. G.; Eldredge, K. L. y Agras, W. S. (1995). Binge eating disorder: current state and future directions. *Clinical Psychology Review*, 15, 865-890.
- Cattarin, J. A. y Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body adolescent females. *Eating disorders. Journal of treatment and prevention*, 2, 114-125.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Channon, S.; de Silva, P.; Hemsley, D. y Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 529-535.
- Channon, S.; Hemsley, D. y de Silva, P. (1988). Selective processing of food words in anorexia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 329-340.
- Chen, E.; Touyz, S. W.; Beumont, P. J. V.; Fairburn, C. G.; Griffiths, R.; Butow, P.; Russell, J.; Schotte, D. E.; Gertler, R. y Basten, C. (2002). Comparison of group and individual cognitive-behavioural therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241-254.

- Chinchilla, A. (1994). *Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Coker, S.; Vize, C.; Wade, T. y Cooper, P. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 35-40.
- Coker, S.; Vize, C.; Wade, T. y Cooper, P. J. (1993). Patients with bulimia nervosa: a preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Collings, J. K.; Beumont, P. J.; Touyz, S. W.; Krass, J.; Thompson, P. y Philips, T. (1987). Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese and control subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 633-638.
- Collings, S. y King, M. (1994). Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 165, 80-87.
- Connors, M. E.; Johnson, C. L. y Stuckey, M. K. (1984). Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1512-1516.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (3ª edición). Editorial El Manual Moderno.
- Coolings, S. y King, M. (1994). 10-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.
- Cooper, P. J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. En K. D. Brownell, C. G. Fairburn (Eds.) *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. New York, Guildford Press.
- Cooper, M. J.; Anastasiades, P. y Fairburn, C. G. (1992). Selective processing of eating, shape, and weight-related words in persons with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 352-355.
- Cooper, P. J.; Coker, S. y Fleming, C. (1995). An evaluation of the efficacy of cognitive behavioural self-help for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 281-287.
- Cooper, Z., Cooper, P. J. y Fairburn, C. G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorders Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Cooper, M. J. y Fairburn, C. G. (1992). Selective processing of eating weight- and shape-related words in patients with eating disorders and dieters. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 363-365.
- Cooper, M. J. y Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 385-389.
- Cooper, P. J. y Steere, J. (1995). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 875-886.
- Cooper, J. y Taylor, M. J. (1988). Body image disturbances in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36.
- Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Corbridge, C. y Bell, L. (1996). An audit of people with eating disorders treated by adult mental health services. *European Eating Disorders Review*, 4, 241-248.
- Cosford, P. y Arnold, E. (1992). Eating disorders in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 491-498.
- Cox, G. L. y Merkel, W. T. (1989). A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *Journal of nervous and mental disease*, 177, 77-84.
- Craighead, L. y Agras, W. S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 115-125.

- Crespo, M. (2000). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Proyecto Docente.
- Crisp, D. W. (1986). *Scientists and the local press, scientists and journalists: Reporting science as news*. Londres, Collier Macmillan Publishers.
- Crow, S.; Kendall, D.; Praus, B. y Thuras, P. (2001). Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 222-226.
- Crow, S.; Mussell, M. P.; Peterson, C.; Knopke, A. y Mitchell, J. (1999). Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 39-44.
- Cuadras, C. M.; Echeverría, B.; Mateo, J y Sánchez, P. (1984). *Fundamentos de estadística. Aplicación a las ciencias humanas*. Editorial P. P. U (Promociones, Publicaciones Universitarias).
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dacosta, M. y Halmi, K. A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313.
- Dansky, B. S.; Brewerton, T. D. y Kilpatrick, D. G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the national women's study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 180-190.
- Dansky, B. S.; Brewerton, T. D.; Kilpatrick, D. G.; O'Neil, P. M.; Resnick, H. S.; Best, C. L. y Saunders, B. E. (1998). En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. F. Davis, M. Kline (Eds.) *The nature and prevalence of binge eating disorder in a national sample of women. DSM-IV sourcebook*. Washington: APA Press.
- Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 421-426.
- Davis, R.; Olmsted, M. P. y Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 882-885.
- Davis, R.; Olmsted, M. P. y Rockert, W. (1992). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: Assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 882-885.
- Davis, R.; Olmsted, M. P. y Rockert, W. (1992). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: prediction and clinical outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 205-211.
- Davis, C. J.; Williamson, D. A.; Goreczny, A. J. y Bennett, S. M. (1989). Body image disturbances and bulimia nervosa: An empirically analysis of recent revision of DSM-III. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 61-69.
- De la Puente, M. L. y Gómez, M. A. (1998). Anorexia y Bulimia En M. A. Vallejo (Ed.). *Manual de Terapia de Conducta*.
- De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 25 (Suppl. 1), S51-55.
- DeCosta, M. D. y Halmi, K. A. (1990). *Classifications of anorexia nervosa: The question of subtypes*. Unpublished manuscript, New York Hospital-Cornell Medical Center, White Plains.
- Dingemans, A. E.; Bruna, M. J. y Furth, E. F. van. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307.
- Drewnowski, A.; Yee, D. K. y Krahn, D. D. (1989). *Dieting and bulimia: A continuum of behaviors*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Duchman, E. G.; Williamson, D. A. y Strickler, P. M. (1986). *Dietary restraint and bulimia*. Paper presented at the annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en las víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15, 273-292.

- Echeburúa, E.; Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Eckert, E. D.; Halmi, K. A.; Marchi, P.; Grove, F. y Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up study of anorexia nervosa. Clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Edelstein, C. K. y Yager, J. (1992). Eating disorders and affective disorders. En J. Yager, H. E. Gwirtsman, C. K. Edelstein y D. C. Washington (Eds.), *Special problems in managing eating disorders*. American Psychiatric Press.
- Evans, C. y Dolan, B. (1993). Body Shape Questionnaire: derivation of shortened "alternative forms". *International Journal of Eating Disorders*, 13, 315-321.
- Everill, J. T. y Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a casual link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11.
- Fahy, T. A.; Eisler, I. y Russell, G. F. M (1993). Personality disorder and treatment response in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162, 765-770.
- Fahy, T. A.; Eisler, I. y Russell, G. F. M. (1993). A placebo-controlled trial of d-fenfluramine in bulimia nervosa. *British Journal of Eating Disorders*, 14, 135-146.
- Fahy, T. A. y Russell, G. F. M. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 135-146.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa. En D. M. Garner y P. M. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1987). Bulimia nervosa. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 3-7.
- Fairburn, C. G. (1987). The definition of bulimia nervosa: Guidelines for clinicians and research workers. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 3-7.
- Fairburn, C. G. (1988). The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 635-645.
- Fairburn, C. G. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En G. R. Klerman y M. M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fairburn, C. G. (1995a). *Overcoming binge eating*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G.; Agras, W. S. y Wilson, G. T. (1992). The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. En G. H. Anderson y S. H. Kennedy (Eds.), *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders*. San Diego: Academic Press.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C. G. y Carter, J. C. (1997). Self-help and guided self-help for binge eating problems. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Cooper, P. J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
- Fairburn, C. G. y Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. En K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G.; Cooper, P. J.; Cooper, M. J.; McKenna, F. P. y Anastasiades, P. (1991). Selective information processing in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 415-422.
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.; Doll, H. A.; Norman, P. y O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.; Doll, H. A. y Welch, S. K. (1999). Risk factors for anorexia

- nervosa. three integrated case-control comparison. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G.; Cowen, P. J. y Harrinson, P. J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *international Journal of Eating Disorders*, 26, 349-358.
- Fairburn, C. G.; Doll, H. A.; Welch, S. L.; Hay, P. J.; Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432
- Fairburn, C. G. y Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.
- Fairburn, C. G. y Garner, D. M. (1988). Diagnostic criteria for anorexia nervosa and bulimia nervosa: The importance of attitudes to shape and weight. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Brunner/Mazel.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G. y Hay, P. J. (1992). The treatment of bulimia nervosa. *Annals of Medicine*, 24, 297-302.
- Fairburn, C. G.; Jones, R.; Peveler, R. C.; Carr, S. J.; Solomon, R. A.; O'Connor, M. E.; Burton, J. y Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C. G.; Jones, R.; Peveler, R. C.; Hope, R. A. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C. G.; Kirk, J.; O'Connor, M.; Anastasiades, P. y Cooper, P. J. (1987). Prognostic factors in bulimia nervosa. *Bristish Journal of Clinical Psychology*, 26, 223-224.
- Fairburn, C. G.; Kirk, J.; O'Connor, M. y Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.
- Fairburn, C. G.; Marcus, M. D. y Wilson, G. T. (1993). En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.). *Binge eating : nature, assessment and treatment*. New York. The Guilford Press.
- Fairburn, C. G.; Norman, P. A.; Welch, S. L.; O'Connor, M. E.; Doll, H. A. y Peveler, R. C. (1995). A prospective study outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fairburn, C. G.; Peveler, R. C.; Jones, R.; Hope, R. A. y Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- Fairburn, C. G.; Peveler, R. C.; Solomon, R. A.; O'Connor M. E. y Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 462-469.
- Fairburn, C. G.; Stice, E.; Cooper, Z., et al. (in press). Understanding persistence in bulimia nervosa: a five-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Fairburn, C. G.; Welch, S. L.; Doll, H. A.; Davies, B. A. y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fairburn, C. G. y Wilson, G. T. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fallon, L.; Walsh, B.; Sadik, C.; Sauod, I. y Lukasik, V. (1991). Outcome and clinical course in patient bulimic women. A 2-4 year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 272-278.
- Fernández-Aranda, F. y Turón-Gil, V. (1998). *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson.
- Faul, F. y Erdfelder, E. (1992). *GPOWER: a priori-post hoc- and compromise power analysis for MS-DOS (computer program)*. Bonn, Germany: Bonn University.

- Feighner, J. P.; Robins, E.; Guze, S. B.; Woodruff, R.; Wnokur, G. y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Ferguson, B. B. (2006). Bulimia and binge-eating disorder and their relationship to family characteristics, attachment, depresión and self-esteem. *Dissertation Abstracts International: section B. The Sciences and Engineering*, 66 (9-B).
- Fernández, F.; Dahme, B. y Meerman, R. (1999). Body image in eating disorders and análisis of its relevante: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 419-428.
- Fernández, F.; García, I.; Badía, M.; Viñuales, M.; Turón, V. y Vallejo, J. (1999). Factores predictores de mejoría en bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 26, 123.
- Fernández, F.; Jiménez, S.; Álvarez, E. M.; Granero, R.; Vallejo, J y Bulik, C. M. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 482-488.
- Fernández, F.; Probst, M.; Meerman, R. y Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 307-310.
- Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia nerviosa*. Masson. Barcelona.
- Fettes, P. S. y Petes, J. M. (1992). A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 97-110.
- Fichter, M. M. y Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384.
- Fichter, M. M. y Quadfleig, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.
- Finney, J. Moos, R. y Mewborn, R. (1980). Post-treatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 17-29.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: no evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Freeman, C. P. L.; Barry, F.; Dunkeld-Turnbull, J. y Henderson, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 296, 521-525.
- Freeman, C. P. L. y Munro, J. K. M. (1988). Drug and group treatments for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 647-665.
- Freeman, R. J. Beach, B.; Davis, R. y Solomon, L. (1985). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 349-353.
- Freeman, R. J.; Thomas, C. D.; Solyom, L. y Koopman, R. F. (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 439-456.
- Garfinkel, P. E.; Goldbloom, D.; Davis, R.; Olmsted, M. P.; Garner, D. M. y Halmi, K. A. (1992). Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 218-229.
- Garfinkel, P. E.; Lin, E.; Goering, P.; Spegg, C.; Goldbloom, D. S.; Kennedy, S.; Kaplan, A. S. y Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2. Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1995). Bulimia nervosa. En C. Last y M. Hersen (Eds.), *Adult Behavior Therapy Casebook*. New York: Plenum Press.
- Garner, D. M. y Bernis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

- Garner, D. M., Fairburn, C. G. y Davis, R. (1987). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A critical appraisal. *Behavior Modification, 11*, 398-431.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry Medicine, 11*, 263-284.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P. E. (Eds.). (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia nervosa*. Nueva York: Guildford Press.
- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. y Bemis, K. M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *Internacional Journal of Eating Disorders, 1*, 3-46.
- Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. y Moldofsky, H. (1978). Perceptual experiences in anorexia nervosa and obesity. *Canadian Psychiatric Association Journal, 23*, 249-260.
- Garner, D. M. y Garner, M. V. (2001). Treatment of eating disorders in adolescents: research and recommendations. En C. E. Walker y M. C. Roberts. (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*. John Wiley and sons.
- Garner, D. M.; Garner, M. V. y Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 171-185.
- Garner, D. M. y Moncrieff, C. (1988). Body image in anorexics as a non-sensory phenomenon: A signal detection approach. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 101-107.
- Garner, D. M.; Olmsted, M. P.; Davis, R.; Rockert, W.; Goldbloom, D. y Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 1-15.
- Garner, D. M.; Olmsted, M. P.; Polivy, J. y Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight pre-occupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 46*, 255-266.
- Garner, D. M.; Rockert, W.; Davis, R.; Garner, M. V.; Olmsted, M. P. y Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 150*, 37-46.
- Garner, D. M.; Shafer, C. L. y Rosen, L. W. (1992). Critical appraisal of the DSM-III-R diagnostic criteria for eating disorders. En S. R. Hooper, G., W. Hynd, y R. E. Mattinson (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Garner, P. E. (1992). Evidence in support of attitudes to shape and weight as a diagnostic criterion of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 321-325.
- Geist, R.; Davis, R. y Heinman, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 507-512.
- Geller, J.; Johnston, C.; Madsen, K.; Goldner, E. M.; Remick, R. A. y Birmingham, C. L. (1998). Shape and weight-based self-esteem and the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 24*, 285-298.
- Ghaderi, A. (2006). Attrition and outcome in self-help treatment for bulimia nervosa and binge eating disorder: a constructive replication. *Eating Behaviors, 7*, 300-308.
- Ghaderi, A. y Andersson, G. (1999). Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa: investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 28*, 79-87.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 122-130.
- Ghazal, N.; Agoub, M.; Moussaoni, D. y Battas, O. (2001). Prevalence of bulimia among secondary students in Casablanca. *Encephale, 27*, 338-342.
- Gila, A.; Castro, J.; Gómez, M. J. y Toro, J. (2005). Autoestima social y corporal en sujetos con trastornos de la alimentación. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 5*, 63- 71.

- Giles, T. R., Young, R. R. y Young, D. E. (1985). Behavioural treatment of severe bulimia. *Behavior Therapy*, 16, 393-405.
- Gleaves, D. H.; Lowe, M. R.; Snow, A. C.; Green, B. A. y Murphy-Eberenz, K. P. (2000). Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: a taxometric investigation. *Journal Abnormal Psychology*, 109, 56-68.
- Gleaves, D. H.; Williamson, D. A. y Barker, S. E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 173-176.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F. y Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 253-270.
- Goebel, A. E.; Scheibe, K. E.; Grahling, S. C. y Striegel-Moore, R. H. (1995). Disordered eating in female alcohol dependent inpatients: prevalence and associated psychopathology. *Eating Disorders. Journal of Treatment and Prevention*, 3, 37-46.
- Goldbloom, D. S. y Olmsted, M. P. (1993). Pharmacotherapy of bulimia nervosa with fluoxetine: Assessment of clinically significant attitudinal change. *American Journal of Psychiatry*, 150, 770-774.
- Goldbloom, D. S.; Olmsted, M. P.; Davis, R.; Clewes, J.; Heinmaa, M.; Rockert, W. y Shaw, B. (1997). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa: short-term outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 803-811.
- Gowers, S.; Norton, K.; Halek, C. y Crisp, A. H. (1994). Outcome of out-patient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177.
- Graber, J. A.; Brooks-Gunn, J.; Paikoff, R. L. y Warren, M. P. (1994). Prediction of eating problems: an 8-year study of adolescents girls. *Development Psychology*, 30, 823-834.
- Grace, P. S.; Jacobson, R. S. y Fullagher, C. J. (1985). A pilot comparison of purging and non-purging bulimics. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 173-180.
- Green, M. W.; Ellimna, N. A.; Rogers, P. J. y Welch, D. A. (1997). Impaired colour naming of food and shape words: Weight phobia or distinct affective state?. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 77-82.
- Green, R. S. y Rau, J. H. (1974). Treatment of compulsive eating disturbances with anticonvulsant medication. *American Journal of Psychiatry*, 131, 428-432.
- Griffiths, M. (1990). The cognitive psychology of gambling. *Journal of Gambling studies*, 6, 31-42.
- Grilo, C. M.; Devlin, M. J.; Cachelin, F. M. y Yanovski, S. Z. (1997). Report of the National Institutes of Health workshop on the development of research priorities in eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 321-333.
- Grilo, C. M.; Lozano, C. y Elder, K. A. (2005). Inter-rater and test-retest reliability of the spanish language versión of the Eating Disorder Examination: clinica and research implications. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 231-240.
- Grilo, C. M.; Sanislow, C. A.; Shea, M. T.; Skodol, A. E.; Stout, R. L.; Pagano, M. E.; Yen, S. y McGlashan, T. H. (2003). The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *International journal of Eating Disorders*, 34, 319-330.
- Grilo, C.M.; Sanislow, C. A.; Skodol, A. E.; Gunderson, J. G.; Stout, R. L.; Shea, M.T.; Zanarini, M. C.; Bener, D. S.; Morey, L. C.; Dyck, I. R. y McGalshan, T. H. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders?. Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 155-164.
- Gross, J. y Rosen, J. C. (1988). Bulimia in adolescents: prevalences and psychosocial correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 51-61.
- Gual, P.; Pérez-Gaspar, M.; Martínez-Gonzalez, M. A.; Lahortiga, F.; de Irala-Estevez, J. y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-

- based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 261-273.
- Hadigan, C. M.; Walsh, T. B.; Devlin, M. J. y LaChaussee, J. L. (1992). Behavioral assessment of satiety in bulimia nervosa. *Appetite*, 18, 233-241.
- Halmi, K. A. (1983). Treatment of anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 47-50.
- Halmi, K. A.; Eckert, E.; Marchi, P.; Sampugnaro, V.; Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Halmi, K. A.; Kleifield, E. I.; Braun, D. L. y Sunday, S. R. (1999). Personality correlates of eating disorder subtypes. En C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hartmann, A., Herzog, T. y Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of bulimia nervosa. What is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 159-167.
- Haudek, C.; Rorty, M. y Henker, B. (1999). The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American Caucasian college woman. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 425-433.
- Hawkins, R. C. y Clement, P. F. (1980). Bulimics with and without prior anorexia nervosa: A comparison of personality characteristics. Paper presented at the Annual Convention of the Rocky Mountain Psychological Association.
- Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shapes of body image: the role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage Family*, 62, 212-227.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviours: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.
- Hay, P. J.; Fairburn, C. G. y Doll, H. A. (1996). The classification of bulimic eating disorders: A community-based cluster analysis study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-344.
- Heatherton, T. F.; Nichols, P.; Mahamedi, F. y Keel, P. (1995). Body weight, dieting and disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1629.
- Heatherton, T. F. y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En J. H. Crowther, S. E. Hobfall, y M. A. P. Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Washington, DC: Hemisphere.
- Hebebrand, J.; Himmelman, G.; Herzog, W.; Herpertz-Dahlmann, B. M.; Steinhausen, H. C.; Amstein, M.; Seidel, R.; Deter, C.; Remschmidt, H. y Schafer, H. (1997). Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *American Journal of Psychiatry*, 154, 566-569.
- Hecht, H.; Fitcher, M. M. y Postpeschil, F. (1983). Obsessive-compulsive neuroses and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 69-77.
- Herman, C. P. y Polivy, J. (1996). What does abnormal eating tell us about normal eating?. En H. Meiselman y H. MacFie (Eds.), *Food Choice, Acceptance, and Consumption*. London: Blackie Acad, Prof.
- Herpertz-Dahlmann, B.; Wewetzer, C.; Hennig-Hausen, K. y Remschmidt, H. (1996). Outcome psychosocial functioning, and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa as determined by prospective follow-up assessment. *Journal of Youth Adolescence*, 25, 455-471.
- Herzog, D. B.; Dorer, D. J.; Keel, P. K.; Selwyn, S. E.; Ekeblad, E. R.; Flores, A. T.; Greenwood, D. N.; Burwell, R. A. y Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5 year follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 829-837.
- Herzog, D. B.; Greenwood, D. N.; Dorer, D. J.; Flores, A. I.; Ekeblad, E. R.; Richards, A.; Blais, M. A. y Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 20-26.
- Herzog, D. B.; Hopkins, J. D. y Burns, C. D. (1993). A follow-up study of 33

- subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 261-267.
- Herzog, D. B.; Keller, M. B. y Lavori, P. W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 131-143.
- Herzog, D. B.; Keller, M. B.; Lavori, P. W.; Kenny, G. M. y Sacks, N. R. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.
- Herzog, D. B.; Keller, M. B.; Lavori, P. W. y Ott, I. L. (1988). Short term prospective study of recovery in bulimia. *Psychiatry Research*, 23, 45-55.
- Herzog, D. B.; Keller, M. B.; Sacks, N. R.; Yeh, C. J. y Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-817.
- Herzog, D. B.; Keller, M. B.; Sacks, N. R.; Yeh, C. J. y Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Herzog, D. B.; Keller, M.; Strober, M. Yeh, C. y Pai, S. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Herzog, D. B.; Sacks, N. R.; Keller, M. B.; Lavori, P. W.; von Ranson, K. B. y Gray, H. M. (1993). Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 835-842.
- Hewitt, P. L.; Flett, G. L. y Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.
- Hill, A. J. y Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Hoek, H. W. (2002). Distribution of eating disorders. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and obesity*. New York: Guilford Press.
- Hoek, H. W.; Bertelds, A. I. M.; Bosveld, J. J. F.; van der Graaf, Y.; Limpens, V. E. L.; Maiwald, M. y Spaaij, C. J. K. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278.
- Hoek, H. W., van Harten, P. N., van Hoeken, D. y Susser, E. (1998). Lack of relation between culture and anorexia nervosa: results of an incidence study on Curacao. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1231-1232.
- Hoek, H. W. y van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hoek, H. W.; van Hoeken, D. y Katzman, M. A. (1993). Epidemiology and cultural aspects of eating disorders: A review. En M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor y N. Sartorius (Eds.), *Eating disorders*. Chichester: Wiley.
- Holderness, C.; Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1994). Comorbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 1-35.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 681-701.
- Hsu, L. K. G.; Chesler, B. E. y Santhouse, R. (1990). Bulimia nervosa in eleven sets of twins: a clinical report. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 275-282.
- Hsu, L. K. G. y Holder, D. (1986). Bulimia nervosa; Treatment and short-term outcome. *Psychological Medicine*, 16, 65-70.
- Hsu, L. K. y Sobkiewicz, T. A. (1989). Bulimia nervosa: a tour to six year follow-up. *Psychological Medicine*, 19, 1035-1038.

- Hsu, L. K. G. y Sobkiewicz, T. A. (1991). Body image disturbances: time to abandon the concept for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 341-350.
- Hudson, J. L.; Pope, H. G.; Jonas, J. M. y Yurgelun-Todd, D. (1983). Phenomenological relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Research*, 9, 345-354.
- Hudson, J. L.; Pope, H. G.; Jonas, J. M.; Yurgelun-Todd y Frankenburg, F. R. (1987). A controlled family history study of bulimia. *Psychological Medicine*, 17, 883-890.
- Hughes, P. L., Wells, L. A., Cunningham, C. J. y Ilstrup, D. M. (1986). Treating bulimia nervosa with desipramine: a double blind, placebo controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 182-186.
- Huon, G. F.; Mingyi, Q.; Oliver, K. y Xiao, G. (2002). A large-scale survey of eating disorders symptomatology among female adolescents in the people's republic of China. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 192-205.
- Jacobi, C. (2000). Self-concept disturbances in patients with eating disorders. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 75-96.
- Jacobi, C.; Paul, T.; de Zwaan, M.; Nutzinger, D. O. y Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 204-210.
- Jacobson, N. S.; Roberts, L. J.; Berns, S. B. y McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jarman, M. y Walsh, S. (1999). Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: integrating lessons learned from research and clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 19, 773-788.
- Johnson, C. y Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44, 341-351.
- Johnson, C.; Tobin, D. L. y Dennis, A. B. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-628.
- Johnson, C.; Tobin, D. L. y Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9-15.
- Johnson, W. G.; Boutelle, K. N.; Torgrud, L.; Davig, J. P. y Turner, S. (2000). What is a binge?. The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 471-479.
- Johnson, W. G.; Corrigan, S. A. y Mayo, L. L. (1987). Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 373-388.
- Johnson, W. G.; Tsoh, J. Y. y Varnado, P. J. (1996). Eating disorders: efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 16, 457-478.
- Joiner, T. E., Jr.; Heatherton, T. F.; Rudd, M. D. y Schmidt, N. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a disthesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 196, 145-153.
- Jones, I. M.; Halford, W. K. y Dooley, R. T. (1993). Long term outcome of anorexia nervosa. *Behavior Change*, 10, 93-102.
- Jones, R.; Peveler, R. C.; Hope, R. A. y Fairburn, C. G. (1993). Changes during treatment of bulimia nervosa: a comparison of three psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 479-485.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1989). LISREL 7: A guide to the progress and application, SPSS Inc. Chicago II.
- Kasvikis, Y. G.; Tsakiris, F.; Marks, I. M.; Basogul, M. y Noshirvani, H. F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1069-1076.
- Kaye, W. H.; Bastiani, A. M. y Moss, H. (1995). Cognitive style of patients with anorexia

- nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 287-290
- Kaye, W. H.; Kapla, A. S. y Zucker, M. L. (1996). Treating eating-disorder patients in a manager care environment: Contemporary American sigues and a Canadian response. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 793-810.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Keck, P. E. Jr; Pope, H. G. Jr; Hudson, J. L.; McElroy, S. L.; Yurgelun, Todd D. y Hundert, E. M. (1990). A controlled study of phenomenology and family history in outpatients with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 275-283.
- Keel, P. K. y Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Keel, P. K.; Mitchell, J. E.; Miller, K. B.; Davis, T. L. y Crow, S. J. (1998). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Kell, P.; Mitchell, J. E.; Miller, K. B.; Davis, T. L. y Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Keller, M. B.; Herzog, D. B.; Lavori, P. W.; Bradburn, I. S. y Mahoney, E. M. (1992). The naturalistic history of bulimia nervosa: extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychological morbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 1-10.
- Kendler, K. S.; MacLean, C.; Neale, M.; Kessler, R.; Heath, A. y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Kennedy, S. H.; McVey, G. y Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 259-269.
- Kerr, J. K., Skok, R. L. y McLaughlin, T. F. (1991). Characteristics common to females who exhibit anorexia or bulimic behavior: A review of current literature. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 846-853.
- Killen, J. D.; Barr-Taylor, C.; Hayward, C.; Wilson, D. M.; Haydel, K. F.; Hammer, L. D.; Simmonds, B.; Robinson, T. N.; Litt, I.; Varady, A. y Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Killen, J. D.; Taylor, C. B.; Hayward, C.; Haydel, K. F.; Wilson, D. M.; Hammer, L.; Kraemer, H.; Blair, G. A. y Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- King, M. B. (1989). Eating disorders in a general practice population: Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychological Medicine*, 14, 1-34.
- Kinzl, J. F.; Traweger, C.; Trefalt, E.; Mangweth, B. y Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.
- Kirkley, B.; Schneider, J. Agras, W. S. y Bachman, J. (1985). Comparison of two group treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 43-48.
- Kleifield, E. J., Wagner y Halmi (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 715-734.
-
- Klerman, G. L.; Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Klump, K. L.; Miller, K. B.; Keel, P. K.; McGue, M. y Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin samples. *Psychological Medicine*, 15, 737-740.
- Klump, K.; McGue, M. y Iacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent females twins. *Journal Abnormal Psychology*, 109, 239-251.

- Kortegaard, L. S.; Hoerder, K.; Joergensen, J.; Gilberg, C. y Kyvik, K. O. (2001). A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. *Psychological Medicine*, 31, 361-365.
- Kulbartz-Klatt, Y. J.; Florin, I. y Pook, M. (1999). Bulimia nervosa: mood changes do have an impact on body width estimation. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 279-287.
- Labrador, J., Echaburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Ed. Dykinson.
- Lacey, J. H. (1983). Bulimia nervosa, binge eating and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and long term outcome. *British Medical Journal*, 286, 1609-1613.
- Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 163, 190-194.
- Laessle, R. G.; Kittl, S.; Fitcher, M. M.; Wittchen, H. U. y Pirke, K. M. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. A descriptive diagnostic study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789.
- Laessle, R. G.; Zoetl, C. y Prike, K. (1987). Meta-analysis of treatment studies of bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 647-653.
- Lameiras, M. y Failde, J. M. (2000). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: del tratamiento a la prevención*. Santiago: Tórculo Ediciones.
- Las Hayas, C.; Quintana, J. M.; Padierna, A.; Muñoz, P.; Urresti, B. y Madrazo, A. (2002). Revisión de la literatura sobre medidas psicométricas para personas con un trastorno de la alimentación. *Clínica y Salud*, 14, 221-243.
- Lask, B. y Bryant-Waught, R. (1993). *Childhood onset of anorexia nervosa and related eating disorders*. Hove, UK: Erlbaum.
- Laessle, R. G.; Kittl, S.; Fichter, M. M.; Wittchen, H. U. y Pirke, K. M. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. A descriptive diagnostic study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789.
- Ledoux, S.; Choquet, M. y Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescents in an unselected french population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 81-89.
- Lee, N. F. y Rush, A. J. (1986). Cognitive-behavioral group therapy for bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 599-615.
- Leitenberg, H.; Gross, J.; Peterson, J. y Rosen, J. C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Therapy*, 15, 1-20.
- Leitenberg, H.; Rosen, J. C.; Gross, J.; Nudelman, S. y Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 535-541.
- Leitenberg, H.; Rosen, J. L.; Wolf, J.; Vara, L. S.; Detzer, M. J. y Srebnik, D. (1994). Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 37-45.
- Lejarriaga, A. E. (2001). *El sueño de Iris*. Editorial TAU.
- Leon, G. R.; Keel, P. K.; Klump, K. L. y Fulkerson, J. A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacological Bulletin*, 33, 405-411.
- Levin, A. P. y Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 47-53.
- Levine, M. P.; Smolak, L.; Moodey, A. F.; Shuman, M. D. y Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.
- Levy, A. b.; Dixon, K. N. y Stern, S. L. (1989). How are depression and bulimia related?. *American Journal of Psychiatry*, 146, 162-169.
- Lewandowski, L. M.M Gebing, T. A.; Anthony, J. L. y O'Brien, W.H. (1997). Meta-analysis of cognitive behavioural treatment studies

- for bulimia. *Journal of Clinical Psychology Review*, 17, 708-718.
- Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R.; Moerk, K. C. y Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Lewinsohn, P.; Striegel-Moore, R. H. y Seele, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.
- Loeb, K.; Walsh, T. H.; Pike, K. M. y Wilson, G. T. (1992). Assessment of diagnostic features in bulimia nervosa: interview versus self-report format. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 75-81.
- Long, C. G.; Hinton, C. y Gillespie, N. K. (1994). Selective processing of food and body size words: Application of the Stroop test with obese restrained eaters, anorexics, and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 279-283.
- López, J (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Lovell, D. M. y Williams, J. M. G. (1997). Selective processing of shape-related words in women with eating disorders, and those who have recovered. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 421-432.
- Lucas, A. R.; Beard, C. M.; O'Fallon, W. M. y Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Lucas, A. R.; Crowson, C. S.; O'Fallon, W. M. y Melton, L. J., 3rd (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 397-405.
- Luka, L. P.; Agras, W. S. y Schneider, J. A. (1986). Thirty month follow-up of cognitive behavioral group therapy for bulimia nervosa (letter). *British Journal of Psychiatry*, 148, 614-615.
- Luna, J.; Requena, F.; Femia, P.; Martín, A. y Miranda, M. T. (2005). *Introducción al manejo del programa SPSS 12.0*.
- Lundgren, J. D., Danoff, B. S. y Anderson, D. A. (2003). Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 262-274.
- Lunner, K.; Wertheim, E. H.; Thompson, J. K. y Paxton, S. J. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 430-435.
- MacKenzie, S. J.; Williamson, D. A. y Cubic, B. A. (1993). Stable and reactive body image disturbances in bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 24, 195-207.
- Mangweth, B.; Rupp, C. I.; Hausmann, A.; Assmayr, K.; Mariacher, E.; Kemmler, G.; Whitworth, A. B. y Biebl, W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 583-586.
- Marcus, M. D.; Smith, D. E.; Santelli, R. y Kaye, W. (1992). Characterization of eating disordered behaviour in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 69-77.
- Marcus, M. D.; Wing, R. R.; Ewing, L.; Kern, E. y McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 69-77.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- Matthews, A. M. y MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 553-560.
- McCann, U. D. y Agras, W. S. (1990). Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1509-1513.
- McCann, U. D.; Rossiter, E. M.; King, R. J. y Agras, W. S. (1991). Nonpurging bulimia:

- A distinct subtype of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 679-689.
- McKisack, C. y Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 1-13.
- Mitchell, J. E. (1991). A review of controlled trails of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (Suppl.), 23-31.
- Mitchell, J. E. (1992). Subtyping bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 327-332.
- Mitchell, J. E. y de Zwaan, J. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, evaluation and treatment*. The Guilford Press.
- Mitchell, J. E., Halmi, K., Wilson, G.T., Agras, W. S., Kraemer, H. y Crow, S. (2002). A randomised secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 271-281.
- Mitchell, J. E.; Hatsukami, D.; Eckert, E. D. y Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 482-485.
- Mitchell, J. E., Hoberman, H. N., Peterson, C. B. y Mussell, M. et al (1996). Research on the psychotherapy of bulimia nervosa: half empty or half full. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 219-229
- Mitchell, J. E.; Pyle, R.; Eckert, E. D.; Hatsukami, D. y Soll, E. (1990). The influence or prior alcohol and drug abuse problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 15, 169-173.
- Mitchell, J. E.; Pyle, R. L.; Hatsukami, D.; Goff, G. y Harper, J (1989). A 2 to 5 year follow-up study of patients treated for bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 157-165.
- Mitchell, J. E.; Raymond, N. y Specker, S. (1993). A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 229-247.
- Mond, J.; Hay, P. J.; Rodgers, B.; Owen, C. y Mitchell, J. (2006). Correlates of the use of purging and non-purging methods of weight control in a community sample of women. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 40, 136-142.
- Morandé. G. (1990). Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En A. I. Romero y A. Fernández. *Salud mental. Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA.
- Morandé, G. y Casas, J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes (1997). Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2:3, 243-260.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. J. (1999) Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 215-219.
- Narash, E. O., Dierberger, A. y Westen, D. (2002). A multidimensional meta-analysis of pharmacotherapy for bulimia nervosa: summarizing the range of outcomes in controlled clinical trials. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 193-211.
- Nevonen, L. y Broberg, A. G. (2006). A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 117-127.
- Niego, S. H.; Prall, E. M. y Agras, W. S. (1997). Subjective or objective binge: is the distinction valid?. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 291-298.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinical of North America*, 24, 201-214.
- Nielsen, S.; Moller-Madsen, S., Isager, T. et al. (1998). Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 413-434.
- Nobakht, M. y Dezhlam, H. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-271.
- Norman, D.; Blais, M. A. y Herzog, D. (1993). Personality characteristics of eating-

- disordered patients as identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Disorders*, 7, 1-9.
- Norré, J. y Vandereyken, W. (1990). *The limits of outpatient treatment for bulimic disorders*. Paper presented at the 4th International Conference on Eating Disorders, New York, NY.
- Norring, C. (1989). *Psychological diagnosis and prognosis in eating disorders: Ego functioning and the Eating Disorders Inventory*. Tesis Doctoral. Uppsala University, Department of Psychiatry). Uppsala, Sweden: Reprocentralen, HSC.
- Norring, C. E. A. y Sohlberg, S. S. (1993). Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 437-444.
- O'Brien, K.M y Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and casual relationships. *Clinical Psychology Review*, 23, 57-74.
- Ogden, J. y Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 78-83.
- Olmsted, M. P.; Davis, R.; Rockert, W.; Irvine, M. J.; Eagle, M. y Garner, D. M. (1991). Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research Therapy*, 29, 71-83.
- Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M. y Montalbán, V. (2001). Adaptación española de la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *Spanish The European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155
- Ordman, A. M. y Kirschenbaum, D. S. (1985). Cognitive-behavioral therapy for bulimia: An initial outcome study. *Journal of Consultin and Clinical Psychology*, 53, 305-313.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). SPSS 11. Guía para el análisis de datos. McGraw Hill.
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 38, 947-951.
- Patton, G. C. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Peláez, M. A. (2003). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pérez-Gaspar, M.; Gual, P.; De Irala-Estévez, J.; Martínez Gonzáles, M. A.; Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica (Barc)*, 114, 481-486.
- Perpiñá, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios (pp. 675-699). En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid. Siglo veintiuno editores.
- Perrin, L. (1995). *Interpretation of ambiguous body-related stimuli in the eating disorders*. Unpublished doctoral dissertation, Louisiana State University, Baton Rouge.
- Peterson, C. B. y Mitchell, J. E. (1999). Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: a review of research findings. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 685-697.
- Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18, 447-475.
- Pike, K. M.; Dohm, F. A.; Striegel-Moore, R. H.; Wilfley, D. D. y Fairburn, C. G. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1455-1460.
- Pinto, J. A. y Carbajal, A. (2003). *La dieta equilibrada, prudente o saludable*. Instituto de Salud Pública y Consejería de Sanidad.
- Piran, N.; Kennedy, S.; Garfinkel, P. E. y Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 173, 395-400.

- Piran, N.; Lerner, P.; Garfinkel, P. E. ; Kennedy, S. H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.
- Polivy, J.; Heatherton, T. F. y Herman, C. P. (1988). Self-esteem, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356.
- Polivy, J y Herman, C. P. (1987). The diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Prather, R. C. y Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 177-184.
- Probst, M.; Vandereycken, W. y Van Coppenolle, H. (1997). Body-size estimation in eating disorders using video distortion on a life-size screen. *Psychotherapy Psychosomatic*, 66, 87-91.
- Pyle, R. L; Mitchell, J. E. y Eckert, E. D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64.
- Raich, R.; Mora, M.; Soler, A.; Avila, C.; Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptation of a body dissatisfaction assessment instrument. *Clinica y Salud*, 7, 51-66.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 819-829.
- Rastam, M.; Gillberg, C. y Gillberg, I. C. (1996). A six-year follow-up study of anorexia nervosa subjects with teenage onset. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 439-453.
- Ratnasuriya, R. H.; Eisler, I.; Szmukler, G. I. y Russell, G. F. M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognosis factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 495-502.
- Reas, D. L.; Williamson, D. A.; Martin, C. K. y Zucker, N. L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Rice, C. y Faulkner, J. (1992). Support and self-help groups. En H. Harper-Giuffre y K. R. MacKenzie (Eds.), *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rock, C. L. y Curran, C. J. (1996). Nutritional management of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 701-713.
- Rodriguez, J.; Pastor, M. A.; López, S.; García, J. y Sánchez, A. (1989). Efectos psicosociales de la ostomía. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 25-62.
- Royo (1999). *IV Congreso Nacional de Psiquiatría*. Oviedo.
- Rosen, J. C. (1990). Body image disturbance in eating disorders. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds) *Body images. Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: definition, development and contribution to eating disorders. En J. LL. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfall y M. A. P. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia. The individual and familial context*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J. C. (1995). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 331-343.
- Rosen, J. C. (1995). The natura of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J. C.; Cado, S.; Silberg, N.T.; Srebnik, D. y Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women wiht body image disturbances. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J. C. y Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Therapy*, 13, 117-124.

- Rosen, J. C. y Leitenberg, H. (1985). *Exposure plus response prevention treatment of bulimia*.
- Rosen, J. C.; Leitenberg, H.; Eisler, C. y Khazam, C. (1986). Binge-eating episodes in bulimia nervosa. the amount and type of food consumed. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 235-257.
- Rosen, J. C. y Ramírez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychologic adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 441-449.
- Rosen, J. C.; Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behavior Research and Therapy*, 33, 77-84.
- Rosen, J. C.; Srebnik, D.; Saltzberg, E. y Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Questionnaire. *Psychological Assessment*, 18, 341-343.
- Rosen, J. C.; Vara, L.; Wendt, S. y Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 519-528.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton. NJ: Princenton University Press.
- Rossiter, E. M. y Agras, W. S. (1990). An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 513-518.
- Rossiter, E. M.; Agras, W. S.; Losch, M. y Telch, C. F. (1988). Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral of pharmacological treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 495-498.
- Rossiter, E. M.; Agras, W. S.; Telch, C. F. y Schneider, J. A. (1993). Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 349-358.
- Rosval, L.; Steiger, H.; Bruce, K.; Israel, M.; Richardson, J. y Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: problem of response, inhibition, planning, or attention?. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 590-593.
- Rubenstein, J. H.; Pigott, T. A.; Altemus, M.; L'Heureux, F.; Gray, J. J. y Murphy, D. L. (1993). High rates of comorbid OCD in patients with bulimia nervosa. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 1, 147-155.
- Ruiz, P. M. (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza* (tesis doctoral). Universidad de Zaragoza.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Saldaña, C. (1994). Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentarios. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Saldaña, C.; Arbona, I. y Juncadella, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentarios. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.
- Saldaña, C. y Tomás, I. (1998). Ansiedad y trastornos de la alimentación. En E. G. Fernández-Abascal (Ed), *Emociones y Adaptación*. Ariel psicología.
- Saldaña, C., Tomás, I. y Bach, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.
- Sansone, R. A. y Fine, M. A. (1992). Borderline personality as a predictor of outcome in women with eating disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 176-186.
- Santonastasio, P.; Zanetti, T.; Sala, A.; Favaretto, G.; Vidotto, G. y Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: a survey on a sample of 16-year old female students. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 65, 158-162.
- Schlundt, D. G. y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Schmidt, N. B. y Telch, M. J. (1990). Prevalence of personality disorders among bulimics,

- nonbulimic binge eaters and normal controls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 169-185.
- Schmidt, U.; Tiller, J. y Treasure, J. (1993). Self-treatment of bulimia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 273-277.
- Schotte, D. E.; McNally, R. J. y Turner, M. L. (1990). A dichotic listening analysis of body weight concerns in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 109-113.
- Schwalberg, M. D.; Barlow, D. H.; Alger, S. A. y Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-681.
- Sebastian, S. B.; Williamson, D. A. y Blouin, D. C. (1996). Memory bias for fatness stimuli in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 275-286.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shearin, E. N.; Russ, M. J.; Hull, J. W.; Clarkin, J. F. y Smith, G. P. (1994). Construct validity of the Three-Factor Eating Questionnaire: flexible and rigid control subscales. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 187-198.
- Shoebridge, P. J. y Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa: a case-control study to investigate direction of causality. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 132-137.
- Simpson, S.; Bell, L.; Britton, P.; Mitchell, D.; Morrow, E. Johnston, A. L. y Brebner, J. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, 226-241.
- Slade, P. D. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.
- Smeets, M. y Panhuysen, G. (1995). What can be learned from body size estimation? It all depends on your theory. *Eating Disorders*, 3, 101-114.
- Smith, D. E.; Marcus, M. D. y Eldredge, K. L. (1994). Binge eating syndromes: a review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 635-658.
- Smith, D. E.; Marcus, M. D. y Kaye, W. (1992). Cognitive-behavioral treatment of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 257-262.
- Smith, D. E.; Marcus, M. D.; Levis, C. E.; Fitzgibbon, M. y Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 227-232.
- Smolak, L. y Striegel-Moore, R. H. (2001). Challenging the myth of the golden girl: Ethnicity and eating disorders. En R. H. Striegel-Moore y L. Smolak (Eds.). *Eating disorders: Innovate directions for research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sohlberg, S.; Norring, C.; Holmgren, S. y Rosemark, B. (1989). Impulsivity and long term prognosis of psychiatric patients with anorexia/bulimia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 249-258.
- Soundy, T. J.; Lucas, A. R.; Suman, V. J. y Melton, L. J., 3rd (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25, 1065-1071.
- Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. R., y Lushene, R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L.; Devlin, M. J.; Walsh, B. T.; Hasin, D.; Wing, R. R.; Marcus, M.; Stunkard, A. J.; Wadden, T. A.; Yanovski, S. Z. y Agras, W. S. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 191-203.
- Spitzer, R. L.; Yanovski, S.; Wadden, T.; Wing, R.; Marcus, M. D.; Stunkard, A.; Devlin, M.; Mitchell, J.; Hasin, D. y Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.

- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford, W, L., y Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 209-214.
- Steere, J.; Butler, G. y Cooper, P. J. (1990). The anxiety symptoms of bulimia nervosa: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 293-301.
- Steiger, H.; Liguornik, K.; Chapman, J. y Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of « restricters » and « bingers » to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 501-512.
- Steiger, H.; Thibaudeau, J.; Ghadirian, A. M. y Houle, L. (1992). Psychopathological features in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: isolation of mood-independent differences. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 383-395.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Steinhausen, H. C.; Rauss-Mason, C. y Siedel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454.
- Steinhausen, H. C. y Seidel, R. (1993). Outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 319-323.
- Steinhausen, H. C.; Winkler, C. y Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 147-151.
- Stice, E. (1998). Modeling of pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 931-944.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 1-12.
- Stice, E.; Akuntagawa, D.; Gaggan, A. y Agras, W. S. (2000b). Negative affect model between dieting and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 218-229.
- Stieger, H.; Leung, F.; Thibaudeau, J. y Houle, L. (1993). Prognostic utility of subcomponents of the “borderline personality construct” in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 187-197.
- Strasser, T. J.; Pike, K. M. y Walsh, B. T. (1992). The impact of prior substance abuse of treatment outcome for bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 17, 387-396.
- Striegel-Moore, R. H. y Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S19-S29.
- Striegel-Moore, R. H.; Silberstein, L. R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Striegel-Moore, R. H.; Wilfley, D. E.; Pike, K. M.; Dohm, F. A. y Fairburn, C. G. (2000). Recurrent binge eating in black American women. *Archives of Family Medicine*, 9, 83-87.
- Strieger, H.; Leung, F.; Thibaudeau, J. y Houle, L. (1993). Prognostic utility of subcomponents of the “borderline personality construct” in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 187-197.
- Strober, M.; Lampert, C.; Morrell, W.; Burroughs, J. y Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.
- Stunkard, A. J. (1990). A description of eating disorder in 1093. *American Journal of Psychiatry*, 147, 265-268.
- Stunkard, A. J. (1997). Eating Disorders: The last 25 years. *Appetite*, 29, 181-190.
- Sullivan, P. F.; Bulik, C. M.; Fear, J. L. Y Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 939-946.
- Sullivan, P.; Bulik, C. M. y Kendler, K. S. (1998). The epidemiology and classification of

- bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 599-610.
- Sunday, S. R.; Reeman, I. M.; Eckert, E. y Halmi, K. A. (1996). Ten-year outcome in adolescent onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 533-544.
- Tejero, A.; Guimerá, E. M.; Ferré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica. Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Telch, C. F. y Agras, W. S. (1992). *Cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: Therapist manual*. Unpublished manual, Stanford University, Palo Alto, CA.
- Telch, C. F.; Agras, W. S. y Rossiter, E. M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 115-119.
- Thackwray, D. E.; Smith, M. C.; Bodfish, J. W. y Meyers, A. W. (1993). A comparison of behavioural and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 639-645.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 493-508.
- Theander, S. (1992). Chronicity in anorexia nervosa: Results from the Swedish long-term study. En W. Herzog, H. Deter y W. Vandereyken (Eds.). *The course of eating disorders*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Thiels, C. y Garthe, R. (2000). Prevalence of eating disorders in students. *Der Nervenarzt*, 71, 552-558.
- Thompson, J. K. (1990). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM-IV diagnostic category –body image disorder. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing.
- Thompson, M. A. y Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.
- Thornton, C. y Russell, J. (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.
- Timmerman, M. G.; Wells, L. A. y Chen, S. (1990). Bulimia nervosa and associated alcohol abuse among secondary school students. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 118-122.
- Tobien, D. L. y Griffing, A. S. Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 179-186.
- Tobin, D. L.; Griffing, A. y Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 179-186.
- Tobin, D. L. y Johnson, C. (1991). Multifactorial assessment of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 14-21.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2000). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114, 543-544.
- Toro, J. y Viladerll, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Martínez Roca.
- Treasure, J. (1991). Long-term management of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 3: 43-58.
- Treasure, J.; Schmidt, U.; Troop, N.; Tiller, J.; Todd, G.; Keilen, M. y Dodge, E. (1994). First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *British Medicine Journal*, 308, 686-689.
- Turnbull, S. J.; Schmidt, U.; Troop, N. A.; Tiller, J.; Todd, G. y Treasure, J. L. (1997). Predictors of outcome for two treatments of bulimia nervosa: short and long-term. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 17-22.

- Turnbull, S. ; Ward, A.; Treasure, J.; Jick, H. y Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.
- Tuschen, B. y Bent, H. (1995). Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity* .
- Van der Ham, T.; van der Strien, D. C. y van der Engelan, H. (1998). Personality characteristics predict outcomes of eating disorders in adolescents: a 4 year prospective study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 79-84.
- Van Furth, E. F. (1998). The treatment of anorexia nervosa. En H. W. Hoek, J. L. Treasure y M. A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Nueva York: Wiley.
- Van Itallie, T. . (1985). Health implications of overweight and obesity in the United States. *Annual International Medicine*, 103, 983-988.
- Vant' Hof S. E. (1994) *Anorexia nervosa: the historical and cultural specificity. Fallacious theories and tenacious "facts"*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Vázquez, J., Jiménez, R. Y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22, 247-255.
- Viesselman, J. O. y Roig, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 118-124.
- Viñuales, M.; Fernández-Aranda, F.; Jiménez, S.; Turón, V. y Vallejo, J. (2001). Baja autoestima, restricción alimentaria y variables psicopatológicas en anorexia y bulimia nerviosa. Un estudio de casos y controles. *Psicología Conductual*, 9, 267-278.
- Vitousek, K. (1991). *Current status of cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa*. Paper presented at the 25th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Vize, C. M. y Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorders with depression and normal controls: a comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85.
- Wade, T. D.; Bulik, C. M; Neale, M. y Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 469-471.
- Wade, T.; Tiggemann, M.; Martin, N. y Heath, A. (1997). Characteristics of interview refusers: women who decline to participate in interviews relating to eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 95-99.
- Waller, G. (1997). Dropout and failure to engage in individual outpatient cognitive-behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 35-41.
- Walsh, B. T.; Gladis, M. y Roose, S. P. (1987). A controlled trial of phenelzine in bulimia. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 49-51.
- Walsh, B. T.; Roose, S. P.; Glassman, A. H.; Gladis, M. y Sadik, C. (1985). Bulimia and depression. *Psychosomatic Research*, 47, 123-131.
- Walsh, B.; Wilson, G.; Loeb, K.; Devlin, M.; Pike, K.; Roose, S.; Fleiss, J. y Wateraux, C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 523-531.
- Ward, R.A. (1977). Aging group consciousness. Implication in an older sample. *Sociology and Social Research*, 61, 496-519.
- Weiss, S. R. y Ebert, M. H. (1983). Psychological and behavioral characteristics of normal-weight bulimics and normal-weight controls. *Psychosomatic Medicine*, 45, 293-303.

- Westenhoefer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: is restraint a homogeneous construct?. *Appetite*, 16, 45-55.
- Westenhoefer, J.; Broeckman, P.; Munch, A. K. y Pudel, V. (1994). Cognitive control of eating behaviour and the disinhibition effect. *Appetite*, 23, 27-41.
- Westenhoefer, J.; Stunkard, A. J. y Pudel, V. (1999). Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 53-64.
- Westermeyer, J. y Specker, S. (in press). Social resources and social function in comorbid eating and substance disorders: a matched-pairs study. *American Journal Addictive*.
- Whitehouse, A. M.; Cooper, P. J.; Vize, C. V.; Hill, C. y Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: Hidden and conspicuous morbidity. *British Journal of General Practice*, 42, 57-60.
- Whitehouse, A. M.; Freeman, C. P. L., y Annadale, A. (1988). Body size estimation in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl. 2), 23-26.
- Whittal, M. L.; Agras, W. S. y Gould, R. A. (1999). Bulimia nervosa: a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.
- Wiederman, H. W. y Pryor, T. (1996). Substance use among women with eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 163-168.
- Wilfley, D. E. y Cohen, L. R. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 437-454.
- Wilfley, D. E.; Schwartz, M. B.; Spurrell, E. B. y Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: interview of self-reports? *Behavior Research and Therapy*, 35, 1151-1159.
- Wilfley, D. E.; Schwartz, M. B.; Spurell, E. B. y Faiburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- Willett, W. C.; Dietz, W. H. y Colditz, G. A. (1999). Guidelines for healthy weight. *The New England Journal of Medicine*, 341, 427-434.
- Williamson, D. A. (1996). Body image disturbance in eating disorders: a form of cognitive bias?. *Eating Disorders*, 4, 47-58.
- Williamson, D. A.; Cubic, B. A. y Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 177-180.
- Williamson, D. A.; Davis, C. J.; Duchmann, E. G.; McKenzie, S. M. y Watkins, P. C. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York, Pergamon Press.
- Williamson, D. A.; Gleaves, D. H. y Lawson, O. J. (1991). Biased perception of overeating in bulimia nervosa and compulsive binge eaters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 257-268.
- Williamson, D. A.; Gleaves, D. H. y Savin, S. S. (1992). Empirical classification of eating disorder not otherwise specified: Support for DSM-IV changes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 201-216.
- Williamson, D. A.; Muller, S. L.; Reas, D. L. y Thaw, J. M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment. *Behavior Modification*, 23, 556-577.
- Williamson, D. A.; Prather, R. C.; Goreczny, A. J.; Davis, C. J. y McKenzie, S. J., (1989). En W. G. Johnson (Ed.), *A comprehensive model of bulimia nervosa: Empirical evaluation. Advances in Eating Disorders*. Greenwich, CT, JAI Press.
- Williamson, D. A.; Prather, R. C.; Upton, L.; Davis, C. J.; Ruggiero, L. y Van Buren, D. (1987). Severity of bulimia: relationship with depression and other psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 825-835.
- Williamson, D. A.; Smith, C. F. y Barbin, J. M. (2002). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la alimentación (pp. 195-215). En V. E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los*

- trastornos psicológicos*. Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
- Williamson, J. K.; Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Willmuth, M. E.; Leitenberg, H.; Rosen, J. C. y Cado, S. (1988). A comparison of purging and nonpurging normal weight bulimics. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 825-835.
- Wilson, G. T. (1993). Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating. *Annals of International Medicine*, 119, 727-730.
- Wilson, G. T. (1996). Treatment of bulimia nervosa: when CBT fails. *Behavior Research and Therapy*, 3, 197-212.
- Wilson, G. T. (1998). The clinical utility of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 13-29.
- Wilson, G. T. (1998b). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.
- Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behaviour therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 289-292.
- Wilson, G. T. y Agras, W. S. (2001). Practice guidelines for eating disorders. *Behavior Therapy*, 32, 219-234.
- Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D. y Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behavior Research and Therapy*, 29, 575-583.
- Wilson, G. T. y Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.
- Wilson, G. T. y Fairburn, C. G. (1998). Treatments for eating disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gormans (Eds.). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Wilson, G. T.; Fairburn, C. G. y Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatments for eating disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Wilson, G. T.; Loeb, K. L.; Walsh, B. T.; Labouvie, E.; Petkova, E.; Liu, X. y Waternaux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 451-459.
- Wilson, G. T.; Rossiter, E.; Kleifield, E. I. y Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 277-288.
- Wilson, G. T. y Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the Eating Disorders Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173-179.
- Wilson, G. T. y Vitousek, K. M. (1999). Self-monitoring in the assessment of eating disorders: clinical assessment applications of self-monitoring. *Psychological Assessment*, 11, 480-489.
- Wilson, G. T.; Vitousek, K. M. y Loeb, K. L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 564-572.
- Wilson, G. T. y Walsh, B. T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 362-365.
- Wolf, E. M. y Crowther, J. H. (1992). An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 3-15.
- Wolfe, B. E.; Metzger, E. D.; Levine, J. M. y Jimerson, D. C. (2001). Laboratory screening for electrolyte abnormalities and anemia in bulimia nervosa: a controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 288-293.
- Wonderlich, S. A.; Crosby, R. D.; Ross, D.; Joiner, T.; Peterson, C. B.; Bardon, C.; Klein, M.; Crow, S.; Mitchell, J. E.; le Grange, D.; Steiger, H.; Kolden, G.; Johnson, F. y Vrshek, S. (2005). Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological and genetic correlates. *Psychological Medicine*, 35, 649-657.

- Wonderlich, S. A.; de Zwaan, M.; Mitchell, J. E.; Peterson, C. y Crow, S. (2003). Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S58-S73.
- Wonderlich, S. A.; Fullerton, D.; Swift, W. J. y Klein, M. H. (in press). Five year outcome from eating disorders: The relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Wonderlich, S. A.; Swift, W. J.; Slotnick, H. B. y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Wurtman, R. J. (1987). Nutrients affecting brain composition and behaviour. *Integrative Psychiatry*, 5, 226-257.
- Yager, J.; Anderson, A.; Devlin, M.; Mitchell, J.; Powers, P. y Yates, A. (1993). Practice guidelines for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 208-228.
- Yager, J.; Landsverk, J. y Edelstein, C. K. (1987). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders, I: course and severity. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1172-1177.
- Yanovski, S. Z.; Leet, M. Yanovski, J. A.; Flood, M. Gold, P. W.; Kissileff, H. R. y Walsh, B. T. (1992). Food selection and intake of obese woman with binge-eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975-980.
- Yanovski, S. Z.; Nelson, J. E.; Dubbert, B. K. y Spitzer, R. L. (1992). *Binge eating disorder is associated with psychiatric comorbidity in the obese*. Presented at MIMH Conference on Comorbidity of the eating disorders, Bethesda, MD.
- Yanovski, S. Z. y Sebring, N. G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.
- Yates, A. J. y Sambrailo, F. (1984). Bulimia nervosa: a descriptive and therapeutic study. *Behavior Research and Therapy*, 22, 503-517.
- Zanarini, M. M.; Frankenburg, F. R.; Pope, H. G.; Hudson, J. L.; Yurgelun-Todd, D. y Cicchetti, C. J. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 20-24.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO I: BATERIA DE EVALUACIÓN

THE EATING DISORDER EXAMINATION (EDE – Cooper, Z. y Fairburn, C. 1987).

INTRODUCCION

{Habiendo orientado al sujeto al tiempo específico durante el que va a ser evaluado, es mejor comenzar la entrevista haciendo una serie de preguntas introductorias destinadas a obtener una visión general de sus hábitos de comida. Se sugieren las siguientes preguntas}

Me gustaría comenzar con una pregunta general acerca de tus hábitos de alimentación durante las últimas 4 semanas.

¿Han variado mucho tus hábitos alimenticios de un día a otro?

¿Son distintos los días de semana de los fines de semana?

¿Ha habido algún día en el que no hayas comido nada?

¿Qué ha sucedido durante los dos meses previos?

PAUTA DE COMIDA

*Me gustaría preguntarte acerca de tu hábito de comida. Durante las 4 semanas pasadas ¿cuáles de estas comidas o snacks has comido de forma regular?

- desayuno { }

- snack a media mañana { }

- comida de mediodía { }

- snack a media tarde { }

- cena { }

- snack después de la cena { }

- snack después de acostarse { }

{Puntúe cada comida y snack separadamente, generalmente aceptando la clasificación del sujeto (escrita arriba). Pregunte acerca de los días de diario y fines de semana separadamente. Las comidas o snack deben puntuarse incluso aquellas que hayan acabado en “atacón”. “Brunch” debería puntuarse como la comida del mediodía. En este ítem puntuar más alto cuando sea difícil elegir entre dos puntuaciones. Puntúe 8 si las comidas o snacks son difíciles de clasificar (e.g. debido a cambios de trabajo)}.

0- Comida o snack no comido.

1-

2- Comida o snack comida menos la mitad de días.

3-

4- Comida o snack comido en más de la mitad de días.

5-

6- Comida o snack comido cada día.

RESTRICCIÓN ALIMENTARIA. (Subescala de restricción).

*¿Durante las pasadas 4 semanas has intentado conscientemente restringir lo que comes, independientemente de que lo hayas conseguido o no?

{Puntúe el número de días en los que el sujeto ha intentado conscientemente restringir su ingesta de comida, bien haya sido exitosa o no. La restricción se debe haber puesto en marcha para influir en la figura, peso o composición del cuerpo, aunque esta puede no haber sido la única o principal razón.. Deben consistir en intentos planificados de restricción, más que dejar que no en el momento o no repetir.

0- No intentar restringir.

- 1-
- 2- Intentar ejercer restricción en menos de la mitad de días.
- 3-
- 4- Intentar ejercer restricción en más de la mitad de días.
- 5-
- 6-Intentar ejercer restricción cada día.
- { }

EVITACION DE COMER. (Subescala de restricción).

*¿Durante las 4 semanas anteriores has pasado por periodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada?

¿Lo has hecho para influir en tu silueta o peso?

{Puntúe el número de días en los que ha habido al menos 8 horas de abstinencia de ingerir comida (sopa y batidos cuentan como comida, mientras que bebidas en general no) durante horas de vigilia. Puede ser útil ilustrar la cantidad de tiempo (p. e. de 9 A.M. a 5 P.M.). La abstinencia debe haber sido al menos parcialmente auto-impuesta más que debida a circunstancias forzadas. Habrá intentado influir en la silueta, peso o composición del peso, aunque esta puede no haber sido la única o principal razón}.

0- Ningún día.

- 1-
- 2- Evitación en menos de la mitad de días.
- 3-
- 4- Evitación en más de la mitad de días.
- 5-
- 6- Evitación cada día.
- { }

ESTOMAGO VACIO (Subescala de restricción).

*Durante las 4 semanas anteriores, ¿has intentado que tu estómago estuviera vacío?

¿Ha sido para influir en tu figura o peso?

{Puntúe el número de días en los que el sujeto ha tenido un deseo absoluto de tener un estómago completamente vacío por razones que tienen que ver con la dieta, figura o peso. Esto no debe confundirse con un deseo de que el estómago se sienta vacío o liso}.

0- No deseo determinado de tener el estómago vacío.

- 1-
- 2- Deseo determinado de tener el estómago vacío en menos de la mitad de días.
- 3-
- 4-
- Deseo determinado de tener el estómago vacío en más de la mitad de días.
- 5-
- 6- Deseo determinado de tener el estómago vacío cada día.
- { }

EVITACION DE COMIDA (Subescala de restricción).

*Durante las últimas 4 semanas ha intentado evitar comer alimentos que le gustan, independientemente de que lo haya conseguido o no.

¿Ha sido para influir en su silueta o peso?

{Puntúe el número de días en los que el sujeto ha intentado activamente evitar comer alimentos específicos (que le gustan) bien lo haya conseguido o no. La meta debe haber

sido evitar los alimentos en conjunto y no solamente restringir su consumo. Las bebidas no se consideran alimento. La evitación debe haber intentado influir en la figura, peso o composición del cuerpo, aunque esta pueda no haber sido la única o principal razón}.

0- No hay intentos de evitar comida.

1-

2- Intenta evitar comida en menos de la mitad de días.

3-

4- Intenta evitar comida en más de la mitad de días.

5-

6- Intenta evitar comida cada día.

{ }

REGLAS SOBRE DIETA. (Subescala de restricción).

*Durante las pasadas 4 semanas, ¿has intentado seguir alguna regla determinada en relación a tu alimentación, por ejemplo un límite de calorías, cantidades determinadas de comida o reglas acerca de lo que debes comer o cuándo debes comer?

¿Ha habido ocasiones en las que te has dado cuenta de que has roto estas reglas que te has puesto?

¿Cómo te has sentido en relación a ello? ¿Cómo te sentirías si hubieses roto una de estas reglas?

¿Cuáles son esas reglas? ¿Por qué has intentado seguirlas? ¿Van destinadas a influir en tu silueta o peso?

¿Son reglas definidas o principios generales? Ejemplos de reglas determinadas podrían ser “No debo comer huevos” o “No debo comer pasteles” mientras que podrías tener el principio general “Debería intentar comer comida sana”.

{Las reglas sobre dieta deben ser puntuadas como presentes si el sujeto ha intentado seguir reglas dietéticas “determinadas” (es decir específicas) en relación a su ingesta. Las reglas deben ser auto-impuestas, aunque originalmente pueden haber sido prescritas. Deben referirse a lo que el sujeto debe comer o cuando comerlo. Pueden consistir en un límite de calorías (por ejemplo por debajo de 1200 kcals), no comer antes de una determinada hora en el día, no comer determinados tipos de comida, o no comer nada. Pueden ser reglas específicas y no principios generales, y pueden generar distres cuando no se cumplen. Si el sujeto es consciente de que ocasionalmente rompe una regla dietética personal, esto sugiere que existen una o más reglas específicas. En tal caso el entrevistador debe preguntar en detalle acerca de la transgresión en un intento de identificar la regla subyacente. Las reglas deberían ponerse en marcha para influir en la figura, peso o composición del cuerpo, aunque esta puede que no sea la única o principal razón. Hay que señalar que estas “dietas alimentarias” se consideran que han estado presentes si ha habido intentos claros de obedecer reglas específicas.

Puntúe 0 si no se puede identificar ninguna regla de dieta. Si ha habido más de una regla durante periodos distintos en las últimas 4 semanas, estos periodos deben sumarse para calcular la puntuación}.

0- No ha intentado obedecer esas reglas.

1-

2- Intenta obedecer esas reglas en menos de la mitad de días.

3-

4- Intenta obedecer esas reglas en más de la mitad de días.

5-

6- Intenta obedecer esas reglas cada día.

PREOCUPACIÓN POR ALIMENTOS, COMIDA O CALORÍAS. (Subescala preocupación por la comida)

*¿Durante las 4 últimas semanas has pasado mucho tiempo entre comidas pensando acerca de alimentos, comer o calorías?

*¿Pensar en alimentos, comer o calorías de este modo ha interferido con tu capacidad para concentrarte?¿Interfiere con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como por ejemplo leer, ver televisión o seguir una conversación?

{Se entiende que la concentración se deteriora si hay pensamientos intrusivos acerca de alimentos, comer o calorías que interfieren con actividades. Puntuar el número de días en los que esto ha sucedido, ya hayan ocurrido episodios bulímicos o no}.

0- No hay deterioro en la concentración.

1-

2- Hay deterioro en la concentración en menos de la mitad de días.

3-

4- Hay deterioro en la concentración en más de la mitad de días.

5-

6- Hay deterioro en la concentración cada día.

{ }

MIEDO A LA PERDIDA DE CONTROL SOBRE LA COMIDA. (Subescala de preocupación por la comida).

*¿Durante las cuatro últimas semanas has tenido miedo de perder el control sobre la comida?

{Puntúe el número de días en los que se ha presentado miedo determinado, independientemente de si el sujeto siente que ha tenido control o no. “La pérdida de control” incluye un sentido de que uno no va a ser capaz de resistir o dejar de comer. Si el sujeto se siente incapaz de contestar esta pregunta porque ya ha perdido el control, puntúe 9}

0- No hay miedo de perder el control.

1-

2- Miedo de perder el control en menos de la mitad de días.

3-

4- Miedo de perder el control en más de la mitad de días.

5-

6- Miedo de perder el control cada día.

{ }

EPISODIOS BULÍMICOS Y OTROS EPISODIOS DE SOBREINGESTA. (Item diagnóstico).

GUIA PARA ENTREVISTADORES.

{Se diferencian cuatro formas de episodios de “sobreingesta”. Esta distinción se basa en la presencia o ausencia de dos características:

(i) Pérdida de control (requerida para los dos tipos de “episodios bulímicos”).

(ii) El consumo de lo que generalmente se considera una “gran” cantidad de comida (requerida para los “episodios de bulimia objetiva” y “sobreingesta objetiva”).

El esquema clasificador se resume en la figura 15.1 y los términos clave se definen abajo. El entrevistador debe preguntar acerca de cada forma de sobreingesta. Es importante anotar que las formas de sobreingesta no son mutuamente exclusivas; es posible que algún sujeto haya tenido distintas formas en el mes anterior. Con algunos sujetos es útil explicar el esquema clasificador. Entonces, empleando las preguntas presentadas más abajo, deben determinarse y chequearse el número de cada tipo de episodios.

Definición de términos clave.

“Pérdida de control”. El entrevistador debe preguntar al sujeto si ha experimentado una sensación de pérdida de control sobre la comida a la vez que ocurría el episodio. Si esto está claramente descrito, la pérdida de control debe puntuarse como presente. La pérdida de control puede ser puntuada positivamente incluso si el episodio ha sido planeado. Si el sujeto emplea términos tales como “empujado a comer” o “obligado a comer” la pérdida de control debe puntuarse como presente.

Sólo para casos crónicos: si el sujeto informa de que no ha tenido pérdida de control, aunque describe que no ha sido capaz de parar de comer una vez que ha empezado, o que no ha sido capaz de prevenir un episodio de sobreingesta, la pérdida de control debe puntuarse como presente. Si los sujetos indican que ya no intentan controlar su comida porque la sobreingesta es inevitable, también debe puntuarse la pérdida de control como presente.

Si el entrevistador tiene dudas, puntuar la pérdida de control como ausente.

“Gran cantidad de comida”. La decisión acerca de si la cantidad ingerida es grande o no debe tomarla el entrevistador, y no requiere que el sujeto esté de acuerdo. Este término puede ser utilizado para referirse bien a la cantidad de un tipo determinado de comida o a la cantidad general de comida ingerida. El entrevistador debería tener en cuenta lo que podría ser una cantidad usual de comida en circunstancias similares. Esto requiere algún conocimiento de los patrones alimenticios del grupo social del sujeto en general. Lo que se haya comido además de esto durante el día, no tiene relevancia para esta puntuación. La velocidad con la que se come y si el sujeto vomita o no la comida, tampoco tiene relevancia en este punto.

Si el entrevistador tiene dudas la cantidad no debería clasificarse como grande.

El número de episodios de sobreingesta. Cuando se calcula el número de episodios de sobreingesta, la definición del sujeto de episodios separados debería aceptarse, a no ser que en un mismo período haya una hora o más en el que el sujeto no ha comido. En este caso, se considera que el episodio inicial ha concluido. Cuando se estime la duración del intervalo, no se tiene en cuenta el tiempo que se ha pasado vomitando. Tener en cuenta que las conductas purgativas no se utilizan para definir el final de los episodios individuales de sobreingesta.

Cantidad de comida

“Grande” No “grande”, pero
(definición EDE) vista por el sujeto como excesiva

“Pérdida Episodios Episodios
de bulímicos bulímicos
control” objetivos subjetivos

“No pérdida Sobreingesta Sobreingesta
de objetiva subjetiva
control”

Fig. 15.1 Esquema del EDE para clasificar episodios de sobreingesta.

Guía para puntuar la sección de sobreingesta

Primero empezar por las preguntas con asterisco, para identificar episodios de sobreingesta real o percibida que han ocurrido en el periodo de los 28 días anteriores. Anotar todas las formas de sobreingesta en la sección en blanco de la hoja de respuesta.

Segundo, obtener información detallada de cada una de las formas de sobreingesta para decidir si incluye grandes cantidades de comida y si hay pérdida de control o no. Después establecer para cada una de las formas de sobreingesta el número de días en los que ha ocurrido y el número total de ocasiones. Se recomienda tomar notas al respecto.

Finalmente, chequearlo con el sujeto para asegurarnos de que no ha habido errores).
PREGUNTAS PARA PUNTUAR LOS ITEMS.

(Las preguntas con asterisco deben hacerse en cada caso).

Preguntas de prueba principales.

* Me gustaría preguntarte acerca de los episodios de sobreingesta que has podido tener durante las pasadas 4 semanas

* La gente entiende por sobreingesta cosas distintas. Me gustaría que describieses las veces en las que han sentido que has comido demasiado de una vez.

* ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido demasiado, pero otras personas no lo creen?

(Si no se han dado, anotar “comer socializado”)

(Para que un episodio subjetivo bulímico se puntúe edeben percibirse como que incluya a comer una cantidad excesiva de comida)

Preguntas para pruebas subsidiarias

Para evaluar la cantidad de comida ingerida:

¿Qué comes normalmente en estos episodios?

¿Qué estaban comiendo los otros mientras?

Para medir la pérdida de control:

¿Tenías la sensación de pérdida de control durante el episodio?

Sólo para casos crónicos:

¿Podías parar de comer una vez que habías empezado?

¿Podías haber evitado el episodio?

(Para los episodios bulímicos objetivos, episodios bulímicos subjetivos, y episodios de sobreingesta objetiva, hacer las siguientes puntuaciones:

(i) Número de días (puntuar 00 si no hay ninguno [] [])

(ii) Número de episodios (puntuar 000 si no hay ninguno [] [] [])

En general, la mejor manera es calcular el número de días primero y después el número de episodios. Puntuar 777 si el número de episodios es tan grande que su frecuencia no puede ser calculada. Los episodios de sobreingesta subjetiva no se puntúan).

(Pregunta por los dos meses anteriores)

Para episodios bulímicos objetivos, puntúa el número de episodios durante los dos meses anteriores y el número de días en los que han ocurrido. (Puntua 0 si no hay ninguno, y 9 si no se ha preguntado)

Días-Mes 2 [] []

Mes 3 [] []

Episodios- Mes 2 [] [] []

Mes 3 [] [] []

Puntuar también el periodo de tiempo más largo en semanas sin episodios bulímicos subjetivos durante los pasados 3 meses (que no se deban a circunstancias forzadas).

(Puntuar 99 si no se ha preguntado). [] []

RESTRICCION ALIMENTARIA FUERA DE LOS EPISODIOS BULIMICOS (item diagnóstico)

(Puntuar este ítem sólo si se han dado episodios bulímicos objetivos durante los últimos 3 meses)

Fuera de las veces en las que has perdido el control sobre la comida (referido a los episodios bulímicos objetivos y subjetivo), ¿cuándo has restringido la cantidad de comida que tomas?

Normalmente, ¿qué has comido?

¿Ha sido para influir en tu figura o peso?

(Preguntar acerca de la ingesta actual de comida fuera de los episodios bulímicos) Puntuar el grado medio de restricción alimentaria. Este debe hacerse para influir en la figura el peso o la composición corporal, aunque no haya sido la única y principal razón. Puntuar cada uno de los 3 últimos meses separadamente, aunque no incluyan un episodio bulímico.

Puntuar 9 si no se ha preguntado)

0- No hay una restricción extrema fuera de los episodios bulímicos objetivos

1- Extrema restricción fuera de los episodios bulímicos objetivos (p. e. ingesta baja de calorías (<1200kcal) debido a comidas infrecuentes y/o consumo de comidas bajas en calorías).

2- No se come fuera de los episodios objetivos bulímicos (por ejemplo ayuno)

Mes 1 []

Mes 2 []

Mes 3 []

COMIDA SOCIALIZADA (Subescala preocupación por la comida)

* Durante las últimas 4 semanas ¿te ha preocupado que otra gente te vea comer?

¿Has evitado estas ocasiones?

(Puntúe el grado de preocupación acerca de comer cantidades normales o inferiores de comida en presencia de otros, (p. e. la familia), y esto ha llevado a la evitación. Debería representar la media del mes entero. Si la posibilidad de comer con los otros no se ha dado puntuar 9. No considerar los episodios bulímicos objetivos o los episodios de sobreingesta objetiva).

0- Ninguna preocupación acerca de ser visto comiendo y no hay evitación de dichas situaciones

1-

2- Se siente una ligera preocupación de ser visto comiendo, pero no se evita

3-

4- Se siente una preocupación determinada y se evita en algunas ocasiones

5-

6- Se siente una preocupación determinada y se evita en todas las ocasiones []

COMER EN SECRETO (Subescala preocupación por la comida)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has comido en secreto?

(Puntuar el número de días en los que ha dado como mínimo un episodio de comer en secreto. Comer en secreto se refiere a comer de manera furtiva y que el sujeto desea ocultarlo. Evitar comer delante de otros debe puntuarse en el apartado de “comida socializada”. Si la posibilidad de comer con otros no se ha dado puntuar 9. No tener en cuenta los episodios bulímicos objetivos)

0- No se ha comido en secreto

1-

2- Se ha comido en secreto menos de la mitad de días

3-

4- Se ha comido en secreto en más de la mitad de días

5-

6- Se ha comido en secreto cada día

[]

CULPABILIDAD SOBRE LA COMIDA (Subescala preocupación por la comida)

* Durante las últimas 4 semanas ¿te has sentido culpable después de comer?

¿Has sentido que estabas haciendo algo equivocado? ¿Por qué?

¿En qué proporción de veces que has comido te sientes culpable?

(Puntuar la proporción de veces en la que los sentimientos de culpa siguen a la conducta de comer. Estos sentimientos de culpa deberían referirse a los efectos de la comida en la figura, el peso o la composición corporal. No considerar los episodios bulímicos objetivos, pero considerar otros episodios de sobreingesta. Distinguir la culpa del arrepentimiento: la culpa se refiere al sentimiento de que uno se ha equivocado. N. B. Esta puntuación depende de la situación)

0- Sin embargo de culpa después de comer

1-

2- Sentimientos de culpa después de comer en menos de la mitad de las ocasiones

3-

4- Sentimientos de culpa después de comer en más de la mitad de ocasiones

5-

6- Sentimientos de culpa en cada ocasión

[]

VOMITO AUTOINDUCIDO (Item diagnóstico)

* Durante las últimas 4 semanas ¿te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso?

(Puntue el número de días en los que ha habido uno o más episodios de vómito autoinducido como medida de control de figura, el peso o la composición corporal. Puntuar 00 si no hay vómito)

[] []

(Puntuar el número de episodios discretos de vómito autoinducido. Aceptar la definición del sujeto de un episodio. Puntuar 777 si el número es tan grande que no se puede calcular. Puntuar 000 si no hay vómito)

[] [] []

(Preguntar acerca de los 2 meses anteriores, si se ha practicado el vómito autoinducido para influir en la figura, el peso o la composición corporal)

(Puntuar el número de episodios discretos de vómito autoinducido en cada uno de los 2 meses anteriores. Puntuar 999 si no se ha preguntado)

Mes 1 [] [] []

Mes 2 [] [] []

Mes 3 [] [] []

ABUSO DE LAXANTES (Item diagnóstico)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso?

(Puntúe el número de días en los que se han tomado laxantes para controlar la figura, el peso o la composición corporal. Esta debería ser la principal razón, aunque puede que no sea la única.

Puntuar 00 si no se han usado laxantes o si hay dudas acerca de si la toma de laxantes se hacía principalmente para influir en la figura, el peso o la composición corporal)

[] []

(Puntuar el número de episodios individuales de abuso de laxantes. Puntuar 777 si el número es tan grande que no se puede calcular. Puntuar 000 si no hay abuso de laxantes)

[] [] []

(Puntuar la media de laxantes tomados en cada ocasión. Puntuar 999 si no se puede aplicar. Puntuar 777 si no es cuantificable (p. e. el uso de fibra)

[] [] [] []

(Anotar el tipo de laxante tomado)

(Preguntar acerca de los 2 meses anteriores, si se han tomado laxantes para influir en la figura, el peso o la composición corporal)

(Puntuar el número de episodios discretos de abuso de laxantes en cada uno de los dos meses anteriores. Puntuar 000 si no hay abuso de laxantes, y puntuar 999 si no se ha preguntado)

Mes 2 [] [] [] []

Mes 3 [] [] [] []

ABUSO DE DIURETICOS (Item diagnóstico)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? (Puntuar el número de días en los que se han tomado diuréticos para controlar tu figura, el peso o la composición corporal. Esta debería ser la principal razón, aunque puede que no sea la única. Puntuar 00 si no ha habido uso de diuréticos, o si hay duda acerca de que el uso de diuréticos fuese principalmente para influir en la figura, el peso o la composición corporal)

[] []

(Puntuar el número de episodios individuales de abuso de diuréticos (como se definen arriba).

Puntuar 777 si el número es tan grande que no se puede calcular. Puntuar 000 si no hay abuso de diuréticos)

[] [] [] []

(Puntuar la media de los diuréticos tomados en cada ocasión. Puntuar 999 si no se puede aplicar. Puntuar 777 si no es cuantificable)

[] [] [] []

(Anotar el tipo de diurético tomado)

(Pregunte si en los 2 meses anteriores se han tomado diuréticos para influir en la figura, el peso o la composición corporal)

(Puntuar el número de episodios discretos de abuso de diuréticos en cada uno de los 2 meses anteriores. Puntuar 000 si no hay abuso de diuréticos. Puntuar 999 si no se pregunta)

Mes 2 [] [] [] []

Mes 3 [] [] [] []

EJERCICIO FISICO INTENSO PARA CONTROLAR LA FIGURA O EL PESO (Item diagnóstico).

* ¿Durante las 4 últimas semanas has hecho ejercicio para controlar tu peso, alterar tu figura o la cantidad de grasa, o para quemar calorías?

Normalmente, ¿qué tipo de ejercicio haces?

(Puntuar el número de días en los que el sujeto realiza intenso ejercicio físico predominantemente para quemar calorías o para cambiar la figura, el peso o la composición corporal. La decisión de si el ejercicio es “intenso” o no la debe hacer el entrevistador. En caso de duda el ejercicio no debe clasificarse como intenso. Puntuar 00 si no se hace ejercicio)

[] [] []

(Puntuar la media del tiempo diario (en minutos) que se pasa haciendo ejercicio.

Considerar sólo los días en los que el sujeto ha hecho ejercicio. Puntuar 999 si no se hace ejercicio)

[] [] []

(Pregunte si en los 2 meses anteriores se ha hecho ejercicio de este tipo)

(Puntuar el número de días en los que el sujeto ha hecho ejercicio en cada uno de los 2 meses anteriores. Si no se pregunta puntuar 99)

Mes 2 [] []

Mes 3 [] []

ABSTINENCIA DE CONDUCTAS EXTREMAS DE CONTROL DE PESO (Item diagnóstico)

(Hacer sólo esta pregunta si por lo menos una de las formas principales de control de peso se ha puntuado positivamente en el nivel de severidad especificado (ver sección de “diagnóstico de trastornos de alimentación”) durante los 3 meses anteriores).

(Las 5 formas de conducta son las siguientes:

-ayuno

-abuso de laxantes

-abuso de diuréticos

-ejercicio físico)

Durante los 3 últimos meses ¿ha habido algún periodo de 2 o más semanas en las que no has....

(Preguntar por cada ítem individual)

(Concretar el número de semanas consecutivas sin estas conductas durante los pasados 3 meses para cada una de las 5 formas de conductas extremas de control de peso. No puntuar la abstinencia por circunstancias forzosas. Puntuar 99 si no se puede aplicar.)

[] []

INSATISFACCION CON EL PESO (Subescala de preocupación por el peso)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has estado descontenta con tu peso?

¿Has estado tan insatisfecha que te has sentido infeliz?

(Puntuar sólo insatisfacción debida a que el peso se considera demasiado alto. Evaluar la actitud del sujeto hacia su peso y puntuar de acuerdo con ello. Este debería representar la media para el mes entero. Puntuar sólo 4, 5, o 6 si ha habido distrés. No incitar con términos como ligero, moderado o marcado. Puntuar 9 si el sujeto no sabe su peso)

0- No hay insatisfacción

1-

2- Ligera insatisfacción (sin distrés asociado)

3-

4- Moderada insatisfacción (con algo de distrés asociado)

5-

6- Marcada insatisfacción (preocupación extrema y distrés, peso totalmente inaceptable)

DESEO DE PERDER PESO (Subescala de preocupación por el peso)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has deseado perder peso?

¿Has tenido un fuerte deseo de perder peso?

(Puntuar el número de días en los que se ha dado un fuerte deseo de perder peso)

0- No hay un fuerte deseo de perder peso

- 1-
- 2- Fuerte deseo presente en menos de la mitad de los días
- 3-
- 4- Fuerte deseo presente en más de la mitad de días
- 5-
- 6- Fuerte deseo presente cada día

[]

PESO DESEADO

* ¿Qué peso te gustaría tener?

(Puntuar el peso en kg. Puntuar si el sujeto no está interesado en su peso. Puntuar 777 si no hay ningún peso lo suficientemente bajo. Puntuar 666 si el sujeto está interesado principalmente en su figura pero tiene alguna preocupación sobre su peso (aunque no sobre un peso especificado)

[] [] []

REACCION AL PESARSE (Subescala de preocupación por el peso)

* ¿Cómo te sentirías si se te pidiese pesarte una vez a la semana durante las próximas 4 semanas?

(Puntuar la intensidad de la reacción. Las reacciones positivas deberían puntuarse como 9. Analizar si otros aspectos de la vida del sujeto estarían influenciados. Pedir al sujeto que describa en detalle como reaccionaría y puntuar de acuerdo con ello. No incitar con los términos ligero, moderado o marcado. Si el sujeto no aceptaría pesarse porque fuera demasiado estresante, puntuar 6)

0- Ninguna reacción

1-

2- Ligera reacción

3-

4- Reacción moderada (una reacción determinada pero manejable)

5-

6- Reacción marcada (reacción pronunciada que afectaría a otros aspectos de la vida del sujeto)

[]

INSATISFACCION CON LA FORMA CORPORAL (Subescala preocupación por la forma corporal)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has estado insatisfecha con tu figura?

¿Has estado tan insatisfecha que te has sentido infeliz?

(Puntuar sólo la insatisfacción con la figura y no la relacionada con el tono corporal.

Evaluar la actitud del sujeto acerca de su figura y puntuar de acuerdo con ello. Esta debería representar la media del mes entero. Puntuar sólo 4, 5, o 6 si ha habido distrés asociado.

No incitar con los términos ligero, moderado o marcado)

0- No insatisfecha con la figura

1-

2- Ligera insatisfacción con la figura (sin distrés asociado)

3-

4- Moderada insatisfacción con la figura (algún distrés asociado)

5-

6- Marcada insatisfacción con la figura (extrema preocupación y distrés, figura totalmente

inaceptable)

[]

PREOCUPACION POR LA FIGURA O EL PESO (Subescalas preocupación por la forma corporal y preocupación por el peso)

* ¿Durante las 4 últimas semanas has pasado mucho tiempo pensando acerca de tu figura o tu peso?

* ¿Estos pensamientos sobre tu figura o peso interfieren con tu capacidad de concentración? ¿Interfieren en tu concentración sobre cosas en las que estás interesada, por ejemplo, leer, ver televisión o seguir una conversación?

(Se considera que la concentración disminuye si hay pensamientos intrusivos acerca de la figura, o el peso que interfieren con actividades. Puntuar el número de días en los que esto ha ocurrido)

0- No hay disminución de la concentración

1-

2- Disminución de la concentración en menos de la mitad de días

3-

4- Disminución de la concentración en más de la mitad de días

5-

6- Disminución de la concentración cada día

[]

IMPORTANCIA DE LA SILUETA (Item diagnóstico) (Subescala de preocupación por la forma corporal)

* ¿Durante las últimas 4 semanas ha sido tu figura importante a la hora de influenciar en tus sentimientos como persona (juicio, pensamientos y evaluación)?

* Si te imaginas las cosas que influyen en cómo te sientes (juicio, pensamiento y evaluación) como por ejemplo (tu rendimiento, tu pareja, cómo te llevas con los demás) y las pones en orden de importancia ¿dónde estaría el tener una buena figura?

Si, durante las pasadas 4 semanas tu figura ha cambiado, ¿afectaría esto a cómo te sientes? ¿Es importante para ti que tu figura no cambie?

(Puntuar el grado de importancia que el sujeto da a la forma corporal y su posición en los esquemas de autoevaluación del sujeto. Para puntuar se pueden comparar con otros aspectos de la vida del sujeto que son importantes en su autoevaluación (calidad de las relaciones, rendimiento en el trabajo, actividades agradables). La puntuación debería representar la media para el mes entero. No incitar con los términos algo, moderado o sumamente. Si el sujeto indica que tanto la figura como el peso tienen suprema importancia, puntuar 6 en este ítem y en el ítem “importancia del peso”)

0- No importancia

1-

2- Alguna importancia (un aspecto de la autoevaluación)

3-

4- Moderada importancia (definitivamente uno de los principales aspectos de la autoevaluación)

5-

6- Importancia suprema (nada es más importante para la autoevaluación del sujeto)

[]

(Pregunte acerca de los dos meses anteriores)

(Puntuar los dos meses anteriores. Puntuar 9 si no se pregunta)

Mes 2 [] []

Mes 3 [] []

IMPORTANCIA DEL PESO (Item diagnóstico) (Subescala de preocupación por el peso).

* ¿Durante las pasadas 4 semanas ha sido tu peso importante a la hora de influir en tus sentimientos como persona (juicio, pensamiento y evaluación)?

---* Si te imaginas las cosas que influyen en tus sentimientos (juicio, pensamiento y evaluación) como por ejemplo tu rendimiento en el trabajo, tu pareja o tu relación con los demás, y las pones en orden de importancia ¿dónde estaría el peso?

Si durante las últimas 4 semanas tu peso hubiese cambiado ¿cómo afectaría esto a tus sentimientos?

¿Es importante para ti que tu peso no cambie?

(Puntuar el grado de importancia que el sujeto da al peso (p. e. peso actual o supuesto) y su posición en los esquemas de autoevaluación del sujeto. Para puntuar, se pueden hacer comparaciones con otros aspectos de la vida del sujeto que son importantes en su autoevaluación (p. e. calidad de las relaciones, pareja, rendimiento en el trabajo, actividades agradables). La puntuación debería representar la media para el mes entero. No incitar con los términos algo, moderado o supremo. Si el sujeto indica que tanto el peso como la figura tienen importancia suprema, puntuar 6 en este ítem y en el de “importancia de la silueta”)

0- No importancia

1-

2- Alguna importancia (un aspecto de la autoevaluación)

3-

4- Moderada importancia (definitivamente uno de los principales aspectos de la autoevaluación)

5-

6- Importancia suprema (nada es más importante para la autoevaluación del sujeto)

[]

(Pregunte acerca de los dos meses anteriores)

(Puntuar los dos meses anteriores. Puntuar 9 si no se pregunta)

Mes 2 [] []

Mes 3 [] []

MIEDO A ENGORDAR (Item diagnóstico) (Subescala preocupación por la forma corporal).

(Abreviar las preguntas si el sujeto está obviamente con sobrepeso)

* ¿Durante las últimas 4 semanas has tenido miedo de engordar (o convertirte en obesa)?

(Puntuar el número de días en los que un miedo definido ha estado presente. Excluir reacciones a una ganancia de peso actual)

0- No hay un miedo definido a la gordura o a la ganancia de peso

1-

2- Miedo definido a la gordura o ganancia de peso presente en menos de la mitad de los días

3-

4- Miedo definido a la gordura o ganancia de peso presente en más de la mitad de días

5-

6- Miedo definido a la gordura o ganancia de peso presente cada día
[]

(Preguntar sobre los 2 meses anteriores)

(Puntuar los dos meses anteriores. Puntuar 9 si no se pregunta)

Mes 2 [] []

Mes 3 [] []

MALESTAR AL VER SU CUERPO (Subescala preocupación por la forma corporal)

* ¿Durante las últimas 4 semanas te has sentido incómoda al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado en un escaparate, cuando te desvestes o mientras te duchas?

¿Has evitado ver tu cuerpo? ¿Por qué?

(El malestar debería deberse a la sensibilidad del sujeto acerca de la apariencia de su forma o figura. No debería deberse a la sensibilidad acerca de aspectos específicos de su apariencia (p. e. acné) o por modestia).

0- Ningún malestar al ver su cuerpo

1-

2- Algún malestar al ver su cuerpo

3-

4- Malestar definido al ver su cuerpo

5-

6- Malestar definido al ver su cuerpo e intentos de evitación en todas las ocasiones (p.e. el sujeto intenta no verse incluso cuando se lava) []

EVITACION DE LA EXPOSICION (Subescala preocupación por la forma corporal)

* ¿Durante las últimas 4 semanas te has sentido incómodo cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas? ¿Cómo te sientes cuando tu pareja o amigos ven tu cuerpo?

¿Has evitado estas situaciones? ¿Por qué?

(El malestar debería deberse a la sensibilidad del sujeto sobre su apariencia general. No debería ser debido a la sensibilidad acerca de aspectos específicos de su apariencia (p.e. acné) o por modestia. Si la posibilidad de “exposición” no se ha dado, puntuar 9)

0- Ningún malestar cuando otros ven su cuerpo

1-

2- Algún malestar cuando otros ven su cuerpo

3-

4- Malestar definido cuando otros ven su cuerpo

5-

6- Malestar definido cuando otros ven su cuerpo e intentos de evitación en todas las ocasiones

[]

SENTIMIENTOS DE GORDURA (Item diagnóstico) (Subescala preocupación por la forma corporal)

(Omitir este ítem si el sujeto tiene claro sobrepeso y puntuar 7)

* ¿Durante las últimas 4 semanas te has sentido gorda?

(Puntuar el número de días en los que el sujeto “se ha sentido gordo” aceptando su utilización de esta expresión. Distinguir los sentimientos de gordura de los sentimientos de hinchazón premenstrual, a no ser que ésta se experimenta como gordura)

- 0- No se siente gorda
 - 1-
 - 2- Se siente gorda en menos de la mitad de días
 - 3-
 - 4- Se siente gorda en más de la mitad de días
 - 5-
 - 6- Se siente gorda cada día []
-

(Preguntar sobre los 2 meses anteriores)

(Puntuar los dos meses anteriores. Puntuar 9 si no se pregunta)

Mes 2 []

Mes 3 []

VIENTRE PLANO (Subescala preocupación por la forma corporal)

(Omitir este ítem si el sujeto tiene un claro sobrepeso y puntuar 7)

¿ Durante las últimas 4 semanas has tenido un deseo definido de tener el vientre plano?

(Puntuar el número de días en los que el sujeto ha tenido un deseo definido de tener un vientre plano o cóncavo. No puntuar simplemente el deseo de tener un vientre más plano)

- 0- No tiene un deseo definido de tener un vientre plano
- 1-
- 2- Deseo definido de tener un vientre plano menos de la mitad de días
- 3-
- 4- Deseo definido de tener un vientre plano más de la mitad de días
- 5-
- 6- Deseo definido de tener un vientre plano cada día []

PESO Y ALTURA

(El peso y la altura del sujeto debería medirse)

Peso en kg [] [] []

Altura en cm [] [] []

MANTENIMIENTO DE BAJO PESO (Ítem diagnóstico)

(Puntuar para los sujetos que puedan tener bajo peso)

Durante los pasados 3 meses ¿has intentado perder peso?

Si no: ¿has intentado asegurarte de que no has ganado peso?

(Si el peso es bajo, puntuar la presencia de intentos de perder peso o de evitar ganar peso.

Puntuar 9 si no se pregunta)

- 0- No hay intentos de perder peso o evitación de ganarlo durante los 3 últimos meses
 - 1- Intentos de perder peso o evitar ganarlo durante los últimos 3 meses por razones relacionadas con la figura y el peso
 - 2- Intentos de perder peso o evitar ganarlo durante los últimos 3 meses por otras razones []
-

MENSTRUACION (Ítem diagnóstico)

¿Has perdido algún periodo menstrual durante los últimos meses?

¿Cuántos periodos has tenido?

¿Estás tomando anticonceptivos orales?

FICHA DE DATOS PERSONALES

Fecha.....

NOMBRE **APELLIDOS**.....

1 EDAD..... **FECHA DE NACIMIENTO**

2 ESTADO CIVIL

- a. Soltera
- b. Casada o conviviendo con tu pareja
- c. Separada o divorciada
- d. Viuda

3 ¿CON QUIEN VIVES?

- a. Sola
- b. Con tu pareja
- c. Con tus padres
- d. Con compañero/as de piso
- e. Otros. Especificar:

4 NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS ALCANZADOS

- a. Sin estudios
- b. Elemental/EGB
- c. ESO / BUP / COU / FP
- d. Universitarios
- e. Doctorado

5 SITUACION LABORAL ACTUAL

- a. Estudiante
- b. Trabajadora a tiempo completo (por cuenta ajena o autónoma)
- c. Trabajadora a tiempo parcial
- d. Parada
- e. Ama de casa
- f. Jubilada
- g. Discapacitada

6 CLASE SOCIAL SUBJETIVA

- a. Alta
- b. Media-alta
- c. Media
- d. Media-baja
- e. Baja

7 N° HERMANOS **8 N° HIJOS**

9 MESES QUE LLEVAS PADECIENDO EL TRASTORNO

10 ¿HAS TENIDO DIAGNÓSTICO PREVIO?

- a. No (pasa a la pregunta 12)
- b. Sí (pasa a la pregunta 11)

11 ESPECIFICA QUÉ DIAGNOSTICO RECIBISTES?

- a. Anorexia nerviosa
- b. Bulimia nerviosa
- c. Trastorno por atracón
- d. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- e. Otros. Especifica.....

12 ¿HAS RECIBIDO TRATAMIENTOS ANTERIORES?

- a. No (pasa a la pregunta 14)
- b. Sí (pasa a la pregunta 13)

13 ESPECIFICA QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO HAS RECIBIDO

- a. Psicológico. ¿En qué consistía?.....
.....
.....
- b. Farmacológico. ¿En qué consistía?.....
.....
.....
- c. Psicológico + farmacológico. ¿En qué consistía?.....
.....
.....
- d. Otros. Especificar
.....
.....

14 PESO ACTUAL

15 ALTURA

16 IMC

DOMICILIO

TELÉFONO

PERSONA DE CONTACTO

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ, Cooper, Taylor y Fairburn, 1987)

Por favor, conteste a las siguientes frases rodeando con un círculo la respuesta que considere más adecuada sobre los sentimientos respecto a su apariencia en las últimas 4 semanas.

- 1 = NADA
- 2 = CASI NUNCA
- 3 = ALGUNAS VECES
- 4 = A MENUDO
- 5 = MUY A MENUDO
- 6 = SIEMPRE

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura ?.....tu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta ?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo? | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. ¿Has tenido miedo de engordar ? | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. ¿Sentirte llena (después de una gran comida) te ha hecho sentir gorda?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7.¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar? | | | | | | | |
| 8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara ?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. ¿Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda? | | | | | | | |
| 12. Al fijarte en la figura de otras chicas ¿la han comparado con la tuya desfavorablemente ?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la tv, lees, o mantienes una conversación)?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?..... | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?.....	1	1 2 3 4 5 6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?.....	1	1 2 3 4 5 6
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?.....	1	1 2 3 4 5 6
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?.....	1	1 2 3 4 5 6
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?.....	1	1 2 3 4 5 6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?.....	1	1 2 3 4 5 6
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a que tu falta de auto-control?.....	1	1 2 3 4 5 6
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?.....	1	1 2 3 4 5 6
25.¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?.....	1	1 2 3 4 5 6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?.....	1	1 2 3 4 5 6
27. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobus)?.....	1	1 2 3 4 5 6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?.....	1	1 2 3 4 5 6
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?.....	1	1 2 3 4 5 6
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa hay?.....	1	1 2 3 4 5 6
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?.....	1	1 2 3 4 5 6
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?.....	1	1 2 3 4 5 6
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?.....	1	1 2 3 4 5 6
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?.....	1	1 2 3 4 5 6

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD, Zigmond y Snaith, 1983)

Esta escala está dirigida a determinar cómo se ha sentido en la pasada semana. Deberá elegir entre una de las cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada. Es importante que lea cada una de las categorías, pues varían ligeramente de una a otra pregunta, en lo que respecta a las etiquetas verbales utilizadas.

Lista de items

1. Me siento tenso o nervioso
(3) Todos los días. (2) Muchas veces. (1) A veces. (0) Nunca.
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
(3) Definitivamente, y es muy fuerte. (2) Sí, pero no es muy fuerte. (1) Un poco, pero me preocupa. (0) Nada.
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
(3) La mayoría de las veces. (2) Con bastante frecuencia. (1) A veces, aunque no muy a menudo. (0) Sólo en ocasiones.
4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.
(0) Siempre. (1) Por lo general. (2) No muy a menudo. (3) Nunca.
5. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.
(0) Nunca. (1) En ciertas ocasiones. (2) Con bastante frecuencia. (3) Muy a menudo.
6. Me siento inquieto, como si no pudiera para de moverme.
(3) Mucho. (2) Bastante. (1) No mucho. (0) Nada.
7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
(3) Muy frecuentemente. (2) Bastante a menudo. (1) No muy a menudo. (0) Nada.

CUESTIONARIO DE ROSENBERG (Rosenberg, 1965)

Por favor, conteste a las siguientes frases rodeando con un círculo la respuesta que considere más adecuada:

- 1 = MUY DE ACUERDO
- 2 = DE ACUERDO
- 3 = EN DESACUERDO
- 4 = MUY EN DESACUERDO

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Creo que tengo varias cualidades buenas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Desearía valorarme más a mí mismo..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. A veces me siento verdaderamente inútil..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. A veces pienso que no sirvo para nada..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

CONTOUR DRAWING RATING SCALE (Thompson y Gray, 1997)

Este test pretende conocer la percepción que tienes de tu propio cuerpo. Debes fijarte en las 9 figuras femeninas que aparecen a continuación. Observa detenidamente cada una de ellas. Ahora contesta a las siguientes preguntas, eligiendo la figura que mejor represente a cada una de ellas (señalando el número que hay debajo de cada una).

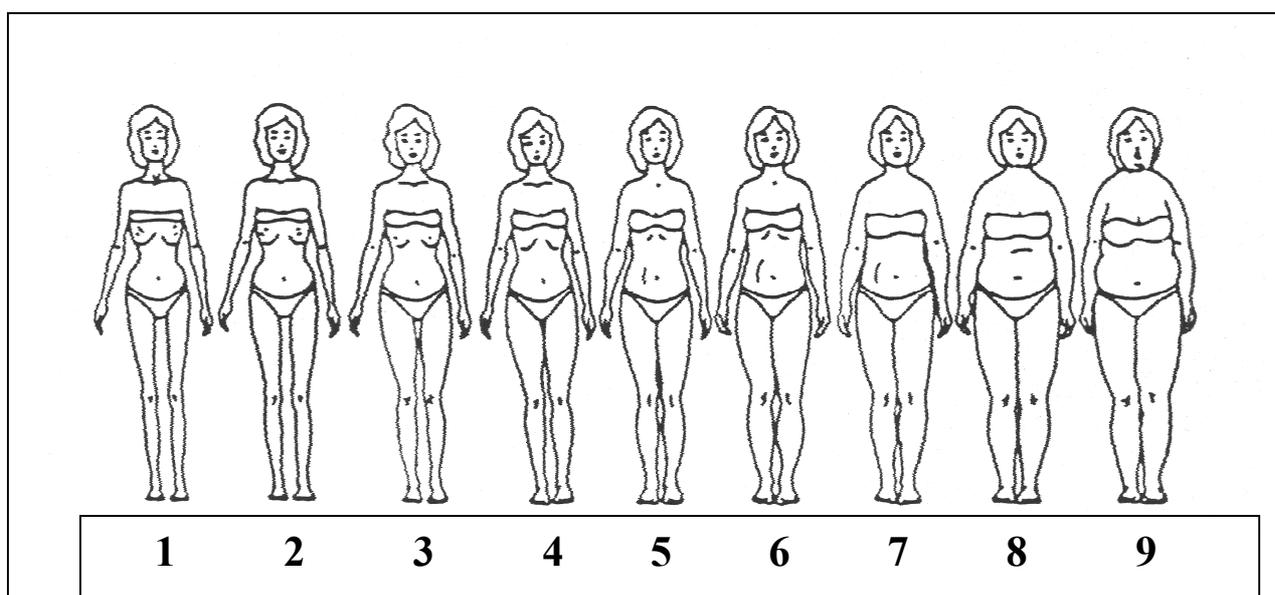
1.- ¿Qué figura crees que mejor te identifica en la actualidad?

2.- ¿Cómo te gustaría estar?

3.- ¿Cómo crees que estarías con 5 kgs más?

4.- ¿Cómo crees que estarías con 5 kgs menos?

5.- ¿Cómo les gustaría a tus padres que estuvieses?



Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Por favor, conteste a las siguientes frases rodeando con un círculo la respuesta que considere más adecuada acerca de los aspectos de la vida cotidiana que se señalan a continuación:

- 0 = NADA
- 1 = CASI NADA
- 2 = POCO
- 3 = BASTANTE
- 4 = MUCHO
- 5 = MUCHÍSIMO

TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado..... 0 1 2 3 4 5

VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada..... 0 1 2 3 4 5

TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas..... 0 1 2 3 4 5

RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada..... 0 1 2 3 4 5

VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada..... 0 1 2 3 4 5

ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada..... 0 1 2 3 4 5

BARRATT IMPULSIVENESS SCALE (BIS-11, Barratt y Standford, 1995)

Las personas son diferentes en la forma de actuar y pensar ante las situaciones de la vida. Esta prueba mide algunas de las formas en que usted actúa y piensa. Lea cada pregunta y señale el círculo de la parte derecha de la hoja con la respuesta con la que se sienta más identificado. No pierda demasiado tiempo en cada pregunta, responda rápido y honestamente.

	Pocas veces Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre Siempre
1. Planeo las cosas cuidadosamente	0	0	0	0
2. Hago las cosas sin pensar	0	0	0	0
3. Soy una persona feliz y segura	0	0	0	0
4. Tengo ideas que van muy deprisa	0	0	0	0
5. Planeo los viajes con anticipación	0	0	0	0
6. Tengo autocontrol	0	0	0	0
7. Me concentro fácilmente	0	0	0	0
8. Generalmente suelo ahorrar	0	0	0	0
9. Me cuesta permanecer mucho rato sentado	0	0	0	0
10. Pienso las cosas cuidadosamente	0	0	0	0
11. Me preocupo por tener un trabajo fijo	0	0	0	0
12. Digo las cosas sin pensarlas demasiado	0	0	0	0
13. Me gusta pensar en problemas complejos	0	0	0	0
14. Suelo cambiar de trabajo	0	0	0	0
15. Actúo impulsivamente	0	0	0	0
16. Cuando trabajo o resuelvo problemas me aburro fácilmente	0	0	0	0
17. Suelo hacerme revisiones médicas/dentales	0	0	0	0
18. Actúo por el impulso del momento	0	0	0	0
19. Soy una persona de ideas fijas	0	0	0	0

	Pocas veces Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Casi siempre Siempre
20. Me mudo de vivienda con facilidad	0	0	0	0
21. Compro impulsivamente, sin control	0	0	0	0
22. Acabo lo que empiezo	0	0	0	0
23. Ando y me muevo con rapidez	0	0	0	0
24. Resuelvo los problemas por el método de ensayo/error (explicar)	0	0	0	0
25. Suelo gastar más de lo que gano	0	0	0	0
26. Hablo rápido	0	0	0	0
27. Tengo pensamientos que me invaden la mente	0	0	0	0
28. Estoy más interesado en el presente que en el futuro	0	0	0	0
29. Me siento intranquilo en las charlas y en las reuniones	0	0	0	0
30. Me preocupa y hago planes de futuro	0	0	0	0

ESCALA DE CAMBIO PERCIBIDO

CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACION

Nº promedio semanal de atracones en la primera semana = _____

-

Nº promedio semanal de atracones en la última semana = _____

=

Reducción en porcentaje

%

Nº promedio semanal de vómitos en la primera semana = _____

-

Nº promedio semanal de vómitos en la última semana = _____

=

Reducción en porcentaje

%

Nº promedio semanal de “dieta” en la primera semana = _____

-

Nº promedio semanal de “dieta” en la última semana = _____

=

Incremento del nº de días sin “dieta”

Nº de alimentos prohibidos incorporado a la dieta

--

VALORACIÓN GLOBAL CONDUCTAS ALIMENTACION

1	2	3	4	5
MUCHO PEOR		SIN CAMBIO		MUCHO MEJOR

CAMBIOS COGNITIVOS

Capacidad para poder detectar pensamientos irracionales relacionados con el peso y la comida (1-5)

Capacidad para poder detectar pensamientos irracionales relacionados con el peso y la comida (1-5)

Capacidad para solucionar eficazmente los problemas (1-5)

VALORACIÓN GLOBAL CAMBIO COGNITIVOS

1	2	3	4	5
MUCHO PEOR		SIN CAMBIO		MUCHO MEJOR



IMAGEN CORPORAL

Capacidad para poder detectar pensamientos irracionales relacionados con el peso y la comida (1-5)

Capacidad para poder detectar pensamientos irracionales relacionados con el peso y la comida (1-5)

Capacidad para poder valorar otros aspectos distintos a la imagen corporal (1-5)

Nº de actividades “recuperadas” relacionadas con la imagen corporal

Capacidad para cambiar de imagen con actividades saludables (1-5)

VALORACIÓN GLOBAL IMAGEN CORPORAL

1	2	3	4	5
MUCHO PEOR		SIN CAMBIO		MUCHO MEJOR

AUTO REGISTRO DE COMIDAS



Nombre y Apellidos.....
Fecha.....

Hora	Comida y líquido ingeridos	Lugar	Atracón	Vómito / laxantes	Contexto (pensamientos / sentimientos/actividades)

ANEXO II: MATERIAL UTILIZADO EN EL TRATAMIENTO

TABLA DE PESO

DIA / HORA	PESO (Kgs)	REACCION DE LA PACIENTE

TABLA DE OBJETIVOS ESPERADOS

1.-	_____
2.-	_____
3.-	_____
4.-	_____
5.-	_____
6.-	_____
7.-	_____
8.-	_____
9.-	_____
10.-	_____

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE UNA ALIMENTACIÓN “DESORDENADA”

<i>VENTAJAS</i>	INCONVENIENTES
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹
☺	☹

ACTIVIDADES ALTERNATIVAS AL ATRACON Y AL VOMITO









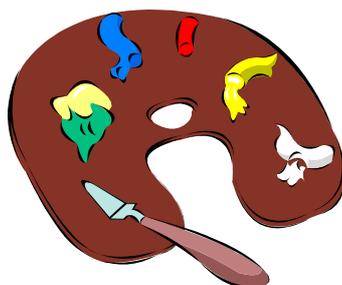



TABLA DE CONTROL DE ESTIMULOS

SITUACIONES QUE FACILITAN EL ATRACON/VOMITO	PLAN (¿qué hacer, cuándo y cómo)
☛ Tener el estómago vacío	⌚
☛ Pasar delante de una tienda de alimentación	⌚
☛ Tener alimentos de fácil acceso	⌚
☛ Estar sola en casa	⌚
☛	⌚
☛	⌚
☛	⌚
☛	⌚
☛	⌚

TABLA DE ALIMENTOS PROHIBIDOS



GRUPO 1 (MALESTAR 0-24)	GRUPO 2 (MALESTAR 25-50)	GRUPO 3 (MALESTAR 51-74)	GRUPO 4 (MALESTAR 75-100)

SITUACIONES EVITADAS RESPECTO A LA COMIDA

SITUACIÓN EVITADA	GRADO DE MALESTAR (0-100)	MOMENTO ELEGIDO





AUTO REGISTRO SPC

Nombre y apellidos:.....

Fecha y Hora	Situación	Pensamiento	Consecuencias (Emociones / conductas)



AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTOS

Nombre y Apellidos: _____

Fecha: _____

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	CONSECUENCIAS (Emociones / conductas)	DEBATE		CONCLUSIÓN LOGICA
			EVIDENCIAS A FAVOR DEL PENSAMIENTO	EVIDENCIAS CONTRA EL PENSAMIENTO	

SOLUCION DE PROBLEMAS

1.- Identifica el problema

2.- Genera soluciones alternativas

- a.-----
- b.-----
- c.-----
- d.-----
- e.-----
- f.-----

3.- Evalúa las soluciones planteadas

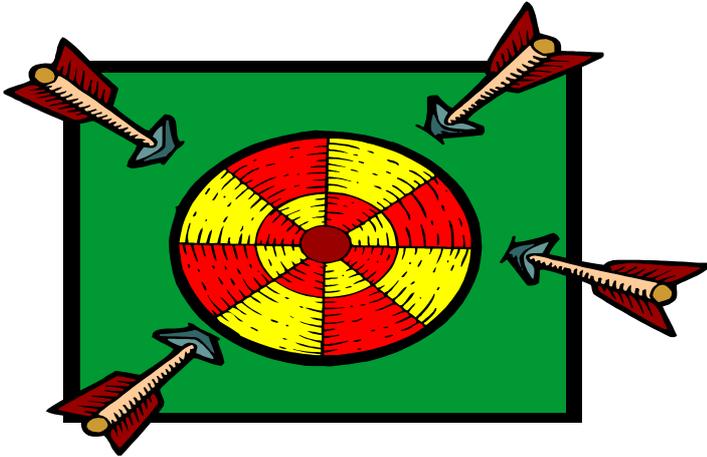
ALTERNATIVA	VENTAJAS	INCONVENIENTES	PUNTUACIÓN TOTAL
	SUMATORIO:	SUMATORIO:	

ALTERNATIVA	VENTAJAS	INCONVENIENTES	PUNTUACIÓN TOTAL
	SUMATORIO:	SUMATORIO:	
	SUMATORIO:	SUMATORIO:	

4.- Elige una/s alternativas/s

5.- Plan de acción: ¿cómo, cuándo, dónde?

Pon en marcha la alternativa elegida



SITUACIONES EVITADAS RELACIONADAS CON LA IMAGEN

SITUACIONES EVITADAS	MALESTAR (0-100)
	
	
	
	
	
	

PLAN DE ACCION

Durante esta semana, puedes (especificar actividad concreta, momento de la semana y condiciones de realización):

TABLA AUTODESCRIPTIVA

ATRIBUTOS PERSONALES	ASPECTOS POSITIVOS
ASPECTO FÍSICO (no relacionado con la figura: pelo, ojos, color de piel...)	
PERSONALIDAD	
RELACION CON LOS DEMAS	
CÓMO TE VEN LOS DEMÁS	
ESTUDIO O TRABAJO	
OCIO / TIEMPO LIBRE	
OTROS QUE SE TE OCURRAN	
OTROS QUE SE TE OCURRAN	

ACTIVIDADES PARA EL CAMBIO DE APARIENCIA

ACTIVIDADES	¿PUESTA EN MARCHA?
Cortarse el pelo	
Cambiar el estilo de maquillaje	
Hacerse la manicura	
Tomar el sol	
Depilarse	

PRUEBA DE REALIDAD

ZONAS CORPORALES	CONTORNO SEGÚN LA PACIENTE (cm)	CONTORNO OBJETIVO (cm)
Espalda (contorno de hombros)		
Brazos (zona superior)		
Cintura		
Estómago		
Caderas		
Muslos		
Gemelos		



PLAN DE MANTENIMIENTO

SITUACIONES DE RIESGO	ESTRATEGIAS MÁS ÚTILES	PLAN DE ACTUACION

ANEXO III: MANUAL DE TRATAMIENTO

SESIONES COMUNES

1ª SESION: EVALUACIÓN

1.- Necesidad e importancia de la evaluación

2.- Complimentación de la ficha de datos, entrevista EDE y cuestionarios BULIT-R, test de figuras y BSQ

3.- Tarea para casa: rellenar los cuestionarios HAD, Escala de Adaptación, BIS 11 y Cuestionario de Rosenberg.

1.- NECESIDAD E IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN

En un primer momento, antes de comenzar el tratamiento, necesitamos evaluar la amplitud de tus problemas de alimentación, conociendo qué características presentan y qué repercusiones tienen en el resto de tu vida. Para ello te haremos preguntas relacionadas directamente con tu patrón alimentario y otras que tienen que ver con los sentimientos y conductas que tengas respecto a ti misma y con los demás. Será necesario que respondas a las preguntas que te hagamos y contestes a los cuestionarios de la manera más sincera posible, ya que contamos con la información que tú nos des para poner en marcha todo el tratamiento. Es normal que en los primeros momentos sientas cierta reticencia a contarnos algo que te preocupa tanto, pero es algo que suele desaparecer rápidamente.

Algunas preguntas te las haremos aquí en sesión, pero para que no te sientas demasiado abrumada con tantas preguntas, dejaremos que contestes algunas en tu casa y la semana que viene las revisaremos.

2.- FICHA DE DATOS, ENTREVISTA EDE Y CUESTIONARIOS BULIT-R, TEST DE FIGURAS Y BSQ

El terapeuta completará la ficha de datos con la ayuda de la paciente. Tras ello, se evaluará el trastorno de la conducta alimentaria a través de la entrevista EDE. Finalizada la misma, la paciente rellenará en consulta los cuestionarios BULIT-R, test de figuras y BSQ, centrados en el trastorno alimentario.

3.- TAREAS PARA CASA

Como te dijimos aquí te entregamos unos cuestionarios que puedes rellenar en tu casa durante esta semana, en un momento en el que estés sola y tengas tiempo y concentración para hacerlo. Recuerda traerlos la próxima semana.

Explicar el modo de contestar a cada uno de los cuestionarios

2ª SESION: CONOCIENDO EL TRATAMIENTO

- 1.- Presentación del programa de tratamiento: estructura y duración del tratamiento
- 2.- Explicación de la aproximación cognitivo-conductual del tratamiento
- 3.- Requisitos del tratamiento
- 4.- Contrato conductual
- 5.- Resultados esperables
- 6.- Tareas para casa: tabla de objetivos

1.- PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO: ESTRUCTURA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en 16 sesiones en total (siendo la primera de evaluación y la segunda de introducción al tratamiento), llevándose a cabo una por semana (excepto las 2 últimas que se realizarán cada dos semanas). Las sesiones serán individuales y tendrán una duración aproximada de 60 minutos.

El programa está dividido en 3 fases: la primera de ellas consta de 8 sesiones, cuyo objetivo principal es que seas capaz de volver a recuperar el control sobre tu alimentación, estableciendo para ello un patrón regular de comida. Una vez que hayas conseguido cierto control sobre la alimentación, pasarás a la segunda fase (5 sesiones) que dirigirá su atención a aquellos factores que estén manteniendo el trastorno alimentario. Aprenderás a enfrentarte de manera más efectiva a aquellas situaciones que suelen provocar un atracón y aprenderás a identificar y modificar ciertas conductas, pensamientos y actitudes relacionadas con la comida y el peso. La última fase (2 sesiones) se centrará en el mantenimiento de los logros que hayas alcanzado hasta el momento, ya que el programa de tratamiento está diseñado para que los problemas con la alimentación no aparezcan de nuevo en el futuro.

2.- EXPLICACIÓN DE LA APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Entrega de la figura 1

Observa esta figura. Vamos a ir explicándola paso por paso. **Ir incorporando las propias experiencias de la paciente al respecto.**

La teoría cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios enfatiza como principal factor de riesgo en el inicio y mantenimiento de las conductas típicas de estos trastornos el comienzo de una dieta restrictiva (que puede ser el resultado de múltiples causas: excesiva importancia al peso, baja autoestima, influencia del entorno...). Como consecuencia, el organismo es sometido a la privación de una gran cantidad de alimentos, lo que conlleva a tener fuertes sensaciones de hambre y al consecuente

descontrol en la ingesta de comida (lo que comúnmente conocemos como atracón). Esta relación dieta-atracón, también puede observarse cuando, al romper una de las reglas que existan en la dieta (por ejemplo, comer un alimento “prohibido”), suele existir después un atracón. A su vez, existe relación en la dirección contraria atracón-dieta, ya que la dieta puede ser usada como una conducta compensatoria tras la ingesta de grandes cantidades de alimento.

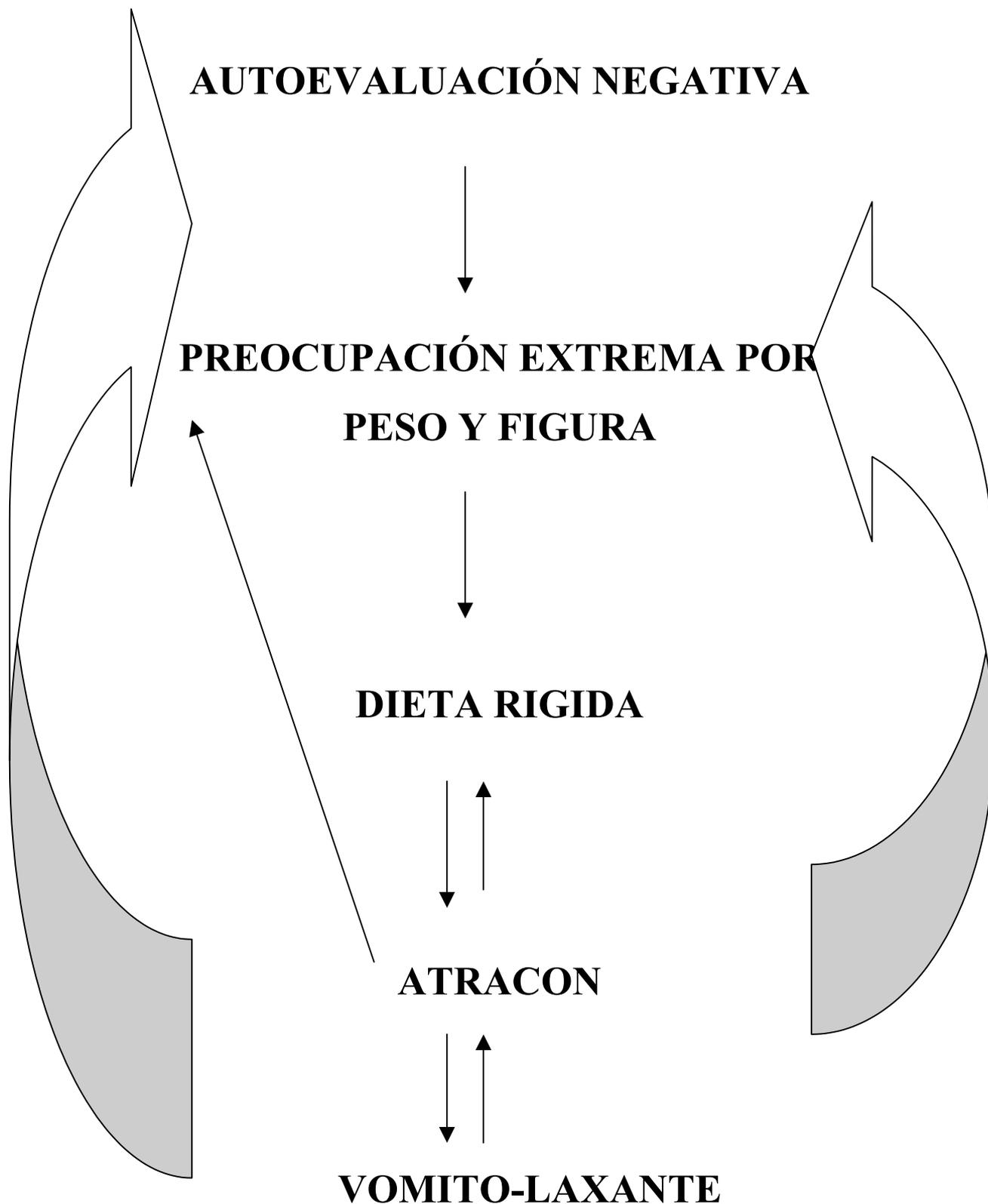
Respecto a los atracones y las distintas conductas purgativas (vómito auto-inducido, laxantes o diuréticos), quizás haya percibido que existe un círculo vicioso, ya que cuando existe un atracón, el sujeto suele tener sentimientos de culpabilidad, ansiedad, inseguridad... y como manera de contrarrestar esas sensaciones, pone en marcha conductas compensatorias. Y a su vez, cuando el sujeto pone en marcha estas conductas, está aceptando de manera anticipada, la existencia de otro atracón.

Por último, tienes que fijarte en la importancia de una preocupación excesiva respecto a la comida, peso y figura y la existencia de una baja auto-estima en el inicio de una dieta restrictiva y en el mantenimiento del ciclo completo, ya que tras un atracón es habitual tener pensamientos de fracaso y culpabilidad, lo que incrementa la baja auto-estima y las preocupaciones señaladas anteriormente. Igualmente, tras una conducta purgativa (normalmente vómito auto-inducido) son habituales los sentimientos de ineficacia y culpa.

De esta manera, habrás visto como el atracón o las conductas purgativas no son las únicas conductas problema en el trastorno alimentario, por lo que será necesario incidir también en el resto de conductas y pensamientos. Si consideras que el atracón es un problema aislado, los resultados que puedas esperar no permanecerán en el tiempo, ya que no habrán cambiado el resto de factores que influyen en el mantenimiento del problema. Es necesaria una reducción de la dieta, atracones y vómitos, y para que se mantengan los logros, habrá que tratar también las preocupaciones relacionadas con la comida y el afrontamiento inadecuado ante ciertas situaciones problema.

Es importante que entiendas este concepto cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa, para que comprendas el programa de tratamiento que te hemos propuesto. Si fuese necesario, podemos volver a revisar esta figura cuando lo requieras.

MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL



3.- REQUISITOS DEL TRATAMIENTO

Es normal que tengas miedo a enfrentarte al cambio que supone iniciar el tratamiento. El miedo a fallar es típico en personas con trastornos alimentarios, y más aún si ya has pasado por otros tratamientos anteriores. La experiencia nos dice que se puede hacer. Se pueden cambiar los miedos y las dificultades reales asociadas con los cambios de una conductas alimenticias muy arraigadas. Pero para ello es imprescindible que:

- Tengas una **buena disposición para cambiar los antiguos esquemas de pensamientos, sentimientos y conductas**. Deberás confiar en el resultado de las estrategias que aprenderás, aunque en un primer momento te parezcan desconocidas o poco agradables. En algunos momentos te sentirás menos predispuesta al cambio. Es necesario que comentes los temores y dudas que tengas.

- Des una **alta prioridad al tratamiento** en tu vida durante unos meses. Si algún elemento puede interferir con el adecuado seguimiento del tratamiento, es necesario que retrases el comienzo del tratamiento hasta tenerlo todo resuelto.

- Aceptes que el **proceso terapéutico va ser difícil**, requiriendo mucho trabajo y persistencia. Es necesario que hagas las tareas para casa. En cada sesión tendrás información y consejos sobre lo que se trate, pero eres tú quién tiene que poner en marcha lo que aprendas durante las sesiones, siendo necesaria tu participación activa y tu esfuerzo diario.

4.- CONTRATO CONDUCTUAL

A continuación vamos a realizar un contrato, con el objetivo de especificar las obligaciones y los derechos de las partes implicadas, es decir, los tuyos y los del terapeuta. De esa manera, ambas partes asumiremos los compromisos necesarios para el funcionamiento adecuado de la terapia. También te entregaremos un documento, para que nos des tu consentimiento informado

CONTRATO TERAPÉUTICO

El objetivo de este contrato es especificar y aceptar las condiciones generales del programa de tratamiento por parte de las partes implicadas (...../.....) y asumir los compromisos primordiales que debemos respetar para su perfecto desarrollo.

Condiciones de funcionamiento:

- **Las sesiones de tratamiento se llevarán a cabo semanalmente**

- **El lugar de celebración de las sesiones será.....**

- **El material obtenido a lo largo del proceso terapéutico quedará a disposición exclusiva de los terapeutas, garantizando así la confidencialidad de todos los datos obtenidos. Si se necesitase su uso con algún fin terapéutico, serás informada de ello, siendo necesario tu consentimiento**

- **El terapeuta se compromete a cumplir y respetar todo lo expuesto anteriormente**

Compromisos de

- se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En aquellas ocasiones que le sea imposible acudir, deberá avisar con antelación a su terapeuta o al centro.

- se compromete a realizar las tareas y los trabajos solicitados por los terapeutas y a traerlos a la sesión.

- En caso de no asistencia repetida o no realización de los trabajos, se dará por finalizada la terapia.

- Siempre que sea necesario y que suponga un beneficio terapéutico importante, deberá facilitar que se consulte con cualquier familiar o persona allegada para que ofrezca información complementaria sobre su problema o para que participe de forma directa o indirecta en el curso del tratamiento

Madrid, a..... de..... de 200....

Paciente

Terapeuta

5.- RESULTADOS ESPERABLES

Nuestro tratamiento está basado en una aproximación cognitivo-conductual, cuyas técnicas principales nos han mostrado su eficacia en pacientes con trastornos alimentarios. Es difícil cambiar hábitos “inadecuados” que llevan mucho tiempo formando parte de tu rutina diaria, pero las técnicas que conforman este tratamiento están basadas en muchos años de experiencia con pacientes con problemas parecidos al tuyo y nos han mostrado ser extremadamente útiles con ellos. Debes estar tranquila, ya que la aplicación de las técnicas se hará de manera gradual, siguiendo unas pautas concretas, pero respetando a la vez tus propias demandas. Además, hemos comprobado que estas mejorías perduran en el tiempo (más allá de la finalización del tratamiento). Es normal que puedan existir dificultades con la alimentación al finalizar el tratamiento, pero hemos observado que lo normal es que continúen las mejorías en los 4-8 meses siguientes. No debes pensar que vas a “curarte”, en el sentido literal del término; en momentos de dificultades o tensión, puedes empeorar, ya que serás una persona más sensible que el resto respecto a la alimentación, peso y figura; sin embargo, con la aplicación de las estrategias aprendidas durante el tratamiento se vuelven a recuperar los logros alcanzados.

6.- TAREAS PARA CASA

Para poder conocer qué expectativas tienes del tratamiento, te propongo que escribas en la tabla que te doy a continuación, los objetivos que crees que puedes conseguir con la aplicación de este tratamiento y tu esfuerzo. **Entregar tabla objetivos.**

PENULTIMA SESION: PREPARACION PARA LAS RECAIDAS

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto-registros de comida, patrón y auto-registro de solución de problemas. Revisión del plan de acción acordado. Gráfica semanal
- 2.- Revisión de los logros obtenidos durante el tratamiento e introducción del último módulo
- 3.- Distinción entre caída y recaída: modelo de Marlatt y Gordon
- 4.- Tareas para casa: auto-registro de comida, patrón regular e identificación de situaciones riesgo

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se revisarán por última vez todos los auto-registros mandados para casa, dando las consideraciones oportunas. En especial los auto-registros de solución de problemas y el plan de acción indicado.

Gráfica semanal.

2.- REVISIÓN DE LOS LOGROS OBTENIDOS DURANTE EL TRATAMIENTO E INTRODUCCIÓN DEL ÚLTIMO MÓDULO

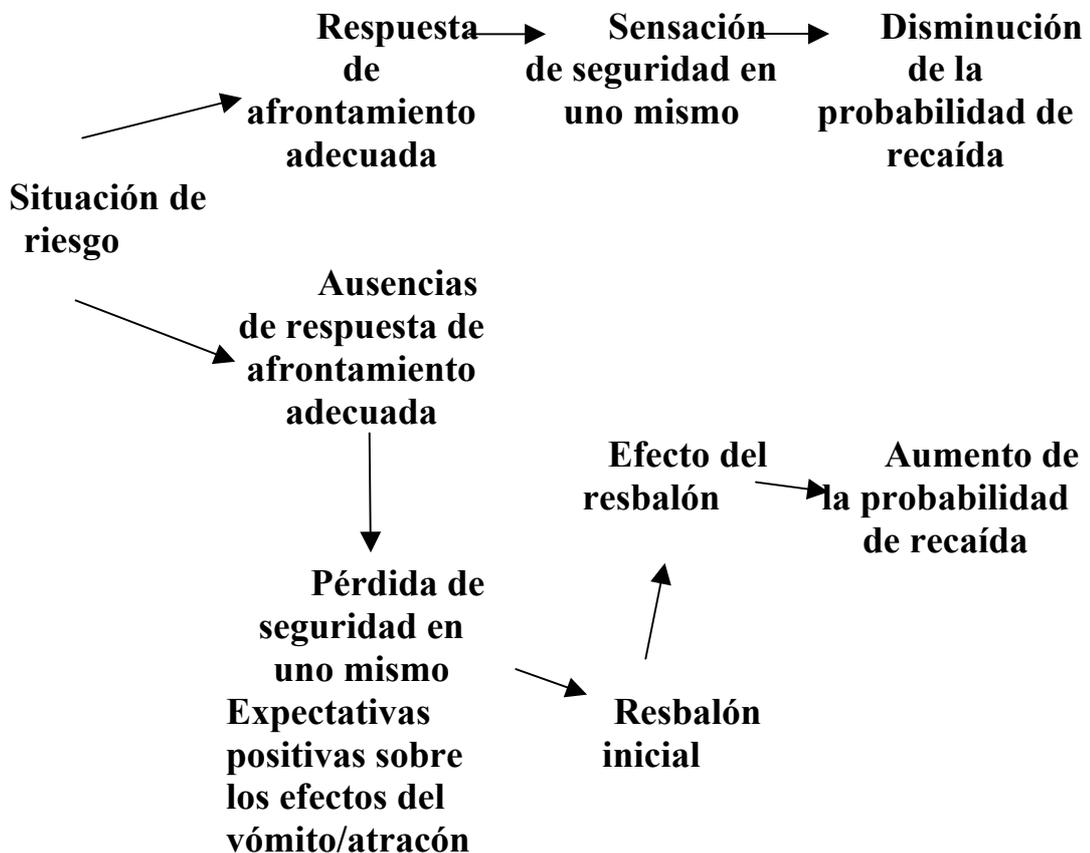
El objetivo de este programa de tratamiento ha sido ayudarte a aprender las técnicas necesarias para conseguir los avances observados. Esas estrategias debes seguir poniéndoles en marcha tras la finalización del tratamiento. Por ello, las dos últimas sesiones se llevarán a cabo con un intervalo temporal de 2 semanas entre sí. De esa manera, habrá más oportunidades para que seas capaz de poner en marcha las estrategias aprendidas y poder evaluarlas. Esto es necesario para identificar los aspectos del tratamiento que te han sido más útiles y empezar a prepararte para la finalización del mismo, preparando un plan que incorpore dichas técnicas. De esta manera, podrás mantener y fortalecer lo aprendido hasta el momento.

Es importante conocer la evolución que has tenido durante el tratamiento. Contesta, ¿hasta qué punto piensas que has tenido éxito en la obtención de resultados positivos respecto al trastorno alimentario? **Volver a retomar el material en el que la paciente escribía los objetivos que pensaba conseguir con el tratamiento. Trabajar sobre ello.**

Si consideras que la terapia ha tenido resultados positivos ¿sientes ahora inseguridad respecto al mantenimiento de los avances logrados, al finalizar la terapia? ¿piensas que necesitas tratamiento adicional?. **Aquí el terapeuta tendrá que conocer las necesidades personales de la paciente y valorar conjuntamente si es necesaria la prolongación del tratamiento o la necesidad de otro tipo de terapia.**

Ahora vamos a revisar los avances obtenidos durante el tratamiento y las áreas que aún quedarían por mejorar. **Entregar el material necesario al paciente y pedirle que ella**

MODELO PSICOLÓGICO DEL PROCESO DE RECAÍDA



En una situación de riesgo el sujeto tiene más probabilidades de volver a vomitar o a atracarse. Al pasar por el WC recuerda lo a gusto que se quedaba cuando vomitaba, al abrir el armario de la cocina y ver la nocilla recuerda su agradable sabor. En ese momento en el que experimenta pensamientos positivos de los efectos de vomitar o atracarse nota como su cuerpo se activa (ej. su corazón late más deprisa) En ese momento reconoce el riesgo y la inminencia de la recaída.. Sin embargo todavía está a tiempo de corregirla si es consciente de lo que le está sucediendo y adopta una respuesta de afrontamiento (ej. no coger el tarro de nocilla, no entrar en el W.C....). Si es así, va a notar un sentido general de auto-eficacia

que hace que el tratamiento que está realizando sea aún más eficaz. Además, también va a aprender que la inminencia de la recaída puede ser alterada, analizando de forma racional la situación y dando una respuesta adecuada de afrontamiento.

Si por el contrario, el individuo permanece en la situación de alto riesgo por un período de tiempo prolongado, va a empezar a racionalizar el dilema de volver a atracarse o a vomitar después de un tiempo sin hacerlo con los siguientes pensamientos: “por hacerlo una vez no va a pasar nada” “estaré más tranquilo si cedo a la tentación”. También empieza a anticipar los efectos positivos de atracarse o purgarse, piensa que se va a sentir muy bien. Piensa que ya no tiene control sobre su conducta, el deseo de purgarse o atracarse es cada vez más intenso, es como si sus pensamientos o sentimientos le estuvieran haciendo una mala jugada en su situación actual. Esto le lleva a tener un resbalón inicial.

Si a partir de aquí no se interviene el individuo va a volver a las andadas. Una vez que se haya atracado o purgado la primera vez y no haber hecho nada, lo más probable es que niegue y oculte lo sucedido, en caso de ser descubierto, y empiece a atracarse o purgarse de forma continuada. Es más, el impulso a continuar haciéndolo le sobrepasa.

Los efectos del resbalón son la generación de una auto-imagen negativa, así como la atribución de una incapacidad personal por superar su tendencia a purgarse o atracarse. El sujeto atribuye la causa del desliz al fracaso personal o a sus debilidades personales. Es posible que en vez de considerar el resbalón como una simple respuesta situacional, atribuya la causa de la misma a la falta de fuerza de voluntad o a que es una persona débil. En este sentido atribuirá todo su fracaso a causas internas o personales. Si el desliz se considera como un fallo personal, la expectativa del individuo de que va a seguir fracasando, seguirá aumentando.

Se deben identificar las situaciones de alto riesgo que puedan facilitar la aparición de una recaída y preparar al sujeto para el afrontamiento de las mismas. Dotar al sujeto de estrategias (cognitivas, conductuales, manejo de estrés) que le permitan hacer frente a las situaciones de conflicto y generar expectativas realistas respecto de su evolución, facilitará su recuperación completa.

Para dotarle de estrategias de afrontamiento eficaces no basta con la mera presentación de cada una de ellas, sino que la paciente debe practicarlas en vivo o en imaginación.

4.- TAREAS PARA CASA

Cumplimentar los auto registros de comida, seguir con el patrón alimentario e identificar las situaciones que a la paciente le parecen más arriesgadas, es decir, que si se da esa situación, la paciente tiene más probabilidades de atracarse o de llevar a cabo una conducta purgativa. Para ello, se le entregará el auto registro de prevención de recaídas, pero sólo deberá fijarse en la primera columna.

ULTIMA SESION: PREPARACIÓN PARA LAS RECAIDAS (cont)

- 1.- Revisión de tareas: auto-registro de comida, patrón de alimentación y registro de situaciones riesgo. Gráfica semanal
- 2.- Establecimiento de un plan de mantenimiento
- 3.- Evaluación final
- 4.- Planificación del seguimiento

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se prestará atención a lo auto-registros de comida, y se comentarán las situaciones riesgo que haya elegido la paciente, para posteriormente trabajar sobre dicho auto registro.

Se llevará a cabo la última gráfica semanal y se volverá a valorar la evolución de la misma desde el inicio, hasta el final, observando la fase intermedia.

Igualmente, se revisarán las situaciones más “peligrosas” para la paciente, trabajando con ellas posteriormente durante la sesión.

2.- ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE MANTENIMIENTO

Vamos a desarrollar un plan para el mantenimiento de los avances alcanzados. Va a ser necesario que especifiques las estrategia que te han parecido de mayor utilidad, las áreas problema que aún se mantienen (incluyendo las futuras situaciones problemáticas que pueden ocurrir en las siguientes semanas o meses) y las estrategias que podrías usar para tener éxito.

Como comentamos en la sesión anterior, puede ser normal que tengas caídas. Será necesario que en esos momentos revises tu plan de mantenimiento, afrontando lo ocurrido de la manera más positiva posible, reestableciendo una situación más normalizada para no llegar a una recaída completa. Es peligroso que vuelvas a ponerte a dieta, ya que eso suele llevar a recaer en el círculo dieta-atracón-vómito. La caída puede servirte para aprender a reconocer ciertas situaciones en las que aún tienes que estar más alerta de lo habitual.

A continuación te ofrecemos unas pautas generales sobre cómo puedes actuar ante la urgencia de darte un atracón y qué hacer tras haberlo hecho. **Entregarlas**. Puedes usarlas si te parecen útiles. Este material te puede dar una idea sobre la manera de mensajes que tienes que tener en cuenta durante una caída.

Ahora vas a ser tú misma quién se diseñe un plan de mantenimiento. Ya has valorado cuáles van a ser los momentos más difíciles para ti en un futuro. Ahora tendremos

que ir viendo cuáles han sido las estrategias más útiles para ti a lo largo del tratamiento y qué se puede hacer en cada una de las situaciones propuestas.

INSTRUCCIONES ANTE LA URGENCIA DEL ATRACON
a) Que no te entre el pánico. Las ganas de una “desviación” de lo programado es usual y no significa que todos tus esfuerzos vayan a ser inútiles.
b) Revisa el modelo
c) No te des por vencida antes de tiempo, puedes hacer muchas cosas. No pienses que no puedes vencer el deseo. Las ganas de darte un atracón solo quieren decir que debes estar preparada para ello, controlando tus pensamientos y sentimientos.
d) Analiza la situación, repasa los principios estudiados y recuerda las habilidades aprendidas.

INSTRUCCIONES CUANDO EL ATRACON HA TENIDO LUGAR

a) Detente después de haberte dado un atracón por primera vez. Tómate media hora para considerar la siguiente información

b) Una simple caída, un patinazo, un resbalón o retroceso no es del todo inusual, por ello no quiere decir que tú necesariamente hayas vuelto a las andadas o que hayas perdido de nuevo el control sobre la comida o que esta controle tu vida

c) Probablemente te estás sintiendo culpable o tienes sensación de malestar por lo que has hecho. No te preocupes. Este sentimiento es esperable y forma parte del efecto de transgresión del compromiso. No hay ninguna razón por la que tengas que rendirte. Esta sensación irá desapareciendo en breve.

d) Considera la caída como una experiencia de aprendizaje. ¿Cuáles han sido los elementos de la situación de alto riesgo que te han llevado a ella? ¿Hiciste algo? ¿Qué tipo de respuestas pudiste haber utilizado para hacer frente a la situación? ¿Puedes recurrir a esa respuesta adecuada todavía? ¿Había señales que te puedan servir como aviso para otra vez? ¿qué has aprendido para la próxima vez?

e) Renueva el compromiso. Piensa en los beneficios que obtendrás.

f) Recuerda: una simple caída no significa necesariamente la pérdida de control.

3.- EVALUACIÓN FINAL

Se volverán a aplicar todas las pruebas hetero y auto aplicadas, de la primera sesión. Y se entregará el material necesario para la valoración de la satisfacción con el tratamiento

4.- PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO

A partir de ahora las sesiones serán muchos más espaciadas en el tiempo. Tendrán como objetivo la revisión de la evolución seguida hasta ese momento. La primera de ellas será a los 3 meses. Contactaré de nuevo contigo a través de una llamada telefónica.

MODULO “ALIMENTACIÓN”

3ª SESION: REGULARIZANDO PATRONES

- 1.- Revisión de tareas: tabla de objetivos
- 2.- Introducción a los auto-registros
- 3.- Introducción del peso semanal
- 4.- Tarea para casa: completar los auto-registros de comida

1.- REVISIÓN DE TAREAS

El terapeuta deberá revisar los objetivos que pretende alcanzar la paciente, reforzando aquellos que son posible de obtener, (señalando el esfuerzo necesario para conseguirlos) y haciéndole ver que quizás algunos de los que proponga no son del todo realistas o no son competencia del tratamiento actual.

2.- INTRODUCCIÓN A LOS AUTO-REGISTROS

Ahora vamos a tratar sobre la primera tarea para casa. Consiste en comenzar a registrar tus hábitos alimentarios. Es necesario que sepas la importancia que tiene la realización de estos registros. Por un lado, nos ayuda a examinar tus hábitos alimentarios y las circunstancias bajo las que el problema aparece. Además, te ayudará a modificar tus hábitos alimentarios, sentimientos y pensamientos problemáticos al ser conscientes de ellos gracias a su registro. Se realizarán a lo largo de todo el tratamiento.

Es normal que al principio puedas mostrar cierta reticencia a completar los auto registros. No debes culpabilizarte por tu conducta. El registro de lo que ocurre actualmente es el primer paso para modificar tu problema de alimentación y superarlo.

Aquí tienes las instrucciones que debes seguir a la hora de rellenar cada día un auto registro. Lo comentaremos observando este ejemplo. [Facilitar las instrucciones por escrito y el modelo de ejemplo, comentando la utilidad y el modo de rellenar cada columna](#)

INSTRUCCIONES DEL AUTO-REGISTRO

El propósito del auto-registro es proveer una información detallada de tus hábitos alimentarios. Es fundamental en el tratamiento. Al principio, anotar todo lo que comes puede parecer un inconveniente, pero pronto se convertirá en algo natural y de gran ayuda.

Te vamos a entregar una hoja como esta para cada día, anotando la fecha y el día de la semana que corresponda.

Cuanto antes se registre la comida realizada mejor, ya que pasado un tiempo podemos olvidar detalles importantes. Por lo tanto, un buen momento para rellenarlo será tras la cena, antes de dormirte. Tómallo como una tarea que te ocupará poco tiempo.

- La **columna 1** es para anotar **cuándo** tomaste el alimento o líquido.

- La **columna 2** es para anotar toda la **comida y líquido** que ingieras durante el día. Deberás apuntar el tipo de comida o bebida que tomes y la cantidad en la que lo hagas. Por ejemplo, si tomas 1 o 2 tazas de leche o si comes un plato pequeño u hondo de sopa.

- La **columna 3** es para anotar el lugar **dónde** comiste. Si es en casa, deberás especificar en qué habitación.

- La **columna 4** sirve para que puedas categorizar una comida como un **atacón**, escribiendo en ella un asterisco (*) a la altura de dicha comida

- La **columna 5** sirve para registrar los episodios de **vómitos** o el uso de **laxantes o diuréticos** en el momento en el que te ocurran

- En la **columna 6** puedes anotar aquellos **pensamientos y sentimientos** que pueden influir en tu alimentación. Por ejemplo, puedes pensar que una discusión ha hecho que tengas un atracón. En este caso, deberías escribir los sentimientos y pensamientos que tuviste en ese momento. También puedes escribir otras situaciones que te apetezcan, aunque no estén relacionadas con la alimentación.

En cada sesión revisaremos detenidamente estos registros. Debes acordarte de traerlos todas las ocasiones.

3.- INTRODUCCIÓN DEL PESO SEMANAL

En este tratamiento, el terapeuta pesará todas las sesiones a la paciente en consulta a partir de la siguiente sesión, tras la revisión de las tareas para casa. La paciente deberá descalzarse antes de pesarse. Se descontarán 500 gramos del peso señalado en la báscula en concepto de la ropa que lleva la paciente. Se pesará de espaldas, para que no pueda ver su peso, y así no causarla malestar. El terapeuta irá anotando el peso semanal en la tabla de

peso y no dejará que la paciente lo vea (sólo se lo enseñará cuando considere que está preparada para verlo).

Algo que suele preocupar en extremo a las pacientes con trastornos alimentarios, es su peso. Nuestro tratamiento no tiene como objetivo que alcances un peso determinado. Pero no es algo que podamos dejar de lado, ya que esa preocupación puede llevar a “contaminar” el resto de los objetivos y necesitar mayor esfuerzo para conseguirlos. Además, es habitual que existan ciertos hábitos respecto a la conducta de pesarse. Hay pacientes que suelen pesarse todos los días (incluso más de una vez por día), y otras que evitan subirse a la báscula, huyendo de ella. En tu caso ----- En base a la evaluación pretratamiento, el terapeuta conocerá las conductas de la paciente respecto al peso. Es decir, no tienes una conducta normalizada respecto al peso, sino que es algo que influye mucho en tu estado de ánimo y en tus actos. Por ello, a partir de ahora es preciso regular esta conducta, pesándote una vez a la semana durante la sesión.

Te pesarás tras haber revisado las tareas que traigas para casa. Es necesario que te descalces y te pongas de espaldas a la báscula, para que no puedas ver tu peso. Debes confiar en que no queremos que tu peso aumente. Simplemente, pretendemos que estés atenta a lo que te explicamos durante la sesión, sin estar pendiente del peso que hayas observado. Pero no te preocupes, cuando consideremos que estás preparada para poder ver la evolución de tu peso, te lo enseñaremos; ya verás como no te habremos estado ocultando nada importante. Sólo pretendemos que tengas una relación sana con la báscula.

4.- TAREAS PARA CASA

Durante esta semana tendrás que rellenar cada día en una hoja distinta el auto registro de comida tal y como lo hemos explicado en sesión. Es necesario que traigas todos ellos para la próxima reunión.

4ª SESION: INSTAURACIÓN DEL PATRON ALIMENTARIO

- 1.- Revisión de tareas: auto-registros de comida. Gráfica y peso semanal
- 2.- Información respecto al peso
- 3.- Instauration del patrón alimentario. Entrega del decálogo de alimentación
- 4.- Tareas para casa: completar los auto-registros de comida, lectura “un peso saludable” y consecución del patrón alimentario.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Vamos a comenzar la sesión revisando los auto-registros que hayas rellenado esta semana.

Esta y el resto de sesiones comenzarán con una revisión de los auto-registros que correspondan, desde el último día que la paciente estuvo en sesión y se pesará a la paciente. Durante esta sesión, se revisará más a fondo que en el resto. La calidad de los auto-registros está relacionada con la atención que el terapeuta muestre hacia ellos. Por esta razón, el terapeuta debería revisar muy detalladamente los auto-registros en esta sesión. Se debe tener en cuenta:

- **Cuándo** fueron hechos los auto registros, es decir, cuánto tiempo pasó desde que ingirieron el alimento o líquido hasta que lo anotaron.
- La **exactitud de la descripción**.
- Los **motivos de la falta de información** de algunos días (si existiese).

Consejos prácticos a seguir por el terapeuta en esta revisión:

- Cualquier **dificultad** que haya presentado la paciente, deberá ser explorada y habrá que encontrar alguna solución para que eso no vuelva a ocurrir.
- Habrá que **reforzar** a la paciente cuando haya hecho todos los registros de manera adecuada.
- En general es mejor que **la paciente guíe al terapeuta** en cada hoja de registro; de esa manera se asegura la participación activa de la paciente en el proceso de revisión.

- Habrá que **detenerse con más detalle en las comidas señaladas como atracón** (con un asterisco). El terapeuta debe saber por qué la paciente consideró que esa comida era un atracón y el qué pudo precipitarlo.
- Al revisar los auto registros, el terapeuta deberá intentar **relacionar el comportamiento** de la paciente **con los pensamientos y sentimientos**, preguntando, por ejemplo, qué pensamientos tenía justo antes de comer algo, y observando la columna que está dedicada a ello.
- **Si la paciente se niega a cumplimentar los auto registros**, el terapeuta deberá saber por qué se muestra reticente. A veces es útil reaccionar con cierta sorpresa, ya que el no rellenar los auto registros perjudicará notablemente al tratamiento. En estas condiciones se debe volver a explicar la importancia que tienen y resolver las dudas o dificultades.

Tras la revisión de los auto-registros de comida, se introducirá la gráfica de la evolución de vómitos y atracones. Entregar hoja milimetrada

En muchas ocasiones, uno mismo no es consciente de los avances que está obteniendo con el tratamiento. Un método eficaz y sencillo para comprobarlo puede ser a través de un gráfico que muestre la evolución en el número de atracones y vómitos desde el comienzo del tratamiento hasta el final del mismo. Ya que tenemos esa información recogida en los auto registros de comida, podemos trasladar esos datos a una hoja milimetrada, compuesta por dos ejes: un eje estará formado por los días del mes y otro por el número de vómitos o atracones. Los vómitos los señalaremos con el color rojo y los atracones con el azul.

Comenzar a realizar el gráfico con los auto-registros de la primera semana.

2.- INFORMACIÓN RESPECTO AL PESO

Hoy vamos a ofrecerte información respecto al peso corporal.

Es importante distinguir las nociones de sobrepeso y obesidad. ¿qué significa cada una de ellas para ti? ¿qué diferencias encuentras entre ambas?. No se puede llamar obesa a una persona a la que simplemente le sobran unos kilos. Es cierto que el exceso de peso puede producir trastornos de diversas índole, pero son mucho más graves los trastornos debidos a una pérdida de peso por debajo del normal. Vivimos en una época en que existe un gran prejuicio contra la obesidad.

Me gustaría que me dijese qué has conseguido estando delgada/ intentado estar delgada: ¿han mejorado las relaciones con tus amigos? ¿ y con tú familia? ¿estás más contenta contigo misma?. Quizás pensabas que conseguir un peso determinado iba a suponer un triunfo social. Es posible que incluso te hayas propuesto alcanzar un peso “ideal” para ti. ¿te has fijado para ello en las modelos, o en alguna tabla que te indicaba tu peso adecuado?. Para que no tengas ideas equivocadas, vamos a aprender a calcular tu IMC y así saber en qué apartado te encuentras. El índice de masa corporal consiste en una cifra que relaciona el peso de la paciente con su altura, señalando si se encuentra en un peso normalizado o no en función de lo que mide. Como resultado de dividir el peso entre la altura de la paciente (al cuadrado), se obtiene una cifra que pertenece a alguna de las categorías establecidas que verás a continuación. Calculemos tu IMC

Tu IMC = peso en Kg / (altura en m)², es de -----; ahora observa esta tabla:

IMC	DESCRIPCIÓN
< 18	Infrapeso
18-20	Peso por debajo del normal
20-25	Peso saludable
25-30	Sobrepeso
> 30	Obesidad mórbida

Eso significa que -----

De esta manera, han empezado muchos de tus problemas. Has ignorado que tu peso es algo que está en gran medida predeterminado por bastantes factores (entre ellos hereditarios). Hay que distinguir entre el peso ideal y el peso biológico. El peso biológico es el que tiene una persona debido a sus características físicas individuales, genéticamente determinadas, cuando mantiene unos hábitos alimentarios correctos. De igual manera, unas

personas son rubias, otras morenas, unas más altas, otras más bajas.... pues unas son más delgadas y otras más gruesas, aunque coman de manera parecida.

¿Crees realmente que las dietas son eficaces? ¿no conoces a personas que llevan toda la vida haciendo dieta sin conseguir bajar de peso?. Estas personas suelen bajar su peso mientras hacen la dieta, pero al abandonarla lo suelen recuperar, buscando el propio organismo alcanzar su peso biológico. Vamos a comparar lo que aquí ocurre con un péndulo. Si no ejerces fuerza sobre la esfera, ésta permanece siempre en el mismo punto. Si se le empuja, se desplaza hacia dónde hemos empujado, pero después, espontáneamente vuelve a recuperar su punto de equilibrio. Para conseguir que la esfera estuviese siempre en ese punto, tendríamos que sujetarla permanentemente. Ocurre lo mismo con el peso: para mantenerle por debajo del peso biológico habría que estar constantemente haciendo dieta o llevando a cabo conductas anómalas (vómito, abuso de laxantes o ejercicio físico intenso). Y cuando se suspende la dieta puede rebasar ligeramente el peso normal hasta que finalmente se nivele hasta el peso biológico.

Hay que señalar las consecuencias que pueden tener una dieta severa. El cuerpo intenta suplir el aporte calórico necesario, disminuyendo la tasa de su metabolismo, enlenteciendo el proceso digestivo o reduciendo el ritmo cardíaco, provocando como consecuencia de todo ello trastornos físicos, como caída del cabello, sensaciones permanentes de frío, trastornos cardíacos...

Es posible que pienses que el tratamiento va a suponerte una ganancia de peso. Debes saber que en la mayoría de los casos no supone ningún cambio en el peso o supone un cambio mínimo. En vez de seguir apostando por ese peso “ideal”, será más saludable que aplaces esta decisión hasta que hayas recuperado el control sobre tu alimentación y hayas aprendido a comer de manera más saludable. Entonces será cuando puedas decidir qué cantidad de comida y de qué manera puedes tomarla, para mantener estable tu peso “biológico”.

3.- PATRON REGULAR DE ALIMENTACIÓN

A partir de ahora vamos a establecer unas pautas de alimentación básicas que mantendremos a lo largo del tratamiento. Te van a ayudar a eliminar la dieta restrictiva y

los atracones. Puede que, ahora al principio te parezca difícil de llevar a cabo; es normal y le puede pasar a mucha gente como tú. Lo importante es que los vayamos implantando poco a poco y que cada paso que demos, por pequeño que sea, lo tengamos en cuenta y lo valoremos como un gran avance. No debes pensar que vas a ganar peso, ya que la introducción de un patrón alimentario disminuirá tu frecuencia de atracones, lo que supondrá una reducción de tu ingesta calórica. Tú misma podrás comprobarlo. Después te daremos una tarjeta en la que vienen resumidas las siguientes indicaciones. Es de fácil manejo, para que puedas llevarla contigo hasta cuando lo consideres necesario. [Entregarla](#)

- Todos los días tendrás que realizar 3 comidas principales y 2 tentempiés, que serán las siguientes:

- **desayuno**
- **tentempié de media mañana**
- **comida**
- **merienda**
- **cena**

- El horario de comidas será siempre el mismo (salvo excepciones), teniendo en cuenta las costumbres de tu casa o el sitio dónde comas habitualmente. Así pues, tendremos:

A diario	A diario	Fines de semana
Desayuno		
Tentempié		
Comida		
Merienda		
Cena		

- **Es recomendable que sigas este patrón y nunca deberás estar más de cuatro horas sin tomar nada**
- **El patrón establecido debe prevalecer por encima de otras actividades. Independientemente de la sensación de apetito que tengas o la sensación de saciedad, deberás llevarlo a cabo, sin saltarte ninguna comida o tentempié ni comer algo en momentos no planeados**
- **Si no puedes anticipar un día concreto, deberías encontrar lo antes posible un momento para poder hacerlo**
- **También vamos a establecer una duración para cada comida. Por eso dispondrás de 15 minutos para el desayuno, tentempié y merienda y 30-40 minutos para la comida y cena. Es bueno que comas despacio, que mastiques lentamente, que saborees la comida, dentro del tiempo hemos marcado. Puedes ayudarte dejando los cubiertos sobre la mesa entre bocado y bocado y acabando de ingerir totalmente el alimento que tengas en la boca antes de comer más cantidad. También puedes parar unos instantes, en intervalos regulares durante las comidas**
- **Tanto la comida como la cena deberán constar de un primer plato, un segundo plato y postre, que deberás comer por separado, primero uno y luego otro, sin mezclarlos ni comerlos a la vez**

- Deberás procurar tener una alimentación variada. En esta fase lo importante no es tanto qué comas sino cuándo y cómo lo comas. Por lo que lo más adecuado es que tu comida sea la que se prepare para todos en casa o en el sitio en el que comas habitualmente
- Es recomendable que no cuentes las calorías que ingieres; ni siquiera que hagas una estimación del total de calorías consumidas en cada comida
- Deberás comer cantidades "normales" de comida, basándote en lo que comen los que están a tu alrededor y que no tienen problemas de alimentación
- Es aconsejable que no tomes mucha cantidad de líquido durante las comidas, ya que eso podría hacerte sentir llena
- Es bueno que cada vez que vayáis a comer, pongas el mantel, servilletas y que te sientes a la mesa. No comas nunca de pie ni haciendo otra cosa. Dedica un tiempo fijo a las comidas, puesto que se trata de convertirlo en un momento agradable, sin que sufras angustia ni miedo
- Tendrás que permanecer sentada a la mesa hasta que hayas terminado toda la comida.
- Después de la comida y la cena vamos a establecer un tiempo de reposo, en el que no deberás realizar ningún ejercicio físico, ni siquiera fregar los platos o limpiar la cocina. Ese tiempo será de al

menos media hora, y puedes dedicarlo, por ejemplo, a ver la televisión o llamar por teléfono

- Tras esas comidas y tentempiés no podrás vomitar ni usar cualquier otro método purgativo

DECÁLOGO DE LA ALIMENTACION

- TOMA 3 COMIDAS PRINCIPALES Y 2 TENTEMPÍES
- COME LO MISMO QUE LOS DEMÁS Y EN LA MISMA CANTIDAD
- TOMA 1º, 2º PLATO Y POSTRE EN COMIDA Y CENA
- TOMA ALIMENTOS VARIADOS
- NO TE DISTRAIGAS MIENTRAS COMES
- MANTEN EL MISMO HORARIO Y LUGAR PARA LAS COMIDAS
- NUNCA ESTES MAS DE 4 HORAS SIN TOMAR NADA
- REPOSA UN RATO DESPUÉS DE LA COMIDA Y LA CENA
- NUNCA TE PROVOQUES EL VOMITO
- NO UTILICES LAXANTES NI DIURETICOS

4.- TAREAS PARA CASA

Para que puedas reflexionar sobre toda la información que hemos tratado en sesión respecto al peso, léete esta lectura -entregar lectura “un peso saludable”- Anota todas las

dudas que te surjan o los comentarios que quieras hacer al respecto. Así podremos hablar sobre ello la próxima sesión.

Además, intenta seguir el patrón alimentario que hemos establecido en sesión. No te preocupes si esta primera semana tienes dificultades para ponerlo en marcha. La evolución será progresiva. Comentaremos en la siguiente sesión cómo te ha ido.

Continúa rellenando los auto-registros de comida. Comprende lo importante que son en este momento, para poder observar tu evolución en la instauración del patrón alimentario.



UN PESO SALUDABLE

En la sociedad en la que vivimos se confunden conceptos, y las nociones de sobrepeso y obesidad quedan mezcladas. Se está llamando obesas a personas a quienes simplemente les sobran unos pocos kilos. Y se atribuyen unas consecuencias desorbitadas a estos kilos. Se dice que el exceso de peso causa trastornos somáticos, y es cierto. Pero está científicamente demostrado que son más graves los trastornos debidos a una pérdida de peso por debajo del normal que los trastornos debidos a un sobrepeso en la misma proporción. Incluso si se trata de cantidades más altas, es también más grave la desnutrición que la obesidad. No se trata, pues, de negar los problemas que conlleva la obesidad sino de darles una interpretación adecuada. Por otra parte, no sólo se ha producido un rechazo a la obesidad sino, además, a las personas que la sufren. En una época en que se pretende que estamos liberándonos de prejuicios, el prejuicio que existe contra la obesidad es potentísimo.

Suponiendo que consigas estar delgada ¿qué ganarías con ello? No creas que tus problemas desaparecerían por estar más delgada. Erróneamente pensabas que ibas a ser más feliz, a gustar más, a tener más éxito. Pero ahora ya te estás dando cuenta de que esto no es así, de que no logras tus objetivos. Tus amigos no te aprecian más por haber adelgazado. En casa no ha mejorado la relación con tu familia y tú misma no estás más contenta. Has leído que esa actriz o aquel deportista tienen un determinado peso, y has decidido que éste representa el peso ideal. Asocias esto con su triunfo social y deseas conseguirlo tú también. Incluso quizás has consultado unas tablas donde te señalan un peso supuestamente "ideal" en relación con tu sexo, edad y estatura. Pero realmente tú no ternas ese peso, a pesar de que tus hábitos alimentarios eran normales, y por ello decidiste cambiar estos hábitos e iniciar una dieta restrictiva.

No es aconsejable que utilices ese tipo de tablas. Es preferible que conozcas tu índice de masa corporal [$IMC = \text{peso en Kg} / (\text{altura en m})^2$] y sepas el significado del mismo

IMC	DESCRIPCIÓN
< 18	Infrapeso
18-20	Peso por debajo del normal
20-25	Peso saludable
25-30	Sobrepeso
> 30	Obesidad mórbida

Es posible que pienses que el tratamiento va a suponerte una ganancia de peso. Debes saber que en la mayoría de los casos no supone ningún cambio en el peso o supone un cambio mínimo, tanto durante el tratamiento como cuando finaliza. En vez de seguir apostando por ese peso “ideal”, será más saludable que aplaces esta decisión hasta que hayas recuperado el control sobre tu alimentación y hayas aprendido a comer de manera más saludable. Entonces será cuando puedas decidir qué cantidad de comida y de qué manera puedes tomarla, para mantener estable tu peso “biológico”.

Así, de un modo u otro, han empezado muchos de tus problemas. Has ignorado que tu peso es algo que está en gran medida predeterminado, que depende de factores hereditarios y que por tanto no puedes modificarlo sin que el cuerpo luche por evitarlo. No caíste en la cuenta de que **una cosa es el peso ideal y otra el peso "biológico"**. Entendemos por peso biológico el que tiene una persona debido a sus características físicas individuales, genéticamente determinadas, cuando mantiene unos hábitos alimentarios correctos. Unas personas son naturalmente delgadas, otras gruesas; unas son morenas, otras rubias, o altas o con los ojos azules... No se puede cambiar ninguna de estas características porque son debidas a la herencia genética. La diferencia entre ser delgado o grueso no depende tanto de los hábitos alimentarios de una persona como de la capacidad que tienen sus células para gastar más o menos energía y almacenar más o menos grasa. Y esa capacidad es en gran parte innata.

Habrás visto que, comiendo de forma parecida, **unas personas están más gruesas que otras**. Has visto también que hay quienes se pasan toda su vida haciendo dieta sin conseguir descender de peso. Está demostrado que las dietas no suelen ser eficaces. La reducción de peso conseguida, casi siempre lo es a corto plazo. Quienes siguen dieta habitualmente, sólo consiguen mantenerse por debajo de su peso natural mientras la están practicando, pero en el momento en que la suspenden, recuperan su peso anterior. Así pues, para algunas personas hacer dieta se convierte en una actividad continua de su vida, como para otros lo es practicar la música o hacer manualidades. Pero como los resultados no son los esperados, tras una dieta intentan otra distinta. Continuamente se publican artículos y libros sobre dietas innovadoras. ¿No son señales de que ninguna ha resultado eficaz y por tanto de que se puede cambiar muy poco el peso biológico?

Puedes entender este concepto si lo comparas con lo que ocurre con un péndulo. Este aparato, en su forma más simple, consiste en una pequeña esfera suspendida de un hilo. Si no se ejerce ninguna fuerza sobre la esfera, ésta permanece siempre en el mismo punto. Si se le da un pequeño empujón, se desplaza hacia donde la hemos empujado, pero después, espontáneamente, vuelve a recuperar su punto de equilibrio. Para que la esfera permaneciera separada de este punto, tendríamos que sujetarla permanentemente.



Para conseguir mantener el peso por debajo del peso biológico hay que estar permanentemente haciendo dieta o recurriendo a conductas anómalas como el vómito, el abuso de laxantes o el ejercicio físico extremado. En el caso del péndulo, cuando dejamos de sujetar la esfera ésta se desplazará ligeramente hacia el lado opuesto antes de volver a su punto de equilibrio. Con el peso puede ocurrirte lo mismo; es decir, cuando suspendes una dieta puedes rebasar ligeramente el peso normal hasta que finalmente se nivele. No te asustes. El peso volverá al equilibrio biológico cuando la normalidad alimentaria se haya convertido en un hábito. Las pequeñas ganancias de peso son normalmente fruto de la recuperación de líquidos en el cuerpo

Si una persona trata de cambiar su peso biológico mediante la restricción permanente de comida, su cuerpo se vuelve en contra y trata por todos los medios de impedirlo. Es entonces cuando aparecen los trastornos físicos. El cuerpo intenta suplir el aporte calórico necesario disminuyendo la tasa de su metabolismo, enlenteciendo el proceso digestivo o reduciendo el ritmo cardíaco. Por otra parte, en personas que estaban por debajo de su peso biológico debido a una dieta permanente, una ración normal de comida produce un aumento de peso, mientras que en las personas con alimentación normal no se da este aumento.

No es tu mente la que ha de decidir tu peso, sino tu cuerpo. Y si pretendes que sea al revés vas a experimentar las consecuencias de la agresión a que lo sometes. ¿Por que crees que estás teniendo tanto frío? ¿Por qué crees que se te cae el cabello de esta manera? ¿No será todo ello fruto de haber obligado al cuerpo a bajar de peso o a estar sometiéndolo a continuas irregularidades alimentarias? ¿Observas que tu cuerpo se resiente de esos golpes que le estás asestando? Las personas cuyo peso ha fluctuado mucho, debido a las dietas repetidas, corren -entre muchos otros- un riesgo elevado de presentar trastornos cardíacos.

5ª SESION: ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

- 1.- Revisión de tareas: auto registros de comida, patrón regular de comida y lectura “un peso saludable”. Gráfica y peso semanal
- 2.- Información de una alimentación equilibrada. Ventajas e inconvenientes de la dieta
- 3.- Información respecto de la restricción alimentaria
- 4.- Necesidad de eliminación de la dieta
- 5.- Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, eliminación de reglas ante la comida , inconvenientes de una alimentación “desordenada”, lecturas “una alimentación equilibrada” y “restricción alimentaria”.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Vamos a revisar los auto-registros de comida que has completado esta semana. Revisarlos exhaustivamente, con las pautas indicadas en la sesión anterior. Aquí el terapeuta observará cómo la paciente ha puesto en marcha el patrón alimentario establecido. Habrá que comentar con ella los momentos en los que le ha sido más complicado o imposible ponerlo en marcha ¿qué ocurrió en esas ocasiones? ¿cómo se sintió? ¿qué pensaba que la podía ocurrir si seguía las pautas indicadas?. Se intentarán dar visiones y conductas alternativas a las que proponga la paciente y se reforzarán aquellos momentos difíciles para ella, en los que ha sido capaz de instaurar el patrón.

¿Has leído la lectura “un peso saludable”? ¿Hay algo con lo que no estás de acuerdo? ¿o algo que no entiendas bien?. **Comentarlo con detalle.**

Realizar gráfica semanal.

2.- INFORMACIÓN RESPECTO A UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Antes de que hablemos respecto a la importancia de una alimentación sana, quiero que pienses sobre las ventajas e inconvenientes que supone para ti el llevar a cabo una alimentación desordenada (por ejemplo, no comer durante todo un día, comer únicamente cierto tipo de alimentos, darte atracones frecuentemente...). Para ello, completa la siguiente tabla. **Entregarla.**

Para que seas consciente de la importancia de mantener una alimentación sana, recuerda que una alimentación equilibrada o saludable es aquella que nos hace mantener un estado óptimo de salud y desarrollar nuestros trabajos y estudios. Una mala alimentación provocará que poco a poco se produzcan desequilibrios que afectarán directamente a la salud.

Una buena dieta debe incluir los alimentos más representativos de los seis grupos principales de alimentos:

- Leche, derivados lácteos y huevos

- Carnes, aves y pescados
- Grasas y aceites
- Cereales, legumbres, patatas y azúcar
- Hortalizas y verduras
- Frutas

Una alimentación racional debe ser variada, agradable y suficiente, de modo que los alimentos ingeridos aporten energía y satisfagan las necesidades de los nutrientes esenciales.

Es necesario que comas pan, leche, derivados de los cereales y patatas con **mucha frecuencia**; frutas, verduras, legumbres y aceite de oliva **bastantes veces**; pescados, huevos y carne en **algunas ocasiones** y pasteles, bollos y carne roja **de vez en cuando**.

Todo ello te puede hacer reflexionar respecto a la importancia de incluir también aquellos alimentos que sueles evitar.

3.- INFORMACIÓN DE LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

Respecto a la restricción alimentaria, debes saber que conlleva asociadas alteraciones somáticas y psicológicas, aunque te sea difícil apreciarlas.

Existen tres formas de hacer dieta:

- Evitando comer durante largos períodos de tiempo
- Evitando comer ciertos tipos de alimentos
- Y disminuyendo la cantidad total de comida ingerida

¿Cuál de estas practicas tú? ¿qué ha supuesto para ti dejar de comer? ¿eres ahora una persona más segura? ¿y más abierta o decidida?. Quizás también tengas algunas “reglas” respecto a la alimentación. **Entregar hoja de reglas de comida**. Anota las que creas que tienes.

Pues debes saber que estas reglas suelen ser imposibles de obedecer. Al romper alguna de esas normas suelen aparecer sentimientos de bajo auto-control y pensamientos de todo o nada (seguro que crees que si rompes mínimamente alguna de esas normas, ya da igual que continúes haciéndolo, sin valorar que lo adaptativo no son los extremos), por lo que es habitual que aparezcan atracones en estos momentos. Posteriormente, ante el sentimiento de culpa por el atracón, se suele reestablecer el compromiso a cumplir estrictamente las reglas auto-impuestas, lo que perpetua el ciclo dieta-atracón-dieta. Debes saber que si pones en marcha las estrategias que estás aprendiendo en este tratamiento, esas reglas dejarán de tener sentido para ti.

4.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN DE LA DIETA

Por ese motivo, comenzaremos tratando los problemas con la dieta. Recuerda que anteriormente habíamos señalado la existencia de 3 maneras de hacer dieta, recuerda, evitando comer ciertos tipos de alimentos, evitando comer durante largos periodos de tiempo y disminuyendo la cantidad total de comida ingerida. Hasta ahora, hemos tratado que no pase mucho tiempo sin que hayas comido algo. En esta fase trataremos de incluir los alimentos que hasta ahora estén al margen de tu dieta, y de que tu ingesta calórica sea la adecuada.

Para poder conseguir que tu dieta sea variada, es necesario conocer aquellos alimentos que evitas y en qué medida lo haces. Para ello, te propondremos posteriormente una tarea para casa.

En cuanto a la cantidad de comida ingerida, es necesario que revisemos si tu ingesta calórica es la adecuada o no. El terapeuta preguntará si cree que come una cantidad de comida saludable –como el resto de las personas que comen con ella- y juntos revisarán los auto registros de las últimas semanas, para deducir el valor medio diario. Si el terapeuta observa que come demasiado poco, deberá establecer un plan de aumento progresivo de las calorías, hasta que llegue a ingerir al menos, entre 1500 y 1800 kcal. Se le entregará a la pacientes las indicaciones siguientes.

- Aumentar las cantidades que se echa en cada plato, resultando que sean similares a la del resto de personas que viven en casa

- Utilizar platos y tazas más grandes de los que ahora usa
- Aumentar el número de piezas que toma de ciertas comidas (por ej: fruta, pescado, verduras...)
- Dejar que sean los demás los que le sirvan la cantidad de comida que consideren normal (igual que al resto de comensales).

Se animará a la paciente, a que junto con el terapeuta, busque alternativas distintas a las propuestas, que puedan ayudarla a conseguir el objetivo buscado.

Quizás pienses que aumentando la cantidad de comida ingerida y comenzando a incluir alimentos evitados hasta ahora, tu peso pueda variar notablemente. Sin embargo, debes recordar la relación tan estrecha existente entre dieta y atracón. Tú misma habrás podido observar hasta ahora, cuando revisamos los auto-registros, que es habitual que tras un periodo de dieta estricta te des un atracón. Cuando a ti te ocurre esto ¿qué sueles pensar justo en el momento en el que decides darte un atracón?. Suelen ser usuales pensamientos del estilo: “ya he roto mi dieta, así que da igual que me de un atracón”, o “estoy totalmente fuera de control por haber comido -----“. Es decir, cuando rompes alguna de las reglas que tú te has propuesto cumplir respecto a la dieta, es habitual que te des un atracón. Por lo tanto, es fundamental dejar atrás ese tipo de dietas, que lo único a lo que conducen es a un descontrol “razonable” (ya que nadie puede cumplir esas reglas tan estrictas).

Por todo ello, puedes concluir que si no sigues una dieta no vas a ganar peso, ya que la mayoría de las calorías que ingieres, provienen de los atracones. Y si eliminas la dieta de tu vida, serás mucho menos vulnerable a darte atracones. Recuerda que el cambio en el peso debido al tratamiento es mínimo.

5.- TAREAS PARA CASA

La paciente deberá seguir rellenando los auto-registros diarios de comida, y se le pedirá que reflexione respecto a la información dada. Para ello, tendrá que obtener nuevos inconvenientes en el mantenimiento de una alimentación “desordenada”, teniendo que anotarlos en la tabla trabajada durante la sesión.

Además, se elegirá alguna de las reglas de comida anotadas en sesión, para su eliminación progresiva.

Se le entregarán las lecturas. “una alimentación equilibrada” y “restricción alimentaria”

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Aunque es algo que todo sabemos, a menudo solemos olvidar que **una alimentación equilibrada o saludable es aquella que nos hace posible mantener un estado óptimo de salud y desarrollar nuestros trabajos y estudios**. Los alimentos son el combustible de nuestro cuerpo; una mala alimentación provocará que poco a poco se produzcan desequilibrios que afectarán directamente a nuestra salud.

Una buena dieta, según los expertos, es el seguimiento de una alimentación que satisfaga las necesidades de la persona, que mantenga el peso corporal constante y que contenga los alimentos más representativos de los **seis grupos principales de alimentos**:

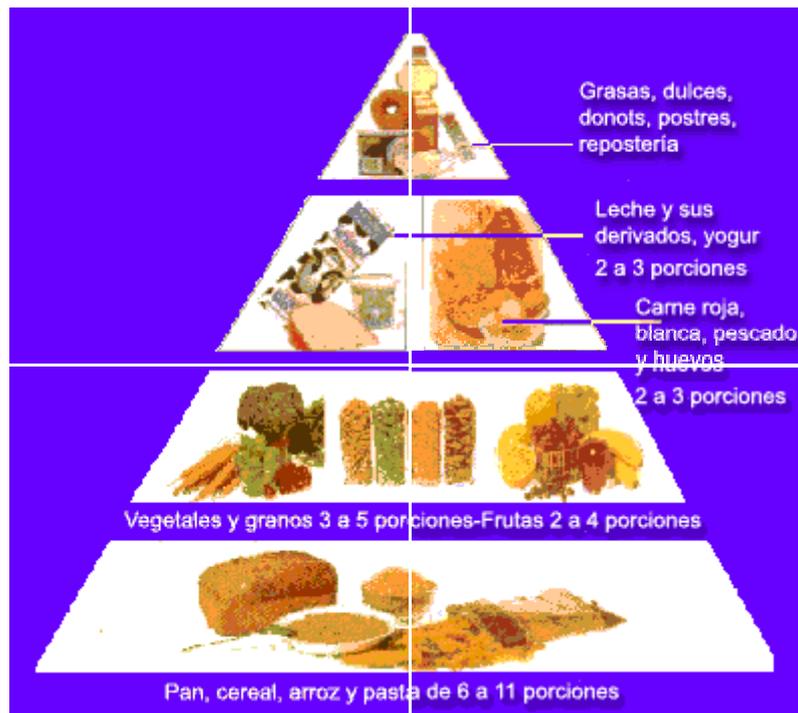
- 1- Leche, derivados lácteos y huevos
- 2- Carnes, aves y pescados
- 3- Grasas y aceites
- 4- Cereales, legumbres, patatas y azúcar
- 5- Hortalizas y verduras
- 6- Frutas



Una alimentación racional debe ser variada, agradable y suficiente. Los pilares de una comida equilibrada y sana se asientan en la variedad y alternancia de alimentos. Una variedad que debe ser seleccionada de modo que los alimentos ingeridos aporten energía y satisfagan las necesidades de los nutrientes esenciales. ¿Dirías que tienes el armario bien surtido si estuviera lleno de pantalones pero no hubiera otras prendas? ¿eres una buena estudiante si de las cinco asignaturas que tienes sólo estudias una?.

Así que se ha configurado la **pirámide de los alimentos** que debemos tomar y en que proporciones:

- 1) Con mucha frecuencia: Pan, cereales, arroz y pasta
- 2) Bastantes veces: Frutas, verduras, legumbres y aceite de oliva.
- 3) Algo: Leche y derivados, pescados, huevos y carne, especialmente de pollo.
- 4) Un poco: pasteles, bollos



NUESTRA NUTRICIÓN DEBE SER EQUILIBRADA

El conocer los nutrientes que necesita nuestro cuerpo, redundará en una comida más sana y saludable. Las **reglas de oro para la alimentación equilibrada** (Cervera, Capías y Rigo fias, 1993) son las siguientes:

- a) Recuerda que comer y beber forman parte de la alegría de vivir
- b) Cocinar bien es un arte. La gastronomía no está reñida con las buenas normas dietéticas
- c) Es preciso comer una gran variedad de alimentos, sin que las cantidades sean excesivas
- d) Mantener un peso estable es signo de equilibrio nutritivo
- e) Debe evitarse el exceso de grasas de origen animal, pero no dejar de tomarlas. Es aconsejable tomar con moderación aceite, de oliva preferentemente
- g) Comer suficientes alimentos que contengan harinas o féculas (pan, pasta, etc.) y un poco de fibra (ensaladas, frutas, hortalizas, legumbres y, si se tiene costumbre, comer algún producto Íntegra!)

h) Reducir el consumo de azúcares (la leche y las frutas ya los contienen de forma natural)

Í) El agua es la bebida fisiológica por excelencia

j) Si se bebe alcohol, se debe hacer con mucha moderación

El cuerpo necesita que la energía consumida diariamente sea suministrada de forma regular. Igual que es conveniente tener unos hábitos regulares para dormir, también conviene tenerlos respecto a la ingestión alimentaria. ¿Crees que es bueno dormir 48 horas seguidas de forma habitual y después permanecer tres días sin dormir? Si realmente quieres curarte, has de darte cuenta de que es necesaria una buena alimentación, amplia, variada, con suficiente aportación de energía y regular.



LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

No comer comporta una serie de **alteraciones** somáticas y psicológicas. Seguramente ignoras muchas de ellas y no acabas de relacionarlas con lo que a ti te ocurre. En el momento en que las personas que tenéis problemas con la alimentación decidís salir del trastorno os resulta muy difícil. Cuanto más tiempo tardes en reconocer el trastorno más te costará acabar con él. No permitas que la enfermedad se convierta en crónica. No te engañes diciendo que todo se solucionará por sí sólo. De tí depende reaccionar.

Existen 3 maneras de hacer dieta:

- Evitando comer durante largos períodos de tiempo
- Evitando comer ciertos tipos de alimentos
- Y disminuyendo la cantidad total de comida ingerida

La mayoría de las pacientes con bulimia nerviosa suelen llevar a cabo los tres tipos de dieta. Normalmente, tienen reglas rígidas respecto a qué y cuándo deben comer. Estas reglas suelen ser imposibles de obedecer, especialmente en momentos de dificultades o estrés. Al romper alguna de esas normas suelen aparecer sentimientos de bajo auto-control y pensamientos de todo o nada, por lo que es habitual que aparezcan atracones en estos momentos. Posteriormente, ante el sentimiento de culpa por el atracón, se suele reestablecer el compromiso a cumplir estrictamente las reglas auto-impuestas, lo que perpetua el ciclo. Además, el mantenimiento de una dieta estricta durante largos periodos de tiempo, enlentece el metabolismo basal, lo que implica una mayor dificultad para la pérdida de peso.

El hambre intensifica la depresión. Este **deterioro en el estado de ánimo** puede reducir aún más los sentidos de autoestima y confianza, aumentando la necesidad de renovar la vigilancia sobre el control de peso, por lo tanto perpetuando el ciclo. La inanición también puede dar un **sentido falso de plenitud** debida a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más y más fácil el no comer.

Repasa con detenimiento los logros que has conseguido dejando de comer. Debes convencerte de que a través de la dieta rígida no resuelves ningún problema. Quizás eras una persona insegura, siempre dudando de ti y de todo, pero ¿has conseguido ahora mayor seguridad en ti misma? ¿eres quizás más abierta, más decidida? ¿Resolvió tus conflictos el dejar de comer?

6ª SESION: CÓMO AFRONTAR LOS ATRACONES

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto registros de comida, patrón alimentario, eliminación de reglas ante la comida, inconvenientes de una alimentación “desordenada”, lecturas “una alimentación equilibrada” y “restricción alimentaria”. Gráfica y peso semanal.
- 2.- Información de los atracones
- 3.- Actividades alternativas al atracón/vómito
- 4.-Tareas para casa: auto registros de comida, patrón alimentario, lecturas “atracones”.
Actividades alternativas al atracón/vómito

1.- REVISIÓN DE TAREAS

En un primer momento, le explicaremos al familiar que haya acudido, que estaremos durante un tiempo con la paciente y a continuación le recibiremos. Mientras tanto, le pasaremos a una sala contigua (en función de la disponibilidad).

Ya con la paciente, continuaremos supervisando las posibles dificultades encontradas durante la semana en los auto-registros de comida, procurando que cada vez más, el patrón alimentario de la paciente se ajuste al acordado. Si es necesario, se la animará a que de un paso más, apoyándose en los resultados obtenidos hasta el momento.

Se revisarán las posibles desventajas que haya encontrado respecto a su alimentación desordenada (reforzando cada una de ellas) y la eliminación de la regla ante la comida elegida la semana anterior. Estas reglas se irán eliminando progresivamente en las siguientes sesiones, de manera conjunta a la aplicación del patrón alimentario.

También se preguntarán posibles dudas o comentarios respecto a la lectura “una alimentación equilibrada” y “restricción alimentaria”.

Realizar gráfica semanal

2.- INFORMACIÓN DE LOS ATRACONES

Algo que seguro te preocupa mucho son los atracones. ¿Qué sueles sentir/pensar después de uno de ellos?. ¿Qué sueles tomar en ellos?. Seguro que la cantidad y calidad varían de unos a otros. Hay atracones objetivos (en los que verdaderamente existe una gran cantidad de comida ingerida de manera descontrolada en un breve periodo de tiempo) y subjetivos (aquellos que tú vives como atracones, pero no cumplen realmente las características anteriores). Puede ser habitual que a veces categorices ciertas ingestas como atracones, sin que realmente lo sean, aunque tú los vivas así por la sensación de falta de control sobre el tiempo en que comen, el tipo y cantidad de comida o el modo de comer.

Sin embargo, todos ellos suelen llevarte a tener una sensación de pérdida de control y de vergüenza y menosprecio a ti misma, ya que puedes pensar que has roto alguna de las reglas que te habías impuesto y que no eres capaz de controlar tu alimentación. También te sentirás mal físicamente, al producirse una dilatación gástrica e inflamarse las glándulas salivares ante consecutivos atracones.

¿Por qué sueles comenzar a darte un atracón? Existirán muchas causas, pero algo que suele ser común para empezar un atracón es tener un estado de ánimo negativo (ansiedad, ira, depresión..) o sentir hambre debido a las restricciones alimentarias.

Y cuando lo finalizas ¿cómo te sientes? ¿qué sueles hacer?. Normalmente, ante la sensación de fracaso, culpa... aparecen las conductas purgativas, en especial el vómito. La cantidad y el tipo de alimentos consumidos pueden incrementar la aparición de vómitos. Si previamente al atracón has decidido que después vas a vomitarlo, te habrás dado una “licencia” para hacerlo y con ello puedes incrementar la cantidad de alimentos que consumes. Habitualmente una vez que los vómitos comienzan, la cantidad y frecuencia de los atracones aumenta. Por eso es importante controlar el ciclo atracón-vómito, como lo estamos intentado ahora.

3.- ACTIVIDADES ALTERNATIVAS A ATRACONES Y VOMITOS

Uno de los objetivos de este tratamiento es que consigamos que tus hábitos de alimentación sigan un patrón regular, sin que existan episodios de ayuno, atracones o vómitos. No obstante, es común que en algunos momentos puedas sentir una necesidad imperiosa de darte un atracón. Vamos a intentar que cuando esto ocurra, te anticipes a ello y tengas alternativas y estrategias suficientes para no tener que llevar a cabo esta conducta. Se pretende que “vayas un paso por delante” del atracón y sepas frenar su deseo.

Para ello tenemos que encontrar actividades que sean agradables e incompatibles con el atracón. Vamos a pensar cuáles serían las más adecuadas para ti. [Entregar tabla de actividades alternativas al atracón y al vómito.](#) ¿Qué cosas sueles hacer en estos momentos que te hayan dado resultado?. Debes pensar en actividades que te gusten, que requieran de tu atención y que sean incompatibles con el atracón.

Quizás no se te hayan ocurrido algunas que puedan serte útiles. Nosotros te proponemos algunas. [Entregar tabla de ejemplo de actividades alternativas al atracón.](#)

Puede ser que ninguna de ella te resulte eficaz. Lo importante es que encontremos aquellas que pueden ayudarte a superar ese momento. No hay actividades mejores ni peores, aunque sí es importante que estas actividades no supongan un gran esfuerzo físico. Si te interesa alguna puedes añadirla a tu lista personal. Ahora vamos a hablar con el familiar que ha venido a acompañarte. No debes preocuparte por nada. Sabes que no vamos a contarle nada de lo que no quieres que hablemos. Mientras tanto comienza a realizar la actividad propuesta. **Se le acompañará a la paciente a la sala disponible y hablaremos con el familiar.**

EJEMPLO DE ACTIVIDADES ALTERNATIVAS AL ATRACON Y AL VOMITO

Ver la televisión
Jugar a las cartas
Distraerte hablando con alguien de tu casa que te impida realizarlo
Llamar por teléfono a una amiga
Utilizar el ordenador
Leer

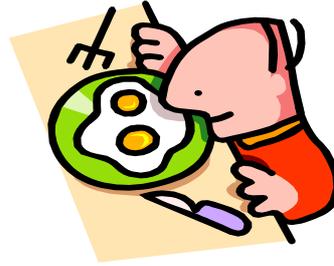
4.- TAREAS PARA CASA

Habrás que indicar a la paciente que continúe rellenando los auto-registros de comida durante cada día, intentando poner en marcha lo máximo posible el patrón alimentario establecido.

Para que puedas volver a pensar en lo que hemos tratado hoy en la sesión, aquí tienes la lectura “atracones”. **Entregar lectura de los atracones.** Sería bueno que la leyese y pudiésemos comentarla en la siguiente sesión.

No olvides, además, poner en marcha alguna de las actividades concretadas si tienes ganas de darte un atracón o de vomitar. Para concretar, observa este auto registro. **Entregarlo.** En la primera columna señala la situación en la que estás en ese momento. En la siguiente columna indica el deseo de darte un atracón/vomitar en un escala de 0 a 10,

donde 0 es que no sientes ganas de darte el atracón o vomitar en absoluto y 10 significa que no puedes tener un deseo más intenso de darte un atracón o vomitar. Después señala la actividad que pusiste en marcha y sus características y finalmente vuelve a indicar cómo te sientes y a graduar esa sensación.



LOS ATRACONES

Independientemente de si tienes conductas purgativas o no, tus atracones pueden ser grandes (más de varios miles de calorías en una sentada) o relativamente pequeños. Todos ellos suelen llevarte a tener una **sensación de pérdida de control**. Este sentimiento puede estar basado en la percepción de haber violado tus propias reglas de comida, como las relativas al contenido y cantidad de comida o al tiempo dedicado. Después de un atracón es común experimentar un disgusto físico y emocional, relacionado con la sensación de estar llena o con la percepción de haber violado tus reglas de comida.

Las ingestiones desmesuradas, es decir, los atracones pueden producir una dilatación gástrica con dolor, y también la inflamación de las glándulas salivares.

Si eres bulímica puedes verte sin voluntad, y con una visión muy negativa de ti misma. Te avergüenzas de ti y te menosprecias. **Has perdido la confianza**. Hay algunas chicas que llegan a envidar a las anoréxicas porque, erróneamente, piensan que ellas sí son voluntariosas. Pero la alternativa a la bulimia no es la anorexia. La alternativa es la normalidad.

La causa más común para **empezar** un atracón es un estado de ánimo negativo (ansiedad, ira o depresión), generalmente fruto de unas interacciones interpersonales insatisfactorias. La segunda causa en importancia son las restricciones alimenticias y los sentimientos de hambre o privación.

Contrariamente a la opinión general de que los episodios de atracones implican cantidades extremadamente grandes de comida, los atracones pueden ser de mucha o poca comida. **Hay atracones que denominamos objetivos, y otros que son subjetivos**. Los dos son importantes y es significativo que los sujetos con trastornos de la alimentación perciban los atracones subjetivos tan preocupantes como los objetivos. La experiencia clínica nos sugiere que primero desaparecen los objetivos (grandes atracones). Luego desaparecerán los subjetivos.

Que un sujeto defina una comida como un atracón, depende de muchos factores. Las personas con los más importantes problemas de trastornos de la alimentación parecen tener más problemas para etiquetar sus comidas. Demuestran una tendencia a ver casi todo lo que comen como un atracón, independientemente de la cantidad. Sus juicios parecen estar basados en la sensación de falta de control sobre el tiempo en que comen, el tipo y la cantidad de comida y el modo de comer. Los alimentos de un atracón varían mucho, pero habitualmente son dulces, hipercalóricos y fáciles de consumir (ej. helados, galletas, panecillos, etc.).

La relación entre vómitos y atracones es compleja. El tamaño o los contenidos de un atracón, o la cantidad de líquidos consumidos pueden incrementar la aparición de vómitos.

Algunos individuos deciden que ellos van a vomitar y con ello se dan permiso ellos para incrementar la cantidad de alimentos consumidos.

Habitualmente una vez que los vómitos comienzan, la cantidad y frecuencia de los atracones aumenta, lo que conlleva a que aparezcan consecuencias físicas en el organismo de la paciente.



7ª SESION: CONDUCTAS PURGATIVAS

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto registros de comida, patrón alimentario, actividades alternativas al atracón/vómito y lectura “atracones”. Gráfica y peso semanal
- 2.- Información de las conductas purgativas
- 3.- Consejos respecto al vómito
- 4.- Consejos respecto al uso de laxantes y diuréticos
- 5.- Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, actividades alternativas al atracón/vómito, lectura “conductas purgativas” y consejos sobre vómitos, laxantes y diuréticos

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se observarán en los auto registros de comida, de manera más exhaustiva, los momentos en los que la paciente haya tenido atracones/vómitos o intención de dárselos y se revisará el auto registro de las actividades alternativas, relacionando los momentos más difíciles de la paciente durante la semana con las actividades alternativas que haya puesto en marcha. Si la paciente no ha puesto en marcha ninguna actividad alternativa o no ha resultado eficaz, se comentarán junto con ella, las posibles dificultades o problemas que se haya encontrado.

Gráfica semanal.

2.- INFORMACIÓN DE LAS CONDUCTAS PURGATIVAS

Ahora vamos a hablar de las conductas purgativas, como el vómito auto-inducido y la ingesta masiva de laxantes o diuréticos. **Sólo se le facilitará a la paciente la información que corresponda en función de sus conductas.** ¿Por qué comenzaste a usarlos? Quizás porque pensabas que así podrás impedir que tu organismo absorbiese las calorías ingeridas. Sin embargo esto no es cierto.

Por ejemplo, al vomitar no logras eliminar totalmente el contenido de lo ingerido, pese a producirse de manera inmediata. Los nutrientes de los alimentos que comes son rápidamente absorbidos por el estómago. Además, el vómito ayuda a mantener el atracón, ya que una vez que has tomado la decisión de vomitar es más fácil que consumas más comida de la normal y porque la eliminación de los alimentos antes de ser asimilados hace que tengas una sensación de hambre.

El abuso de laxantes tampoco es un método eficaz de eliminar calorías, pues el contenido calórico de la comida ha sido absorbido cuando llega a la parte del tracto intestinal que es vaciado por los laxantes. Además, lo único que elimina es agua y fibra, pero no grasa. Su uso masivo puede crear una dependencia, de forma que para conseguir que se produzcan los movimientos intestinales que facilitan la evacuación es preciso

consumirlos permanentemente. Su uso puede dar lugar a ciertos problemas físicos; sin embargo su eliminación suele resultar bastante fácil.

La función de los diuréticos es eliminar líquido, y por tanto, reducir el peso pero sólo durante un breve tiempo; sin embargo, te expones a que se produzca una deshidratación de tu organismo con todas sus consecuencias. Además, ante una pérdida de agua, el organismo incrementa la producción de la hormona antidiurética, que facilita la retención de agua.

Si practicas alguna/s de estas conductas purgativas, tu organismo puede tener algunos problemas, como trastornos electrolíticos (al perder potasio y sodio), que producen fatiga crónica, debilidad muscular, vértigos... También puede producirse un aumento de la glándula salival (lo que puede generarles apariencia de tener la cara inflamada), alternaciones dentarias (erosión dental en la parte interior de los dientes, piorrea, laceraciones en el paladar), hipotermia, edemas (especialmente en las pacientes que tomen gran cantidad de laxantes o diuréticos), anomalías en los ovarios y desajustes en la menstruación. Normalmente, es suficiente con reestablecer el patrón alimentario, para restaurar los trastornos generados.

Ante todo esto iremos tratando de eliminar este tipo de conductas, basándonos principalmente en la restitución de un patrón alimentario saludable.

A continuación te entregamos unos consejos que puedes seguir para la disminución de esas conductas purgativas. [Entregarlos.](#)

3.- CONSEJOS RESPECTO AL VOMITO

Es normal que estés preocupada respecto a la conducta de vomitar. Sin embargo, no es tan importante centrarse en intentar frenar los vómitos en sí, como en conseguir unos hábitos alimentarios sanos. Para ello te aconsejamos que:

- **Intentes reducir los atracones**; de esa manera, será muy improbable que sigas vomitando.
- **Nunca decidas qué vas a comer cuando** tienes la seguridad de que **después vas a vomitarlo**.
- **Elige alimentos que no te vayan a producir ganas de vomitar**.
- Si aún así tienes ganas de vomitar, **haz alguna de las actividades distractoras** que usabas ante la urgencia del atracón, hasta que no necesites vomitar.

4.- CONSEJOS RESPECTO AL USO DE LAXANTES Y DIURÉTICOS

Conociendo la ineficacia del uso de estas sustancias en la reducción del peso:

- Deberías comenzar a prescindir de ellas **tirando las que tengas** y no comprando más.
- Si te es imposible eliminarlas de golpe, podemos establecer un **plan para ir reduciéndolas paulatinamente** hasta abandonarlas por completo (llevarlo a cabo sólo si es procedente).
- Existe la posibilidad de que al principio sufras una **pequeña ganancia de peso**. No te preocupes ya que se debe a un **aumento de la retención de líquidos**, con el objetivo de equilibrar el “desajuste” que estas sustancias producían en tu organismo.

5.- TAREAS PARA CASA

Se seguirán mandando los auto registros de comidas y el seguimiento del patrón alimentario. Se le entregará la lectura “conductas purgativas” que tendrá que leer detenidamente.

Se continuará también con el auto registro de las actividades alternativas al atracón/vómito.

CONDUCTAS PURGATIVAS

Las conductas purgativas parecen reducir los miedos de engordar y te hacen tener la ilusión de que ninguna de las calorías ingeridas será absorbida, evitando ganar peso. Están asociadas con un abanico importante de emociones gratificantes: reduces la ansiedad, te relajas, te sientes aliviada, vivificada y con un sentido de "pureza". **A largo plazo**, sin embargo, las purgas intensifican los pensamientos y sentimientos negativos sobre ti misma, tu peso y figura. Depresión, culpa y sentimiento de descontrol suelen seguir a un episodio de purga.

El vómito es la causa principal de muchas alteraciones. Los vómitos, aunque no sean constantes, pueden ser espontáneos o provocados. Estos últimos tienen, como de costumbre, la intención de controlar el peso. Has de saber que el vómito no logra eliminar totalmente el contenido del atracón, pese a producirse de manera inmediata a este. De ahí que se observe que por mucho vomitar, no se consigue mantener un peso demasiado bajo. Los nutrientes de los alimentos que comes, incluidas las calorías, son rápidamente absorbidos desde el estómago. Aunque pienses que te estás librando de la mayoría de las calorías del atracón, en realidad, ya han sido absorbidas por tu organismo.

Y además, el vómito ayuda a mantener el atracón, ya que una vez que ha tomado la decisión de vomitar es más fácil que consumas más comida de la normal e incluso que vuelvas a vomitar. Además, has podido aprender que te es fácil vomitar cuando tu estómago está lleno y has podido usar erróneamente algún alimento como "marcador" del vómito, no parando de vomitar hasta que no observases que ha salido de tu estómago (sin darte cuenta que tu organismo ha podido absorber las calorías en un orden distinto al que las ingeriste). Y para colmo, cuando vomitas, la eliminación de los alimentos antes de asimilarlos hace que tengas una sensación de hambre. Tu cuerpo está recibiendo falsas señales de hambre y plenitud.

El abuso de **laxantes** crea una dependencia, de forma que para conseguir que se produzcan los movimientos intestinales que facilitan la evacuación es preciso consumirlos permanentemente. Los laxantes tampoco son un método efectivo de eliminar las calorías pues el contenido calórico de las comida ha sido absorbido cuando llega a la parte del tracto intestinal que es vaciado por los laxantes. La experiencia nos dice que resulta bastante fácil eliminar estos "poco útiles" instrumentos de control del peso.

Tanto el abuso de laxantes como el vómito dan lugar a trastornos electrolíticos por la pérdida de minerales, preferentemente potasio y sodio. Ésta es la causa de una fatiga crónica, debilidad muscular, dificultades de concentración, vértigos, dolor de cabeza, disminución de reflejos y calambres musculares. Además, es habitual que las pacientes muestren un aumento de la glándula salival (lo que

puede generarles apariencia de tener la cara inflamada), alternaciones dentarias (erosión dental en la parte interior de los dientes, piorrea, laceraciones en el paladar), hipotermia, edemas (especialmente en las pacientes que tomen gran cantidad de laxantes o diuréticos), anomalías en los ovarios y desajustes en la menstruación. Normalmente, es suficiente con centrarse en el problema de alimentación en sí, para reestablecer los trastornos generados.

¿Qué puedes hacer? Si vomitas porque no soportas sentirte llena tras haber comido, simplemente deja que transcurra algún tiempo y esta sensación irá disminuyendo. Esta sensación queda alterada en las personas que hacen restricciones alimentarias, de tal modo que pueden sentirse saciadas con cantidades mínimas de comida, o todo lo contrario. A medida que vomitas, tu cuerpo ansia más comida, y por tanto, ni siquiera consigues perder peso. Has de proponerte eliminarlo por completo, pero si esto te resulta imposible, procura, al menos, reducir paulatinamente su frecuencia semanal.

Posiblemente empezaste a tomar laxantes cuando apareció el estreñimiento. Advierte que esto es una consecuencia más de tu mal estado nutricional. Sí no comes adecuadamente, no puedes evacuar con normalidad. Tal vez lo justificas diciendo que siempre has tenido este problema. Quizás sea cierto, pero seguro que ahora se ha hecho más agudo. La mayoría de los anoréxicos y muchos bulímicos sufren estreñimiento porque es necesario un repertorio alimentario correcto, con suficiente aporte de materia grasa para poder evacuar con regularidad. El problema se soluciona, o al menos mejora, cuando la alimentación se normaliza.

Mientras tanto, no te engañes con el uso de laxantes. Al principio surtirán efecto pero posteriormente no, y a medida que pase el tiempo cada vez necesitarás una mayor cantidad y los tomarás con mayor frecuencia. Te equivocas si piensas que los laxantes reducen el peso, aunque en la báscula veas que la aguja desciende. Es una reducción temporal. Con los laxantes el cuerpo pierde agua y fibra, pero no grasa. Por consiguiente, cuando vuelves a comer, recuperas el peso que habías perdido.

Quizás en alguna ocasión hayas caído en la tentación de tomar **diuréticos** (entre los que se incluyen algunas infusiones). Eliminas líquido, y por tanto, reduces peso, pero sólo durante un breve tiempo. El cuerpo, a no ser el de un enfermo, ya regula por sí mismo la cantidad de líquido que ha de eliminar. No se pueden forzar los mecanismos de regulación. Te expones a que se produzca una deshidratación con todas sus graves consecuencias. Además, como en el caso de los laxantes, con los diuréticos se pierden vitaminas y elementos esenciales. Por otra parte, a menudo el cuerpo reacciona ante una pérdida de agua incrementando la producción de la hormona antidiurética que facilita la retención de agua. Como consecuencia el efecto de los diuréticos y laxantes es cada vez menor y tendrás que tomar dosis cada vez mayores.

Ni los laxantes, ni los diuréticos, tienen efecto en la absorción de energía, pues actúan sobre los productos finales de la digestión. Una idea es clara: cuantos menos comportamientos anómalos realices, tanto más fácil te será salir de tu problema de alimentación.



8ª SESION: CONTROL DE ESTIMULOS

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, actividades alternativas al atracón/vómito y lectura “conductas purgativas” . Gráfica y peso semanal
- 2.- Control de estímulos.
- 3.-Tareas para casa: auto registros de comida, patrón alimentario, actividades alternativas al atracón/vómito y lista de “alimentos prohibidos”.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Continuar revisando los auto-registros de comida, la consecución del patrón alimentario establecido, el auto-registro de actividades alternativas al atracón/vómito y la lectura entregada.

2.- CONTROL DE ESTIMULOS

Ya hemos observado que existen ciertas situaciones que facilitan la puesta en marcha del atracón. Vamos a intentar “controlarlas”, para que de esa manera sea más difícil que puedas darte un atracón. Para ello vamos a darte una serie de normas generales que tendrás que intentar seguir para ti esas situaciones son “peligrosas”. Tras leer estas indicaciones, se le entregará la tabla del control de estímulos, para que sea la propia paciente quién vaya decidiendo qué situaciones le son más peligrosas y qué debería de hacer en esos momentos. Deberá decidir si las situaciones señaladas son relevantes para ella y descubrir aquellas que realmente le preocupan.

- **No realices ninguna actividad mientras estés comiendo.** El comer debe convertirse en una actividad en sí misma. Y tampoco puedes comer mientras haces otras actividades (por ejemplo, ver la televisión, leer, hablar por teléfono...). Si restringes la comida a los momentos previamente establecidos evitarás el comer automáticamente y por lo tanto, comerás menos.
- **Ten una única habitación en tu casa para comer,** dónde exista un lugar específico para ello. Si fuese posible, este lugar debería ser usado exclusivamente para comer. No deberías comer en el mismo lugar en el que trabajes (por ejemplo, en un pupitre o en el asiento dónde trabajes).
- **Limita el suministro de comida mientras comes.** Por ejemplo, si vas a comer pan, llévate a la mesa la cantidad que vayas a tomar y deja el resto en otro sitio. Si aún así quisieses otra rebanada, ve a por ella después de haber acabado lo que tenías previsto comer y piensa cuidadosamente si realmente quieres continuar comiendo.

- **No dejes la comida que ha sobrado en la mesa** en la que tú comes. Déjalo en un lugar apartado, tal que si quisieses comer más de lo que te has servido tuvieses que levantarte a por ello.

- **Nunca comas directamente de los recipientes en los que has cocinado** la comida, ya que entonces será difícil que controles la cantidad de comida.

- **Cuando estés tú sola, prepárate una única ración de comida.**

- **Intenta dejar comida en el plato y tírala**, no la dejes para otro momento. Quizás pienses que es un gasto innecesario, pero piensa que esto es un gasto mínimo en comparación con la comida que comes pero realmente no quieres.

- **Intenta no exponerte a comida que creas que necesitarás vomitar o comer en grandes cantidades.** Deberías tener el menor número posible de este tipo de alimentos en casa. Los alimentos de estas características que tengan que estar en casa deberán estar guardados en una habitación fuera de tu vista (normalmente en la cocina).

- **Planea las compras y haz una lista de lo que quieres comprar.** Es mejor que hagas esta lista después de haber comido, en lugar de hacerlo cuando tengas apetito. No podrás decidir lo que tienes que comprar mientras estás en la tienda y llevarás el dinero justo para comprar únicamente lo que has planeado. Es mejor que elijas alimentos que requieran una preparación en vez de aquellos que puedan comerse directamente.

- Si es posible, **evita tener que administrar la comida para los demás.** Intenta que sea otra persona la que lo haga.

3.- TAREAS PARA CASA

Seguir rellenando los auto-registros de comida, cumpliendo el patrón alimentario, auto registro de actividades alternativas al atracón/vómito y el decálogo establecidos.

A parte de seguir llevando a cabo durante esta semana esas tareas, tendrás que ir a un supermercado y hacer una lista, en la que anotes aquellas comidas que evitas por su

posible influencia en tu peso o figura. Se concreta a la hora de especificar el alimento y escribe todos aquellos con los que tengas problemas. No rellenes aún la columna “grado de malestar”. **Entregar lista de “alimentos prohibidos”**. Trae escritos los alimentos para la siguiente sesión y así poder trabajar con ella

9ª SESION: ALIMENTOS Y SITUACIONES “PROHIBIDAS”

- 1.- Revisión de tareas: auto-registros de comida, patrón alimentario y decálogo. Gráfica y peso semanal
- 2.- Alimentos prohibidos.
- 3.- Introducción de los alimentos evitados en la dieta
- 4.- Situaciones evitadas
- 5.- Evolución del módulo
- 6.- Tareas para casa: auto-registros de comida e introducción de alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas (auto-registro de exposición)

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se revisarán, como todas las semanas, los auto-registros de comida y el patrón alimentario.

Comentar más en profundidad si la paciente ha puesto en marcha alguna de las normas que conforman su decálogo, la dificultad de que le ha supuesto, si le ha sido de ayuda o no...

Gráfica semanal.

2.- ALIMENTOS PROHIBIDOS

Recuerda que la semana pasada te indicamos que fueses a un supermercado a realizar una lista con aquellos alimentos que evitabas ya que pensabas que iban a influir en tu peso o figura. El terapeuta pedirá la lista a la paciente y se reforzará el que haya hecho la tarea.

Seguro que mientras realizabas la lista pensabas que, aunque todos estos alimentos te sean incómodos de tomar, hay algunos que te son mucho más molestos que otros. Eso es normal. Así que ahora vamos a puntuarlos en función del malestar que te produzca tomar cada uno de ellos. Ten en cuenta que:

- La escala es de 0 a 100.
- 0 significa que el alimento no te produce malestar ninguno al tomarlo, y 100 significa que te produce la máxima tensión posible. 50 quiere decir que ese alimento te produce una tensión moderada (ni muy elevada ni muy pequeña).
- Puedes usar todas las cifras existentes entre el 0 y el 100, intentado concretar al máximo, ya que será fundamental para poder después trabajar adecuadamente con ellos.
- Empieza por el alimento que menos malestar te puede producir, después el que más y continua puntuando el que te produciría una tensión intermedia.

Tras la realización de este ejercicio. Ahora, vamos a dividir los alimentos y a ir ordenándolos en la siguiente tabla -entregar tabla “alimentos prohibidos”-.

- El primer grupo estará formado por aquellos alimentos que hayas puntuado entre 0 y 24, es decir, los alimentos que menos malestar te producen
- El segundo por aquellos que puntúen entre 25 y 50, es decir, que te produzcan un malestar medio-bajo
- El tercero constará de aquellos cuya puntuación sea entre 51 y 75, con un grado de malestar medio-alto
- Y el último grupo estará formado por aquellos alimentos que te produzcan más tensión y que puntúen entre 76 y 100.

A su vez, hay que ordenar los alimentos dentro de cada grupo, comenzando por los que tengan una puntuación menor. Si hay algunos alimentos cuya puntuación coincida, habrá que cambiar la puntuación de una de ellos, haciendo un nuevo esfuerzo por ser más concretos. Deberás traer esta tabla todas las semanas, para ir eligiendo los alimentos a introducir de manera gradual.

3.- INTRODUCCIÓN DE LOS ALIMENTOS EVITADOS EN LA DIETA

El objetivo del ejercicio que acabas de hacer es conocer aquellos alimentos que estás evitando y el grado de ansiedad que te producen. De esa manera, podrás ir introduciéndolos en tu dieta poco a poco, comenzando por aquellos que te resulten más fácil ingerir y acabando por aquellos que te sean más difíciles. Todo ello se hará de manera gradual. Como los alimentos están divididos en 4 grupos, estableceremos un plan para que cada semana seas capaz de ir introduciendo algunos de los alimentos de cada uno de esos grupos, comenzando por la primera categoría. Planearemos concretamente qué alimento intentarás introducir y en qué momento del día. Siempre tendrá que ser cuando tú consideres que tienes control sobre la comida..

Ahora concretaremos qué alimentos vas a intentar introducir durante esta semana. Para ello se seleccionarán unos 3 alimentos de la primera categoría, e intentando que abarquen el rango de 0 a 24 unidades de ansiedad. Esos alimentos se subrayarán con un color que los

distinga. Se intentará establecer en qué momentos puede ser más factible la inclusión de estos alimentos (anotándolo al lado de cada alimento, de manera orientativa), aunque no se fijará ningún momento en concreto, ya que depende del grado del control que tenga la paciente.

Esta semana introduciremos un nuevo auto registro de exposición –entregarlo, fijándose en la parte de los alimentos prohibidos-. En la **1ª columna** anota la situación en la que te encuentres (¿ a qué hora, dónde, con quién...?). En la **2ª columna**, indica en un rango del 0 al 10 el grado de malestar que sientas en ese momento (dónde 0 significa que no sientes ningún malestar y 10 que siente el malestar máximo). En la **3ª columna**, describe de manera concreta el alimento que tomaste. En la **4ª columna** indica a qué hora acabaste de tomarlo y en la **5ª columna** señala el grado de malestar al finalizar (también de 0 a 10).

4.- SITUACIONES EVITADAS

De la misma manera que comienzas a introducir alimentos temidos por ti hasta ahora, también sería aconsejable que ampliases las situaciones relacionadas con la comida. ¿Es habitual que rechaces las invitaciones a los restaurantes? ¿o que te sientas incómoda ante comidas familiares?. Todo ello suele ser habitual en pacientes con este tipo de problemas, pero debes entender que para una normalización total del patrón alimentario, también haya que afrontar este tipo de situaciones. Para ello te proponemos realizar el mismo ejercicio que hemos hecho con los alimentos “prohibidos”, ahora aplicado a estas situaciones. Para ello, vamos a hacer ahora una lista con estas situaciones evitadas. Entregar lista de “situaciones evitadas”. Escribe todas las situaciones que se te ocurran. Después se puntuarán en una escala de evitación del 0 al 100, de la misma manera que se hizo con los alimentos. 0 significará que esa situación no es evitada en ninguna ocasión por la paciente y 100 que la evita siempre. Se proporcionarán las mismas pautas anteriores. También se trasladarán las situaciones y su puntuación a unas tarjetas y se dividirán en 4 grupos.

Tras dividir esos momentos en 4 grupos, se completará la tabla “situaciones evitadas”. El objetivo es ir introduciendo gradualmente estas situaciones en la rutina de la paciente. Para ello, cada semana se elegirá/n una/s situación/es y un momento para poder realizarla/s durante la semana.

También deberá rellenar el auto registro de exposición (parte de situaciones evitadas). Se explicará cómo rellenarlo. En la 1ª columna la paciente anotará el grado de malestar (0-10) justo antes de exponerse a la situación. En la 2ª columna se explicará detalladamente la situación a la que la paciente se va a exponer, indicando a qué hora comienza, dónde está, con quién, en qué consiste... En la 3ª columna, indicará la hora de finalización de la exposición y en la 4ª columna, el grado de malestar tras la finalización de la misma (0-10).

5.- EVOLUCION DEL MODULO

Comentar la evolución del gráfico, desde que se comenzó a rellenar hasta el momento. Si hay retrocesos, habrá que explicarle que eso es algo normal en un proceso evolutivo prolongado. Animar ante estos avances. Si no ha existido una reducción notable en estas conductas, ni el patrón alimentario se ha ajustado al establecido, habrá que reconsiderar qué está pudiendo ocurrir, deteniéndose en esta fase detenidamente. Se continuará con la gráfica hasta el final del tratamiento.

6.- TAREAS PARA CASA

Se continuará con los auto-registros de comida y el patrón alimentario.

A parte de las actividades habituales, recuerda que esta semana deberás incluir en tu alimentación los alimentos señalados en sesión. Recuerda anticipar las comidas en las que los vayas a incluir y sólo ponerlo en marcha si sientes verdadero control sobre la comida.

También deberás poner en marcha la situación/es elegida/s.

Rellena el auto-registro de exposición para ambos casos.

MODULO “COGNICION”

3^a/10^a SESION: INTRODUCCIÓN A LA REESTRUCTURACION COGNITIVA

- 1.- Revisión de tareas: tabla de objetivos
- 2.- Importancia de los pensamientos
- 3.- Identificando las situaciones, los pensamientos, los sentimientos y las conductas
- 4.- Modelo de situación, pensamiento y consecuencia (SPC)
- 5.- Tareas para casa: auto-registro SPC

1.- REVISIÓN DE TAREAS

El terapeuta deberá revisar los objetivos que pretende alcanzar la paciente, reforzando aquellos que son posible de obtener, (señalando el esfuerzo necesario para conseguirlos) y haciéndole ver que quizás algunos de los que proponga no son del todo realistas o no son competencia del tratamiento actual.

2.- IMPORTANCIA DE LOS PENSAMIENTOS

Como aprendimos la semana pasada, la existencia de ciertos pensamientos y / o actitudes disfuncionales relacionadas con la comida y el peso, pueden dificultar la recuperación de una alimentación más saludable. Por lo tanto, se hace necesaria la reestructuración de dichos pensamientos para obtener avances en aquello que más te preocupa. Ya que, ¿no crees que el hecho de que estés a dieta proviene de una creencia del estilo “si como normalmente, engordaré”? ¿o el hecho de que vomites proviene de la idea de que esa es una buena manera para adelgazar?. Por ello queremos que seas consciente de la importancia de estos pensamientos en tus sentimientos y en tus conductas y la necesidad de modificarlos.

3.- IDENTIFICANDO LAS SITUACIONES, LOS PENSAMIENTOS, LOS SENTIMIENTOS Y LAS CONDUCTAS

¿Qué entendemos por estos cuatro términos?. No nos suele costar mucho trabajo identificar las situaciones y las conductas, pero a veces tenemos más problemas para identificar y para poner en palabras nuestros sentimientos y nuestros pensamientos.

Haz una lista con 9 situaciones, 9 pensamientos, 9 sentimientos y 9 conductas que hayas tenido últimamente:

SITUACIONES

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

PENSAMIENTOS

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

SENTIMIENTOS

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

CONDUCTAS

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

6.-

7.-

8.-

9.-

Es importante distinguir entre situación, pensamiento y consecuencia y describirlos lo más correctamente posible.

Las **situaciones** pueden describirse respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Con quién estaba?
- ¿Qué estaba haciendo?
- ¿Cuándo ocurrió?
- ¿Dónde estaba?

Los **pensamientos** son palabras o imágenes visuales, incluidos los recuerdos que pasan por tu cabeza. Para descubrir y describir nuestros pensamientos ante una determinada situación podemos preguntarnos:

- ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme como me sentí y de hacer lo que hice?
- ¿Qué es lo que la situación dice de mi?
- ¿Qué temo que pueda ocurrir?

- ¿Qué es lo peor que podría ocurrir si fuera verdad?
- ¿Qué trasluce acerca de lo que las otras personas sienten o piensan respecto de mi?
- ¿Qué significado tiene sobre las otras personas o los demás en general?
- ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esa situación?

No todas estas preguntas te ayudarán a identificar los pensamientos en cada situación, pero si te las hace a ti misma aumentará la probabilidad de captar la mayoría de tus pensamientos. La más importante, eso sí, es la primera de todas las preguntas, así que en la medida de lo posible no dejes de hacértela. Aprender a identificar los pensamientos puede ser muy interesante y te ayudará a entender por qué te sientes de esa forma en las distintas situaciones. Es importante prestar atención a nuestros pensamientos.

Para identificar las consecuencias en tu **conducta** basta preguntarse :

- ¿Cómo reaccioné en esa situación?
- ¿Qué hice?
- ¿Cómo me comporté?

Como regla general, los **sentimientos** pueden identificarse con una palabra. Si necesitas más de una palabra para describir un estado de ánimo convendría que lo describieses como un pensamiento.

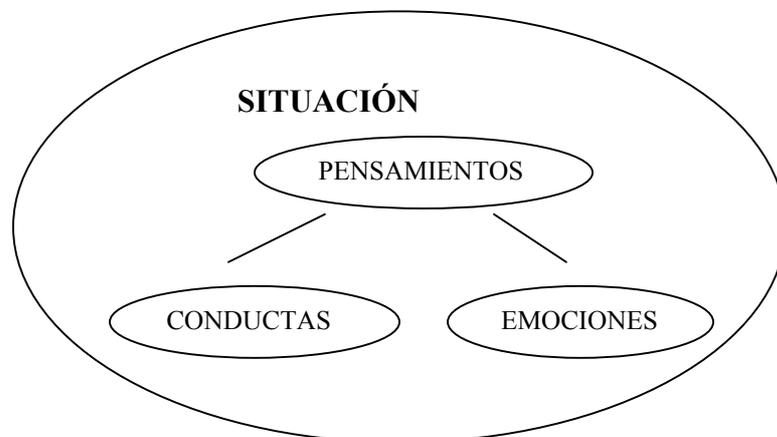
A continuación tienes unos ejemplos de sentimientos:

DEPRESIÓN	ENFADO	EXCITACION
TRISTEZA	LOCURA	DAÑO
INSEGURIDAD	FELICIDAD	CULPABILIDAD
NERVIOSISMO	TEMOR	PANICO
ANSIEDAD	ALEGRIA	AMOR
ORGULLO	IRRITABILIDAD	FRUSTRACION
DISGUSTO	DESCUERDO	HUMILLACION
MIEDO	VERGÜENZA	DEPENDENCIA

Ahora vamos a revisar el listado de situaciones, pensamientos, sentimientos y conductas que antes has rellenado, sirviéndote de las preguntas y especificaciones que acabamos de hacer.

4.- MODELO DE SITUACIÓN, PENSAMIENTO Y CONSECUENCIA (SPC)

A continuación vamos a ver un ejemplo que puede ayudarnos a ver la relación entre lo que nos sucede (situación), lo que pensamos, y las consecuencias de todo esto, es decir, nuestros sentimientos y nuestras acciones:



□ □

“Marta acude a una entrevista de trabajo. Es la quinta vez que lo hace y ya ha sido rechazada en las ocasiones anteriores. En ésta ocurre lo mismo. A partir de este momento, Marta empieza a pensar que es una inútil, que nunca encontrará un empleo, que en su vida todo han sido fracasos y que no tiene la preparación suficiente para trabajar en nada. Cuando llega a casa, se siente triste, no tiene ganas de hacer nada y decide quedarse sola en su habitación, llorando”.

- ¿Cuál es la situación en la que se encuentre Marta?

- ¿Qué pensamientos son los que se manifiestan en esa situación?

- ¿Cuáles son las consecuencias?

¿Estas conductas proceden (tienen relación con) del hecho de no haber pasado la entrevista de trabajo o de los pensamientos de inutilidad y fracaso que ha mostrado?

Veamos otro ejemplo tomado de la vida de una paciente con trastorno alimentario:

“Jessica tiene problemas con la comida. Hace tiempo que lleva a cabo una dieta muy estricta. Hoy domingo ha tenido que comer con su familia. Jessica ha comido lo mismo que el resto y cree que eso va a hacer que engorde mucho. Piensa que no va a poder ponerse los pantalones que ayer llevaba cómodamente y está segura que por la calle van a pensar que está muy rellena. Todo esto hace que Jessica se sienta muy nerviosa y tensa. Piensa que la única manera para tranquilizarse es vomitar, así que va al baño a hacerlo a escondidas”.

- ¿Cuál es la situación que causa el malestar de Jessica?

- ¿Cuáles son los pensamientos que Jessica tiene sobre esa situación?

- ¿Cuáles son las consecuencias, es decir, cómo se siente y reacciona Jessica?

Nuestros actos y sentimientos se guían por el esquema S-P-C. “S” son las situaciones de nuestra vida cotidiana; “P”, los pensamientos derivados de esa situación y “C”, las consecuencias (conductas y sentimientos) de esta situación y de estos pensamientos. A menudo se piensa que S es la causa de C. Sin embargo, S (situaciones) no causa C (consecuencia emocional o conductual) directamente, sino que C es causada por P (pensamientos acerca de S).

La manera de pensar sobre una situación afecta muy directamente a los sentimientos que esa situación provoca en nosotros y a cómo nos comportamos. Frecuentemente, cuando las personas se irritan o se sienten frustradas, su estado emocional es tan abrumador que no se dan cuenta de lo que están pensando. Estos pensamientos son normalmente negativos o no adaptativos y tienden a perpetuar el estado de frustración.

Muchas veces las emociones siguen a las situaciones como un tren de alta velocidad, especialmente cuando son emociones fuertes como el enfado, la irritación, la cólera, la depresión, la ansiedad... Nuestros pensamientos en esas situaciones son tan “automáticos” que no nos damos cuenta de ellos, pero están ahí.

El modelo de Situación-Pensamientos-Consecuencia, o Modelo S-P-C, describe la relación entre algo que ha ocurrido, nuestros pensamientos (la interpretación de lo ocurrido) y cómo nos sentimos y reaccionamos con respecto a la situación.

Cuando algo sucede lo vemos de una manera determinada. Por ejemplo, lo podemos tomar como algo personal o podemos verlo como un fracaso que nos impide lograr lo que esperamos. Estas maneras de considerar lo ocurrido pueden llevarnos a ciertas consecuencias o a sentimientos como la frustración o la desilusión.

También podemos ver lo ocurrido como algo bueno, como un logro inesperado. Esta última interpretación seguramente nos llevará a sentir placer o éxito.

Para que te vaya siendo cada vez más fácil identificar en tu vida cotidiana lo que acabamos de explicar, sería bueno que utilizases el auto registro SPC. [Enseñarlo](#). Pueden pensar en situaciones que te hayan generado sentimientos intensos, como ansiedad, tristeza, culpabilidad, irritación... Luego trata de identificar los pensamientos que tenías en esas situaciones. Recuerda las preguntas y especificaciones que abordamos en el punto anterior. Son especialmente importantes las preguntas que nos ayudan a identificar nuestros pensamientos: ¿qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme como me sentí y de hacer lo que hice?, ¿qué es lo que la situación dice de mi?, ¿qué temo que pueda ocurrir?, ¿qué trasluce acerca de lo que las otras personas sienten o

piensan de mí?, ¿qué significado tiene sobre las otras personas o los demás en general?, ¿qué imágenes o recuerdos tengo de esa situación?

Si te resulta muy difícil, puedes consultar este ejemplo. [Enseñarlo.](#)

5.- TAREAS PARA CASA

Deberás poner en marcha el auto registro SPC que hemos propuesto. Para ello, escoge una situación que te haya ocurrido durante esta semana y que te causase frustración, enfado, ansiedad... relacionada con el peso o la comida. Escribe los pensamientos que tuviste en ese momento y las consecuencias de los mismos. Queremos que hagas por lo menos 2 ejemplos, pero te animamos a que sigas practicando si tienes tiempo. [Entregar los auto-registros.](#)

4ª/ 11ª SESION: REESTRUCTURACION COGNITIVA

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto-registro SPC
- 2.- Existencia de ideas irracionales
- 3.- Debate: cómo combatir esos pensamientos irracionales
- 4.- Conclusión lógica
- 5.- Revisión del proceso
- 6.- Tareas para casa: auto-registro de pensamientos

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se le pedirá a la paciente los auto-registros SPC. Se comentarán con ella aquellas situaciones anotadas, los pensamientos anotados y las consecuencias de los mismos. Si hay pocos pensamientos, o no se han encontrado vínculos entre las columnas, habrá que preguntar el motivo y se volverá a dar énfasis a lo explicado en la sesión anterior.

2.- EXISTENCIA DE IDEAS IRRACIONALES

Tal y como hemos visto en la sesión anterior, parece que la gran mayoría de nuestros actos están basados en el esquema S-P-C. Seguro que recuerdas a que se refería cada uno de estos elementos. Bien, S es la situación que provoca el malestar, P se refiere a los pensamientos que median entre la situación y la conducta y C, son las conductas motoras y nuestros sentimientos, que, a pesar de que parece que están determinados por S, en realidad, son una consecuencia directa de P.

Pues bien, atendiendo a tu propio registro, las situaciones pensamientos y conductas que has señalado, vamos a dar ahora un paso más. Es lo que vamos a llamar debate y lo expresaremos bajo el esquema S-P-C-Debate.

Vamos a tratar de discutir si esos pensamientos que nos provocan malestar son adecuados, tratando de encontrar unos pensamientos alternativos. Cuando encontremos estos nuevos pensamientos, cambiarán las consecuencias, es decir, nos sentiremos de otra manera y reaccionaremos de forma distinta ante la situación inicial.



Algunos de los pensamientos que nos provocan malestar son ideas irracionales. ¿Qué significa esto? ¿Qué es una idea irracional?. Veamos un ejemplo que te puede hacer entender mejor este concepto.

“Ana estaba trabajando en su despacho cuando su jefe entró y la saludó. Mientras hablaban, su jefe le dijo “por cierto, quiero felicitarte por el artículo tan bueno que escribiste”. En ese momento, Ana comenzó a ponerse nerviosa”.

¿Cómo podrías explicar que ante un cumplido Ana reaccionase así?. Parecer ser que la pista se encuentra en los pensamientos que Ana tuviese en ese momento.

<u>SITUACIÓN</u>	<u>PISTA: PENSAMIENTOS (¿?)</u>	<u>EMOCION</u>
Recibir un cumplido	El jefe me supervisa a menudo, lo que puede significar que ante cualquier fallo me echen	Ansiedad

El pensamiento de Ana es irracional, es decir, no está basado en la evidencia empírica e interfiere de manera importante en su estado de ánimo. Eso es una idea irracional. Muchas veces nuestras ideas irracionales van precedidas de palabra como “Deberías...”, “Tendrías que...” de un forma absoluta y tajante (mucho más si en lugar del condicional utilizamos el presente “Debo...”, “Tengo que...”).

Igualmente, muchas veces utilizamos términos absolutos como “es horroroso”, “es lo peor”, “nunca hago nada bien”, “siempre me confundo”... Estas expresiones no contribuyen a que nos sintamos mejor, sino que alteran aún más nuestro pensamiento dando lugar a las conductas, también alteradas y desadaptadas.

Para que te vaya quedando claro, vamos a ver cuatro formas principales de irracionalidad que pueden darse frecuentemente. Seguro que muchos de nosotros nos hemos sorprendido alguna vez con comentarios “irracionales”:

1. Pensar que alguien o algo “debería, sería necesario o tendría que ser distinto de lo que es”.
2. Calificar de “horrenda, terrible, horrorosa...” una situación.
3. Pensar que no es posible “sufrir, soportar o tolerar” a esta persona o cosa y afirmar que no deberían haber sucedido así.
4. Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece “reprobación” y puede calificársele de canalla, inútil, despreciable...

Ahora vamos a comprobar si reconoces algún pensamiento parecido a estos en sus registros SPC. Si no es así, pregúntate si:

- ¿Has vivido alguna situación de este estilo?

- ¿Te reconoces en alguna de estas afirmaciones?
- ¿En qué situaciones concretas?

Pero como casi todo, esto también tiene solución y nosotros vamos a intentar ponérsela. Para ello, vamos a utilizar el debate. ¿En qué consiste este debate?. Pues en cuestionar, en poner en tela de juicio y debatir científicamente la cuestión, haciendo un debate. Queremos que:

- Respondas a situaciones abrumadoras de una forma nueva, positiva y lógica en lugar de reaccionar a la situación emocionalmente.
- Te aproveches de tu capacidad de razonar.

A partir de este momento vamos a añadir una nueva columna a nuestro registro, y vamos a proporcionar las alternativas a esos pensamientos desadaptados. El proceso será muy sencillo, puesto que vamos a analizar cada situación y vamos a tratar de generar otras alternativas, otras interpretaciones de ese acontecimiento inicial. Y, ojo, esas alternativas deben estar basadas en datos reales, empíricos y tienen que estar formuladas en términos relativos.

Veamos el ejemplo de Elena. [Entregar auto-registro ejemplo – 3 columnas.](#)

- ¿Qué otros pensamientos podría haber tenido Elena ante su situación?
- ¿Crees que esos nuevos pensamientos también son posibles?
- ¿Cuáles crees que harán sentir a Elena mejor?

Ahora vas a tratar de hacer lo mismo con la situación que has registrado durante esta semana. Pero para ayudarte a rebatir tus pensamientos vamos a buscar unas técnicas que te ayuden.

3.- DEBATE: COMO COMBATIR ESOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES

Los siguientes son ejemplos de preguntas que se pueden hacer para evaluar (debatir) los pensamientos ante una situación que te provocó malestar. Puedes preguntarte en voz alta o mentalmente ¿Cuál es la evidencia que apoya éste pensamiento?

Por ejemplo, pregúntate a ti misma sobre la evidencia “a favor” del pensamiento, así como la evidencia “en contra” del mismo. En la mayoría de los casos, tendrás razones para las dos posturas (a favor y en contra), de lo contrario, nunca hubieras tenido tal pensamiento. Trata de descubrir las evidencias (a favor y en contra) antes de obtener una conclusión lógica.

Buscar evidencias a favor de los pensamientos que nos originan emociones fuertes de tristeza, enfado, irritación, etc... no nos cuesta mucho. Es más difícil encontrar evidencia en contra de estos pensamientos que nos generan malestar.

Los siguientes, son ejemplos de preguntas que te puedes hacer a ti misma para encontrar evidencia en contra del pensamiento:

PREGUNTAS QUE TE AYUDARAN A ENCONTRAR EVIDENCIAS A FAVOR Y EN CONTRA DEL PENSAMIENTO

- ¿He tenido alguna experiencia que demuestre que este pensamiento no siempre es verdad?
- Si mi mejor amiga o alguien que yo quisiese tuviese este pensamiento ¿qué le diría yo?
- Si mi mejor amiga o alguien que yo quisiese supiera lo que yo estoy pensando ¿qué me diría?
- Cuando no me siento así, ¿pienso en esta situación de manera distinta? ¿cómo?
- Cuando me sentí así en el pasado ¿qué pensaba que me podía hacer sentir mejor?
- ¿He estado en este tipo de situaciones previamente? ¿qué pasó? ¿hay algo diferente entre esta situación y las anteriores? ¿qué he aprendido de esas ocasiones?
- ¿Hay algún pequeño detalle que contradiga mi pensamiento y que yo no le esté dando demasiada importancia?
- ¿Cómo veré esto dentro de 5 años?

- ¿Hay algo positivo en mí o en la situación que me estoy saltando?
- ¿Me estoy culpando por algo de lo cual yo no tengo el control?

Todas estas preguntas te ayudarán a mirar una misma situación desde distintas perspectivas. Ahora, con alguna de las situaciones relacionadas con la comida anotada durante la semana –elegir la que el terapeuta considere más oportuna-, pondremos en marcha la búsqueda de evidencia del pensamiento que hayas señalado. Para que la paciente tenga un modelo de referencia, se le enseñará el auto registro de Elena –7 columnas-.

Toma el auto registro de la semana anterior y completa las columnas de debate que te proponemos en el auto registro de pensamiento. Entregar auto registro de pensamientos.

4.- CONCLUSIÓN LOGICA

Tras haber encontrado las evidencias a favor y en contra de los pensamientos evaluados, habrá que obtener una conclusión de todo ello; esta conclusión será un balance de la reflexión que se acaba de hacer. Algunas preguntas que pueden ayudarte este/os nuevo/s pensamientos son:

PREGUNTAS QUE TE AYUDARAN A OBTENER CONCLUSIONES LOGICAS

- Basándote en las evidencias entonces ¿crees que hay alguna manera alternativa de pensamiento en esa situación?
- Escribe una frase que resuma toda la evidencia que apoya el pensamiento elegido y otra que recoja la evidencia que va en contra de dicho pensamiento. Si unes ambas frases con la palabra “y” ¿se crea un pensamiento “balanceado” que recoge toda la información que has obtenido?
- Si alguien querido estuviese en una situación parecida, teniendo esos pensamientos y esas evidencias ¿qué le aconsejaría? ¿qué les diría para que intentasen comprender la situación de otra manera?
- ¿Puede alguien en quien confío pensar de una manera alternativa a la mía?

Ahora queremos que te des cuenta que al cambiar tus pensamientos habrá un cambio en tus conductas y emociones. Cuando puedas pensar en tu situación de una manera distinta, serás capaz de pensar con más claridad y decidir qué hacer sin sentir tanto estrés. Esto es lo que le ocurrió a Elena ([volver a enseñar dicho auto registro](#)).

Ahora rellena la última columna del auto registro de pensamientos, tratando de obtener una conclusión lógica e indicando las nuevas consecuencias tras el debate.

5.- REVISIÓN DEL PROCESO

Si consideras que el grado de intensidad de tu emoción no ha cambiado lo suficiente o lo esperado en ti, deberás revisar los pasos dados y averiguar qué es lo que ha podido suceder. Haz el siguiente repaso:

REVISIÓN DEL PROCESO

- ¿He escrito de manera específica la situación?
- ¿He identificado de manera precisa mis emociones?
- ¿Es el pensamiento que he elegido un pensamiento que está realmente relacionado con mi estado de ánimo?
- ¿He encontrado muchos pensamientos importantes para mi estado de ánimo? Si es así, quizás debería realizar el ejercicio entero con cada uno de ellos, para que así exista un cambio significativo en mis sentimientos
- ¿Puede haber algún otro pensamiento más importante que no haya identificado en el auto registro?
- ¿He escrito todas las evidencias en contra del pensamiento elegido? Deben de existir distintos argumentos en la columna 5 antes de obtener una conclusión
- ¿Confío realmente en la conclusión que he obtenido? Si no es así, tendré que volver a revisar la evidencia en contra del pensamiento y volver a escribir otra conclusión.

6.- TAREAS PARA CASA

La paciente deberá rellenar el auto registro de pensamientos al menos 3 veces por semana, con situaciones relacionadas todas ellas con la comida o el peso. Se insistirá en la práctica de dicho auto registro, necesaria para aprender la técnica expuesta.

5ª / 12ª SESION: REESTRUCTURANDO LAS CREENCIAS

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto-registro de pensamientos
- 2.- Creencias irracionales
- 3.- Cómo identificar esas creencias
- 4.- Cómo combatir las creencias irracionales
- 5.- Tareas para casa: auto-registros de pensamientos, auto registro de creencias erróneas y listado situaciones problema.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se revisará el auto-registro de pensamientos, llevando a cabo las aclaraciones necesarias. Si la paciente tiene dudas o ha habido fallos en la realización del mismo, se tomará el tiempo necesario para hablar sobre ello.

2.- CREENCIAS IRRACIONALES

Hasta ahora nos hemos centrado en el cambio de aquellos pensamientos más inmediatos que tenías cuando sentías una fuerte emoción. Sin embargo, hay otro nivel de pensamiento: las creencias más profundas que subyacen a dichos pensamientos automáticos.



Mientras que los pensamientos más automáticos suelen ser mensajes verbales que nos decimos a nosotros mismos, las creencias no son tan evidentes. Frecuentemente, debemos inferirlas a través de nuestros actos. Estas creencias suelen ser “etiquetas” o categorías, con las que nos clasificamos a nosotros mismos, a los demás y al mundo. Por ejemplo, Elena puede pensar *de sí misma* que “es un desastre” y que “no tiene ningún control sobre su propia vida”. Puede pensar *de los demás*, que “sus padres quieren hacerla daño” y que “no puede fiarse de sus amigas” y respecto *al mundo*, considerar “su mundo está lleno de problemas”. Este tipo de creencias suelen ser absolutistas. Elena no pensó que “en algunas ocasiones hacía cosas que no quería” si no que se catalogó como un “desastre”.

Al igual que has aprendido a identificar y valorar tus pensamientos más inmediatos, puedes hacer lo mismo con tus creencias. Aprender a cambiar esas creencias no adaptativas que tengas, te ayudará a reducir el número de pensamientos irracionales que tienes durante cada día. Además, desarrollar nuevas creencias te hará más fácil el cambio de ciertas

conductas desadaptativas. Por ejemplo, como Elena pensaba que no podía fiarse de sus amigas, no les permitía demostrarle lo mucho que querían ayudarla. Si Elena cambiase esa creencia por otra más adaptativa, por ejemplo, “seguro que mis amigas quieren ayudarme aunque me digan que haga cosas que no me gustan del todo”, podría sentirse mejor con ellas y aprovecharse de sus buenos consejos.

¿De dónde provienen esas creencias? A menudo las tenemos desde que somos pequeños. Sin embargo, algunas de las creencias que tenemos de pequeños se mantienen inflexibles en nuestra etapa adulta. Observa lo que le ocurría a Miguel. Su hermano Jorge siempre obtuvo notas excelentes en el colegio y era el mejor de su equipo de fútbol. Por mucho que Miguel se esforzase, Jorge siempre tenía más éxito que él. A pesar de que Miguel consiguió aprobar la carrera que estudió y encontró un trabajo que le satisfacía, él seguía pensando que no era un chico muy válido, ya que creía que ningún logro era suficiente si no se mostraba superaba a su hermano. Miguel llegó a esta conclusión errónea, por lo múltiples comentarios y comparaciones que sus padres, profesores y compañeros hicieron entre Jorge y Miguel durante su infancia.

3.- COMO IDENTIFICAR ESAS CREENCIAS

Ahora veremos cómo podemos identificar esas creencias. Recuerda que para identificar los pensamientos más inmediatos que teníamos nos preguntábamos ¿qué significa esta situación para mí?. Pues bien, una vez que hayas identificado esos pensamientos más automáticos, puedes seguir haciéndote este tipo de preguntas para identificar las creencias subyacentes a dichos pensamientos. Por ejemplo, para un pensamiento automático puedes preguntarte “si eso es verdad, ¿qué quiere decir esto de mí?” de manera repetida. Observa este ejemplo:

A Carlos le lleva gustando un tiempo su compañera de trabajo Ana. Sin embargo el piensa que Ana no quiere saber nada de él. Este pensamiento le hacía sentirse triste. ¿Qué creencias subyacen al pensamiento de Carlos?

Ana no quiere saber nada de mí
(¿qué quiere decir eso de mí?)



La gente que me gusta me rechaza
(¿qué quiere decir eso de mí?)



Nunca tendré una relación estable
(¿qué quiere decir eso de mí?)



Soy indeseable

Fíjate cómo el primer pensamiento “ Ana no quiere saber nada mí” se refiere a una situación particular. Pero al final podemos identificar una creencia profunda (“soy indeseable”), que genera en Carlos el sentimiento depresivo. Ahora practicaremos esto con alguno de los pensamientos relacionados con la comida o el peso que hayas señalado como importante en alguno de los auto registros que has rellenado. El terapeuta elegirá el que considere más oportuno. **Para ello, lo primero es identificar las creencias que tenga la paciente, relacionadas con su trastorno alimentario. Para ello se le preguntará si tiene pensamientos muy generales respecto al peso o a la comida, que estén referidos a ella misma, a los demás o al mundo en general. ¿Usa “etiquetas” para describirse a sí misma? ¿y a los demás?.¿Qué conclusiones ha sacado al leer las recetas de las revistas? ¿y al seguir las dietas que le han aconsejado?...**

Si, aún con estas preguntas, no se obtiene ninguna creencia, se puede usar la técnica que consiste en preguntarse repetidamente “¿qué quiere decir eso de mí/ de los demás/ del mundo?”... en base a un pensamiento irracional.

Todas las creencias que vaya teniendo la paciente serán registradas por ella misma en sesión en el listado de creencias.- Entregarlo.-

PENSAMIENTO

¿Qué quiere decir eso de mí/ de los demás/del mundo?



¿Qué quiere decir eso de mí/de los demás/del mundo?



¿Qué quiere decir eso de mí/de los demás/del mundo?

LISTADO DE CREENCIAS

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____
- 11.- _____
- 12.- _____

4.- COMO COMBATIR LAS CREENCIAS ERRÓNEAS

Cambiar tus creencias puede llevarte más tiempo que el cambio de los pensamientos inmediatos ya que necesitarás tener más evidencias para que te des cuenta que esa creencia no es verdadera al 100%. Pero ahora ya sabes cómo identificar tus pensamientos y poder combatirlos, lo que te ayudará en el cambio de esas creencias. Al igual que intentabas comprobar la veracidad de alguno de tus pensamientos, puedes poner a prueba alguna de tus creencias esforzándote en encontrar evidencias a favor y en contra de la misma. Comenzaremos aquí poniendo esto en marcha con alguna de las creencias que

acabamos de encontrar -se seleccionará una de ellas y se irán buscando evidencias a favor y en contra de la misma en el auto registro de creencias-

Es complicado que en una sola sesión puedas cambiar alguna de las creencias que has estado valorando como ciertas durante un tiempo. No será necesario que encuentres una conclusión lógica de la misma en sesión, sino que deberás continuar buscando evidencias en contra de esas creencias como tarea para casa. Cuando consigas encontrar una creencia más realista, verás como muchos de tus sentimientos y conductas propias de ciertas situaciones cambian. Mira sino este ejemplo. Durante muchos años, los atletas pensaban que era imposible para los humanos correr una milla en menos de 4 minutos. Sin embargo, un atleta inglés, decidió introducir ciertos cambios en su manera de correr con el objetivo de superar ese record. Pensó que sí que era posible bajar ese tiempo, así que se esforzó durante mucho tiempo en conseguirlo. En 1954 este atleta llegó a ser el primer hombre que corrió una milla en menos de 4 minutos. Curiosamente, a partir de entonces los mejores corredores del mundo comenzaron a bajar esos 4 minutos. Lo único que cambió en estos atletas fue su pensamiento: antes creían que era imposible hacerlo; después se convencieron de que no era así y su conducta cambió.

5.- TAREAS PARA CASA

La paciente seguirá con el auto-registro de pensamientos (con situaciones relacionadas con la comida y el peso, igualmente unas 3 veces durante la semana) y continuará el auto registro de creencias comenzado en sesión. Para ello, durante la semana, intentará encontrar una evidencia cada día, en contra de la creencia trabajada en sesión, por muy insignificante que le parezca.

Se pide a las participantes que, a lo largo de la semana, registren en el auto-registro de situación problema –entregarlo- todas aquellas situaciones que les crean un estado de malestar emocional y que consideran problemáticas (considerando problema o situación problemática aquella/s situación/es que no son normales en la vida cotidiana, a las cuales hay que dar una solución, pero no se dispone de ella en ese momento y por lo tanto se incrementa la sensación de estrés y otros estados emocionales).

6ª /13ª SESION: INTRODUCCIÓN A LA SOLUCION DE PROBLEMAS

1.-Revisión de tareas: auto-registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas (auto-registro de exposición), auto-registro de pensamientos , auto-registro de creencias y listado de situaciones problema. Gráfica semanal

2.- Técnica solución de problemas

3.-Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, auto-registro de creencias y auto-registro de solución de problemas.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida y patrón alimentario. También se prestará atención a la inclusión de los alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas del nivel acordado (auto registro de exposición).

Igualmente se revisarán los auto-registros de pensamientos y creencias.

Se revisará el listado en el que la paciente ha indicado ciertas situaciones problema, y se comprobará el tipo de problemas anotados y la manera de identificarlos. Este listado se retomará tras explicar la técnica de solución de problemas.

Gráfica semanal.

2.- TÉCNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS

Es probable que en muchas ocasiones te hayas dado cuenta que hay acontecimientos externos que pueden aumentar la probabilidad de que te des un atracón o de que vomites. Puede ocurrir que cuando estés en una situación difícil y tengas que enfrentarte a algún problema, los pensamientos y el estado de ánimo que tengas te conduzcan a tener alguna conducta alimentaria inapropiada. Eso es debido a no tener habilidad suficiente como para solventar las dificultades de una manera eficaz. Por ello, vamos a aprender a resolver los problemas de la manera más adecuada, para que se reduzcan los momentos “estresantes”.

Hoy vamos a aprender una nueva técnica cuyo objetivo fundamental es facilitar la búsqueda de soluciones a situaciones a las que las personas no saben cómo enfrentarse. Uno de los fines de este taller es que consigas adquirir una serie de habilidades y estrategias para enfrentarte a situaciones difíciles. Así pues, hoy vamos a trabajar con lo que los psicólogos llamamos **solución de problemas**. Esta técnica consta básicamente de cinco etapas y nosotros vamos a seguirlas, para que, al final, podamos ver los problemas desde una perspectiva que nos permita abordarlos desde una manera eficaz. Para que sea más fácil comprender cada uno de los pasos, vamos a ir observando el caso de Lucía. El terapeuta irá comentando el ejemplo de Lucía, al definir cada una de las fases.

1.- Definición y formulación del problema: seguro que alguna vez has notado que cuando un problema está bien definido y delimitado, su importancia disminuye, al igual que la angustia que genera. Es cierto, al definir correctamente un problema tenemos ya la mitad del problema resuelto, puesto que, además, esto nos permite generar más y mejores alternativas. Así pues, vamos a tratar de definir claramente el problema. ¿Cómo lo hacemos? De forma sencilla, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Recoger información acerca del problema: ¿quién está implicado?, ¿qué está sucediendo?, ¿dónde?, ¿por qué?
- Cambiar los conceptos vagos o ambiguos por otros específicos y concretos. Seguro que así, se separa la información relevante de la irrelevante, evitando todo tipo de suposiciones, inferencias...
- Establecer una meta (qué es lo que se quiere conseguir o alcanzar al resolver el problema) en términos específicos, realistas y concretos. Nada de metas inalcanzables, sino objetivos posibles y adecuados a las circunstancias.

2.- Generación de soluciones alternativas: lo mejor es que, una vez definido el problema, tengas varias posibilidades de actuación, puesto que te va a ayudar a elegir la que más se ajuste en ese momento concreto.

El objetivo aquí es identificar o generar el mayor número posible de alternativas para solucionar la situación-problema. Apunta con lápiz y papel todas las soluciones que se te ocurran, por descabelladas, tontas o irrealizables que puedan parecerse, sin emitir ningún juicio de valor. De momento “todo vale”.

Se trata de generar el mayor número de soluciones posibles partiendo del supuesto de que cuantas más soluciones tengas, más probabilidades habrá de que la mejor solución posible se encuentre entre ellas. Conviene generar el mayor número de alternativas.

3.- Toma de decisiones: y ahora, una vez que tengas creadas todas las alternativas, vas a evaluar, a comparar y juzgar las disponibles y vas a seleccionar la mejor.

El primer paso es descartar aquellas alternativas de solución obviamente negativas, ya que de llevarse a cabo generarían problemas aún mayores.

Para valorar las restantes conviene preguntarse ¿qué ventajas obtendré con cada una? ¿qué costes a corto y a largo plazo me generará? ¿qué inconvenientes tiene cada una de las alternativas?.

Para que te sea más fácil, puedes ponerle puntuación subjetiva (de 0 a 10 para las ventajas, donde 0 significa que es una ventaja sin ningún valor y 10 que es una grandísima ventaja y de -10 a 0 para las desventajas, donde 0 significa que es una desventajas sin ningún valor y -10 que es una grandísima desventaja). De esta manera, al final podrás hacer una “suma” de las ventajas e inconvenientes, obteniendo un resultado final, lo que te ayudará en la siguiente fase.

Es preciso que contestes a cada una de estas con cada una de las alternativas. Es cierto, puede resultar un poco largo y tedioso, pero es necesario puesto que te va a ayudar a elegir la más adecuada.

4.- Elige una alternativa o una combinación de las mismas: basándote en la evaluación anterior, deberás elegir aquella/s alternativa/s que creas que tendrán mayor éxito.

5.- Puesta en práctica y verificación de la solución: vas a situarte como si ahora mismo fueras a dar solución a tu problema. Vas a imaginarlo: ya has elegido la mejor alternativa y vas a pensar qué ocurre al ponerla en práctica ¿te parece la más apropiada?. Si es así, llévala a cabo realmente.

Una vez elegida la alternativa de respuesta, se ha de programar y planificar cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo, intentando que cada vez que aparezca ese problema, se ponga en marcha la solución elegida y no otra.

Pasado un tiempo, se vuelva a evaluar hasta qué punto la medida ha sido eficaz (es decir, ha conseguido la solución efectiva de la situación). Si se han alcanzado las metas como se fijaron, se habrá solucionado el problema o estarás en vías de solución; si, por el contrario, no es así, habrá que revisar el proceso de solución de problemas.

Como en todas las técnicas anteriores, la solución de problemas será tanto más eficaz cuanto más se practique. Para facilitar su aprendizaje conviene comenzar por problemas no muy relevantes o con situaciones que se anticipan y pueden generar problemas, para pasar después a cualquier tipo de situación-problema. Para ello, vamos a ponerla en marcha con alguno de los problemas del listado que has traído. **Elegiremos una situación no relacionada con el peso ni la comida y junto con la paciente, se irán dando los pasos adecuados.**

SOLUCION DE PROBLEMAS

1.- Identifica el problema

Lucía ha hecho una fiesta en su casa, aprovechando la ausencia de sus padres, sin el permiso de estos. Un amigo suyo tirado un cigarrillo encendido en la alfombra del salón. Lucía no fuma y sus padres regresan mañana por la mañana.

2.- Genera soluciones alternativas

- a. Comprar otra alfombra
- b. Intentar arreglar la alfombra cosiéndola
- c. Poner algo encima del quemado que “disimule”
- d. Mentir y decir que se le cayó una cerilla
- e. Contarles la verdad
- f. Quitar la alfombra, con la excusa de que el salón queda mejor sin ella

3.- Evalúa las soluciones planteadas

ALTERNATIVA	VENTAJAS	INCONVENIENTES	PUNTUACIÓN TOTAL
a	- Sus padres no ven el quemado (6) - Sus padres no se enteran de la fiesta (10) SUMATORIO: 16	- Gasto económico (-9) - Puede que no haya una igual en la tienda (-6) SUMATORIO: -15	1
b	- Sus padres no ven el quemado (6) - Sus padres no se enteran de la fiesta (10) SUMATORIO: 16	- La alfombra no se puede coser bien (-7) - No hay hilo del color necesario (-8) SUMATORIO: -15	1
c	- Sus padres no ven el quemado (6) - Sus padres no se enteran de la fiesta (10) SUMATORIO: 16	- Sus padres pueden retirar el objeto y ver el quemado (-10) - El agujero puede hacer más grande (-10) SUMATORIO: -20	-4
d	- Sus padres no se enteran de la fiesta (10)	- Sus padres pueden notar que el quemado no es de cerilla (-8) - No tiene cerillas en casa (-10)	-8

ALTERNATIVA	VENTAJAS	INCONVENIENTES	PUNTUACIÓN TOTAL
	SUMATORIO: 10	SUMATORIO: -18	
e	- Sus padres valorarán el que les haya contado la verdad (8) SUMATORIO: 8	- Posible castigo al haberles metido (-5) SUMATORIO: -5	3
f	- Sus padres no ven el quemado (6) - Sus padres no se enteran de la fiesta (10) SUMATORIO: 16	- Sus padres le pedirán explicaciones cuando vean la alfombra (-8) - Sus padres pueden no creerla (-9) SUMATORIO: -17	-1

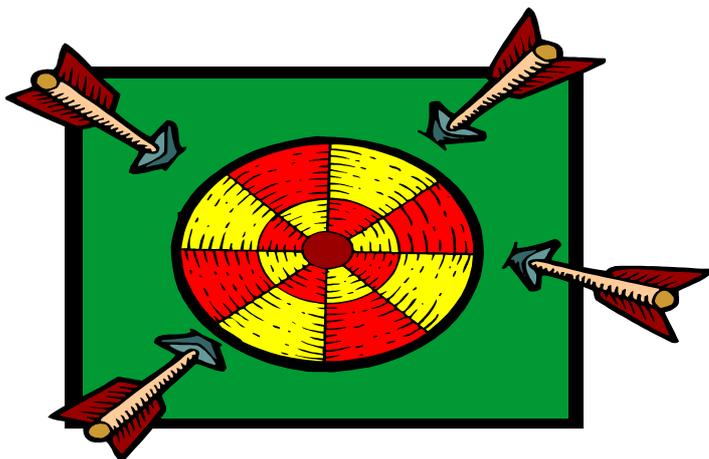
4.- Elige una/s alternativas/s

Lucía decidirá decirles la verdad a sus padres

5.- Plan de acción: ¿cómo, cuándo, dónde?

Cuando sus padres lleguen a casa, hayan descansado un poco y le pregunten qué tal le ha ido el fin de semana, Lucía les pedirá que se sienten para contarles lo ocurrido. Se lo dirá de manera arrepentida

Pon en marcha la alternativa elegida



3.- TAREAS PARA CASA

La paciente deberá continuar con las actividades propuestas hasta este momento. Es fundamental que siga rellenando los auto registros de comida, y que siga poniendo en

marcha el patrón alimentario. Puede ser momento para elegir otra creencia irracional que tuviese la paciente y pedirla que comience a rellenar otro auto registro de creencias, buscando evidencias a favor y en contra de la misma.

Además del resto de actividades, es necesario que practiques la técnica aprendida, para que poco a poco vayas acostumbrándote a ponerla en marcha sin necesidad de que lo escribas en un papel. Por eso, es necesario que durante la semana seas capaz de aplicarla en 2 ocasiones al menos. Estos problemas ahora sí que tendrán que estar relacionados con el peso o la comida. Si no te ocurre ninguno durante la semana, practica con alguna situación conflictiva que haya ocurrido en el pasado o que pienses que puede ocurrir en un futuro. Así aprenderás de los errores y anticiparás momentos complejos. El material que vas a usar es el mismo que hemos tenido durante la sesión.

También deberás poner en marcha el plan de acción establecido en sesión y comentarnos en la sesión siguiente cuáles han sido los resultados del mismo.

7^a /14^a SESION: SOLUCION DE PROBLEMAS (cont)

1.-Revisión de tareas: auto-registros de comida, patrón alimentario, auto-registro de creencias y auto-registro de solución de problemas. Revisión del plan de acción acordado.

Gráfica semanal

2.- Solución de problemas

3.- Evolución del módulo

4.- Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario y auto-registro de solución de problemas.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida y patrón alimentario.

Se revisará el auto-registro de solución de problemas de manera exhaustiva, observando los posibles errores cometidos por la paciente en cada uno de los pasos dados y comentando cada uno de ellos.

Igualmente se preguntará a la paciente si fue capaz de poner en marcha el plan acordado en sesión. Deberá comentarnos cómo lo hizo, cómo se sintió, que resultado le dió...

Gráfica semanal.

2.- SOLUCION DE PROBLEMAS

En esta sesión continuaremos poniendo en marcha la técnica practicada en la sesión anterior. Pero en esta ocasión, serás tú la que lo ponga en marcha. Así, de esa manera, observaremos la manera en la que practicas esta técnica, corrigiendo las posibles deficiencias. Ahora elige un problema que quieras resolver. Si ha habido algún problema que durante la semana la paciente no haya sido capaz de solucionar adecuadamente, el terapeuta animará a la paciente a que lo vuelva a intentar resolver en sesión. Si no, podrá elegir cualquier otro pero siempre relacionado con el peso o la comida.

3.- EVOLUCION DEL MODULO

Hasta aquí hemos tratado la parte más “cognitiva” del programa de tratamiento. Con ello hemos pretendido que seas capaz de:

- Comprobar la relación entre los pensamientos y los sentimientos
- Comprobar la relación entre los pensamientos y las conductas
- Conocer la existencia de ideas “irracionales”

- Identificar dichas creencias disfuncionales, analizarlas y obtener una conclusión más objetiva y realista
- Poner en marcha dicha conclusión, llevando a cabo conductas más adaptativas
- Identificar situaciones problema, posibles desencadenadoras de conductas alimentarias inapropiadas
- Generar soluciones eficaces y ponerlas en marcha

Recuerda que para que todo ello se consolide y seas capaz de ponerlo en marcha cuando te encuentres inmersa en situaciones complicadas, deberás practicar en momentos más sencillos de controlar. Si eres capaz de conseguir todo ello, te será mucho más sencillo mantener los resultados que alcances al final del tratamiento. Por eso te animamos a que hagas un pequeño esfuerzo con todo ello.

4.- TAREAS PARA CASA

La paciente deberá continuar con las actividades propuestas hasta este momento. Es fundamental que siga rellenando los auto-registros de comida, y que siga poniendo en marcha el patrón alimentario.

Igualmente, continuará con el auto registro de solución de problemas (2 problemas relacionados con el peso o la comida por semana) y con el plan establecido.

Se le pedirá a la paciente, que para la próxima sesión traiga todo el material que ha utilizado hasta el momento. El terapeuta también lo llevará.

MODULO “IMAGEN CORPORAL”

3ª / 10ª SESION: INFORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario e inclusión de alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas (auto-registro de exposición). Gráfica semanal
- 2.- Introducción al nuevo módulo
- 3.- Información respecto a la imagen corporal
- 4.- Identificando las situaciones, los pensamientos, los sentimientos y las conductas
- 5.- Tareas para casa: auto registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos”, situaciones evitadas (auto-registro de exposición), lectura “imagen corporal”, ejercicio situación, pensamiento, emoción y conducta y auto registro SPC.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida y el patrón alimentario.

Se prestará especial atención a la inclusión de los alimentos “prohibidos” del nivel acordado, al igual que de las situaciones evitadas (auto registro exposición). ¿Ha sido capaz la paciente de incluir algún alimento de los de la lista? ¿cómo se sintió? ¿qué hizo después? ¿y de poner en marcha alguna situación que tuviese abandonada hace tiempo, respecto a la comida? ¿qué pasó? ¿cuándo fue?. Todo ello se le preguntará a la paciente y se revisará en los auto registros oportunos.

Gráfica semanal.

2.- INTRODUCCION AL NUEVO MODULO

Hasta ahora hemos conseguido muchos avances. Recuerda la figura que tratamos al principio del tratamiento. **Volver a retomar dicha figura.** Explicamos la necesidad de tratar diversos aspectos de la misma para poder conseguir un resultado óptimo y duradero, en vez de centrarnos en uno sólo de ellos.

Por el momento, hemos incidido en aquellas conductas disruptivas que tanto interfieren en tener una adecuada alimentación. Es decir, hemos tratado de eliminar una dieta restrictiva y la existencia de atracones y conductas purgativas, tan perjudiciales para nuestro organismo.

Sin embargo, quizás aún tengas problemas cuando te miras en un espejo. O probablemente, no consumas ciertos alimentos por el miedo a que algunas partes de tu cuerpo cambien. Y seguramente que aún creas que las personas delgadas tienen más éxito en su vida que las que tienen una figura estándar. Todo esto puede hacerte aún sentir insegura e incluso infeliz con tu propio cuerpo. Y ¿crees que si dejásemos aquí el tratamiento, estas ideas no iban a ser demasiado fuertes como para hacerte cambiar otra vez tu patrón alimentario?. Probablemente sí, y todo el esfuerzo que has puesto en esos cambios no vería una recompensa clara. Por ese motivo, es necesario que ahora nos

centremos en esas ideas que puedes tener respecto a tu figura corporal y en esas conductas que pueden hacer que no seas tú misma ni te muestres tal y como eres a los demás.

3.- INFORMACIÓN RESPECTO A LA IMAGEN CORPORAL

Hay personas que no se encuentran a gusto con su propio cuerpo; incluso les gustaría liberarse de él. Algunas chicas no puede mirarse al espejo desnudas, no pueden tocar su cuerpo ni permitir que otros lo hagan. Quizás tus reacciones no sean tan extremas, pero te sientes mal cuando descubres que has ganado algo de peso, cuando alguien hace algún comentario respecto a tu cuerpo... ¿Por qué te sientes así?. Quizás porque piensas que la delgadez está asociada a belleza y a éxito. Sin embargo, quizás no te hayas dado cuenta que el modelo estético de belleza no siempre ha sido el mismo y que en otros tiempos y culturas, la belleza estaba regida por otros cánones, como muslos gruesos y caderas anchas. Eso puedes observarlo, por ejemplo, en los cuadros que representan esas épocas. Sin embargo, a partir de los 90's el estilo del cuerpo cambió radicalmente. Empezó a llevarse el tener poco pecho o caderas y poseer piernas interminables. Ejemplos claros de ese canon de belleza, en nuestra cultura actual son Claudia Schiffer o Cindy Crawford, modelos prestigiosas que son reclamadas por numerosas marcas comerciales.

Sin embargo, a veces habrás entrando en una cafetería y te habrás fijado en alguien que no tiene aspecto de modelo, pero que tú piensas que está bien, ¿de qué depende el que pienses que alguien está bien? ¿quizás de su estilo, de su ropa, de la expresión de su cara, de su mirada o de otras cosas?.

La imagen que cada uno tenga de su cuerpo es una parte muy importante de la autoestima de muchas personas. Esa representación mental de nuestro cuerpo se ha ido creando por la influencia de distintos factores que interactúan entre sí:

- **El propio cuerpo**, es decir, los datos objetivos del mismo (ojos negros, cabello liso, piel clara, 1,60m de altura, 60 Kgs...). Tampoco debemos olvidar la parte funcional del mismo, es decir, que los órganos cumplan sus funciones. De nada sirven unos bellos ojos si no pueden ver.

- **La percepción de algunas características del mismo.** Quizás hayas prestado demasiada atención a algunos aspectos (estatura, silueta...) pero hayas olvidado otros (textura de la piel, cabello...). Además, es posible que distorsiones los elementos que percibes, sobreestimando sus dimensiones reales.
- **Los pensamientos y actitudes hacia él.** A veces se limitan los datos físicos objetivos (ejemplo: estoy completamente calvo); otras veces se añaden juicios de valor (ejemplo: como soy bajo no encuentro novia)... Estos pensamientos pueden no del todo objetivos.
- **Las emociones que desencadena.** Tanto la propia percepción del cuerpo, como los pensamientos que tengas sobre él, van a afectar a tu estado de ánimo. Sin son negativos, vas a sentirte insegura, nerviosa y triste ante ciertas situaciones (por ejemplo, cuando tus amigos te pidan que les acompañes a la piscina).
- **Los comportamientos en relación con el cuerpo.** Todo lo anterior tiene como consecuencia una determinada forma de comportarse (te negarás a ir a la piscina).

¿Crees que puedes tener el cuerpo que quieras? ¿puedes elegir tu figura?. Si piensas que es así no te habrás dado cuenta que las características físicas vienen determinadas genéticamente. Las influencias externas pueden producir pequeñas modificaciones, a no ser que se atente contra la salud, por ejemplo, reduciendo tu alimentación por debajo de lo normal o extremando el ejercicio físico que realices. Pero esa delgadez no será sana, sino la propia de una persona enferma y tu cuerpo seguirá manteniendo las mismas proporciones que tenía porque la estructura ósea no puede cambiar. Igual que no te has propuesto regular tu estatura y entiendes que no puedes medir 10 cm más aunque lo quisieses, ¿por qué crees que puedes modificar tu silueta?.

Por todo ello debes convencerte de que quizás no puedas modificar tu cuerpo, sino sólo la imagen que tienes de él. Y ¿cómo puedes hacerlo?. Primero, entendiendo la importancia de tus pensamientos en los sentimientos que tengas y en lo que hagas.

4.- IDENTIFICANDO LAS SITUACIONES, LOS PENSAMIENTOS, LOS SENTIMIENTOS Y LAS CONDUCTAS

¿Qué entendemos por estos cuatro términos?. No nos suele costar mucho trabajo identificar las situaciones y las conductas, pero a veces tenemos más problemas para identificar y para poner en palabras nuestros sentimientos y nuestros pensamientos.

Haz una lista con 9 situaciones, 9 pensamientos, 9 sentimientos y 9 conductas que hayas tenido últimamente:

SITUACIONES

- | | | |
|-----|-----|-----|
| 1.- | 2.- | 3.- |
| 4.- | 5.- | 6.- |
| 7.- | 8.- | 9.- |

PENSAMIENTOS

- | | | |
|-----|-----|-----|
| 1.- | 2.- | 3.- |
| 4.- | 5.- | 6.- |
| 7.- | 8.- | 9.- |

SENTIMIENTOS

- | | | |
|-----|-----|-----|
| 1.- | 2.- | 3.- |
| 4.- | 5.- | 6.- |
| 7.- | 8.- | 9.- |

CONDUCTAS

- | | | |
|-----|-----|-----|
| 1.- | 2.- | 3.- |
| 4.- | 5.- | 6.- |
| 7.- | 8.- | 9.- |

Es importante distinguir entre situación, pensamiento, conducta y emoción y describirlos lo más correctamente posible.

Las **situaciones** pueden describirse respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Con quién estaba?
- ¿Qué estaba haciendo?
- ¿Cuándo ocurrió?
- ¿Dónde estaba?

Los **pensamientos** son palabras o imágenes visuales, incluidos los recuerdos que pasan por tu cabeza. Para descubrir y describir nuestros pensamientos ante una determinada situación podemos preguntarnos:

- ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme como me sentí y de hacer lo que hice?
- ¿Qué es lo que la situación dice de mí?
- ¿Qué temo que pueda ocurrir?
- ¿Qué es lo peor que podría ocurrir si fuera verdad?
- ¿Qué trasluce acerca de lo que las otras personas sienten o piensan respecto de mí?
- ¿Qué significado tiene sobre las otras personas o los demás en general?
- ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esa situación?

No todas estas preguntas te ayudarán a identificar los pensamientos en cada situación, pero si te las hace a ti misma aumentará la probabilidad de captar la mayoría de tus pensamientos. La más importante, eso sí, es la primera de todas las preguntas, así que en la medida de lo posible no dejes de hacértela. Aprender a identificar los pensamientos puede ser muy interesante y te ayudará a entender por qué te sientes de esa forma en las distintas situaciones. Es importante prestar atención a nuestros pensamientos.

Para identificar las consecuencias en tu **conducta** basta preguntarse:

- ¿Cómo reaccioné en esa situación?
- ¿Qué hice?
- ¿Cómo me comporté?

Como regla general, los **sentimientos** pueden identificarse con una palabra. Si necesitas más de una palabra para describir un estado de ánimo convendría que lo describieses como un pensamiento.

A continuación tienes unos ejemplos de sentimientos:

DEPRESIÓN	ENFADO	EXCITACION
TRISTEZA	LOCURA	DAÑO
INSEGURIDAD	FELICIDAD	CULPABILIDAD
NERVIOSISMO	TEMOR	PANICO
ANSIEDAD	ALEGRIA	AMOR
ORGULLO	IRRITABILIDAD	FRUSTRACION
DISGUSTO	DESCUERDO	HUMILLACION
MIEDO	VERGÜENZA	DEPENDENCIA

Ahora vamos a revisar el listado de situaciones, pensamientos, sentimientos y conductas que antes has rellenado, sirviéndote de las preguntas y especificaciones que acabamos de hacer.

5.- TAREAS PARA CASA

La paciente continuará realizando todas las actividades hechas hasta ahora, a saber, auto registro de comida y patrón alimentario.

También se continuará introduciendo alimentos “prohibidos”. Elegiremos ahora alimentos del segundo nivel, para que lo introduzcas durante la semana. También podemos establecer el momento en el que puedas llevar a cabo alguna situación evitada del segundo grupo. Acordar los alimentos a introducir y el momento de la semana para ello. También la actividad y el momento en el que la va a practicar. Auto registro exposición.

Durante esta semana, deberá realizar el ejercicio en el que debe identificar como situaciones, pensamientos, emociones o conductas, las palabras o frases indicadas.

Además, para que le vaya siendo más fácil a la paciente identificar en su vida cotidiana esas situaciones, pensamientos, emociones y conductas y para poder explicar en la siguiente sesión la relación existente entre ellos, rellenará esta semana el auto registro SPC. Enseñarlo y explicarlo. La paciente puede registrar situaciones que le generen

sentimientos intensos, como ansiedad, tristeza, culpabilidad, irritación... Luego debe tratar de identificar los pensamientos que tenía en esas situaciones. Se le facilitará el auto registro ejemplo.

Entregar lectura “imagen corporal”.

EJERCICIO

¿SITUACIÓN/PENSAMIENTO/EMOCION/CONDUCTA?

¿Situación, emoción o pensamiento?

- | | |
|---------------------------------------|-------|
| 1.- Ansiedad | _____ |
| 2.- En casa | _____ |
| 3.- Creo que podré hacer esto | _____ |
| 4.- Tristeza | _____ |
| 5.- Hablar con un amigo por tlf | _____ |
| 6.- Irritado | _____ |
| 7.- Conducir un coche | _____ |
| 8.- Siempre voy a estar igual | _____ |
| 9.- En el trabajo | _____ |
| 10.- Me estoy volviendo loco | _____ |
| 11.- En el colegio con los compañeros | _____ |
| 12.- Hacer los ejercicios del colegio | _____ |
| 13.- Creo que todos me miran mal | _____ |
| 14.- Culpabilidad | _____ |
| 15.- En el supermercado | _____ |
| 16.- No se si podré hacerlo | _____ |
| 17.- Felicidad | _____ |
| 18.- Leer un libro | _____ |
| 19.- Escuchar música | _____ |
| 20.- Sentirse débil | _____ |



LA IMAGEN CORPORAL

Quiero ser como la top model... quiero triunfar en la vida

Hay personas que se sienten mal con su cuerpo. Lo tratan no como una parte de sí mismas sino como a un enemigo del que les gustaría liberarse. Lo miran, lo critican y luchan constantemente contra él. Algunas chicas no pueden mirarse desnudas en un espejo, no pueden tocar su cuerpo ni permitir que otra persona las toque. Tampoco usan el tacto con los demás. Quizás tu reacción no llega a estos extremos, pero te sientes mal con tu cuerpo cuando descubres que has ganado algo de peso, cuando tienes el periodo y te sientes hinchada o si alguien te hace algún comentario sobre tu apariencia.

El modelo estético viene delimitado por cada tiempo y cultura.

Probablemente hoy creeríamos que Marilyn Monroe estaba un poco gorda, lo mismo que las tres gracias de Rubens. La mujer “bella”, que a principios de los 60’s sobresalía por tener una cinturita y ser ancha de caderas, con piernas de gruesos muslos, se fue transformando por el influjo de la moda en una muñeca “Barbie”: una figura de largo talle, cadera esbelta, piernas largas y un busto bien formado.

Ejemplos de esta “lindura” son Claudia Schiffer, Cindy Crawford, Esther Cañadas y otras modelos que se convirtieron en la imagen de un gran número de marcas prestigiadas, por lo que muchas mujeres optaron por entrar a la moda de la silicona para poder llegar a ser como ellas. En la moda de los 90’s el estilo del cuerpo cambió radicalmente, al grado de no tener busto ni caderas, de poseer piernas que parecen ser interminables, algunas con tatuaje. El nuevo modelo de belleza permite usar extensiones de cabello, teñirlo de colores llamativos o simplemente usarlo al rape.

La máxima de la abuela “para presumir hay que sufrir” sigue siendo válida, pero, ¡oh paradoja! actualmente se asocia la delgadez no sólo a la belleza sino que también indica que esa persona tiene autocontrol y que es una triunfadora.

Vete un sábado por la tarde o un domingo por la mañana al museo del Prado, visítalo por internet (<http://museoprado.mcu.es/prado/html/visitas.html>), o acércate a cualquier otro museo. Busca estatuas o cuadros de mujeres y observa como han cambiado las figuras durante los siglos y cómo cambian según las culturas. No pienses que las mujeres que aparecen en las revistas son el único canon de belleza que ha existido siempre. Por cierto, no conviene tener este tipo de revistas por casa, pues no son ninguna ayuda, sino todo lo contrario.

Entra en un café y mira a la gente que pasea. Fíjate en alguien que no tenga aspecto de modelo y que tú pienses que está bien ¿De qué depende el que pienses que alguien está bien? ¿De su estilo, de su ropa, de la expresión de su cara, de su mirada, de qué otras cosas?

La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de muchas personas y por eso le estamos dedicando estas páginas. La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que **se va gestando por la influencia de distintos factores que interactúan entre sí:**

- a) El propio cuerpo. Nos referimos a todos los datos objetivos sobre el mismo. ojos negros, o azules o grises, 1,60m de altura o cualquier medida, cabello rizado, o liso, 60 Kg.; piel clara... No debemos nunca olvidar el aspecto funcional. Es decir, es un aspecto esencial que los órganos funcionen bien y que el cuerpo esté sano. Unos ojos azules pueden ser muy bonitos, pero por encima de ello está que “los ojos vean bien”. Un cuerpo esbelto resulta atractivo, pero es más importante que esté sano
- b) La percepción de algunas características del mismo. Aquí puedes haber prestado atención a unos aspectos (estatura, color de piel, silueta...) y haber olvidado otros. La selección que hayas hecho influye en tu imagen corporal. Por otra parte, es posible que distorsiones los elementos percibidos y que las dimensiones que imagines no correspondan a la realidad. Así, es muy frecuente verse más grande de lo que uno es, o sea, que sobrestimamos las dimensiones de nuestro cuerpo. Para no sobrestimar habrá que acudir a los datos objetivos que mencionábamos en el punto anterior.
- c) Los pensamientos y actitudes hacia él. A veces se limitan a los datos físicos objetivos: “tengo las caderas muy anchas” “estoy completamente calvo” etc. Otras veces se añaden juicios de valor: “mi cuerpo resulta desagradable porque estoy gordo” “como soy bajo no encuentro novia” “como mis caderas son inmensas ningún chico se fijará en mi”, etc. Todos estos pensamientos pueden ser acertados o erróneos, adaptativos o desadaptativos. Nuestra imagen corporal será más o menos satisfactoria en función como sean estas creencias.
- d) Las emociones que desencadena. Tu percepción y los pensamientos sobre ti mismo, y en particular sobre tu cuerpo, van a influir en tu estado de ánimo. Si son negativos van a provocar toda una serie de emociones, tanto más perturbadoras cuanto más negativos sean aquéllos. Así es posible que experimentes ansiedad cuando tus amigos te proponen ir juntos a la playa, o a bailar, porque piensas que los demás se fijarán en tu cuerpo. Hay que saber identificar las emociones negativas para hacerlas frente.

- e) Los comportamientos en relación con el cuerpo. Todo lo anterior tiene como consecuencia una determinada forma de comportarse: dejar de ir a bailar, o a la piscina, o a comprarse ropa...

¿Puedo tener el cuerpo que quiero? Quizás hace tiempo que te preguntas: “¿Por qué yo no puedo decidir ser como quiero? Si puedo decidir mi profesión, mis amigos, mi pareja.... **¿por qué no puedo decidir mi silueta?**”.

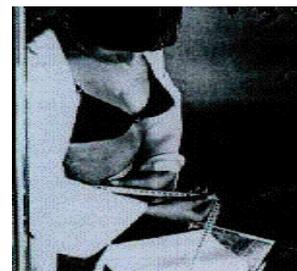
La respuesta es muy sencilla. No puedes modelar tu cuerpo porque las características físicas básicas de una persona vienen determinadas genéticamente. Las influencias externas sólo pueden producir pequeñas modificaciones, a no ser que se atente contra la salud.

Sabes perfectamente que no puedes regular tu estatura. Quizás habrías preferido medir diez centímetros más, pero no es así, y entiendes que lo tienes que aceptar. ¿Por qué, en cambio, crees que puedes modificar tu silueta cambiando totalmente la forma de tus caderas o el volumen de tus muslos?. Si tienes una piel muy blanca, nunca vas a conseguir que sea morena, aunque la expongas muchas horas al sol. Si extremas mucho esta exposición, lo único que lograrás es quemar tu piel, no volverla morena.

Del mismo modo, si reduces tu alimentación por debajo de lo normal, o extremas el ejercicio físico, evidentemente vas a estar más delgada. Pero no será una delgadez sana, sino la propia de una persona enferma, y tu cuerpo seguirá manteniendo las mismas proporciones que tenía porque la estructura ósea no puede cambiar. Si no te gustabas antes, tampoco vas a gustarte ahora, pero además vas a experimentar una serie de consecuencias negativas que no imaginabas al iniciar el trastorno.

Una cuestión es qué silueta desearías, y otra muy distinta qué silueta tienes. El cuerpo no es maleable. No puedes vivir fuera de la realidad. Esto te ocurre con otras cosas y situaciones y no tomas decisiones semejantes. Quizás desearías tener un yate y sin embargo no se te ha ocurrido atracar un banco para conseguirlo. O te gustaría tener un novio como el de tu amiga, y no por ello se lo quitas. Así pues ¿por qué piensas que puedes tener la silueta de la modelo que aparece en las revistas?

Por todo ello debes convencerte de que quizás no puedas modificar tu cuerpo, sino sólo la imagen que tienes de él.



4^a / 11^a SESION: REESTRUCTURACION COGNITIVA DE LA IMAGEN CORPORAL (I)

1.- Revisión de tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas (auto-registro de exposición), lectura “imagen corporal”, ejercicio de sentimientos, pensamientos, emociones y conductas y auto registro SPC. Gráfica semanal

2.- Modelo de situación, pensamiento y consecuencias (SPC)

3.- Existencia de ideas irracionales

4.-Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas (auto-registro de exposición) y auto-registro SPC

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida y el patrón alimentario.

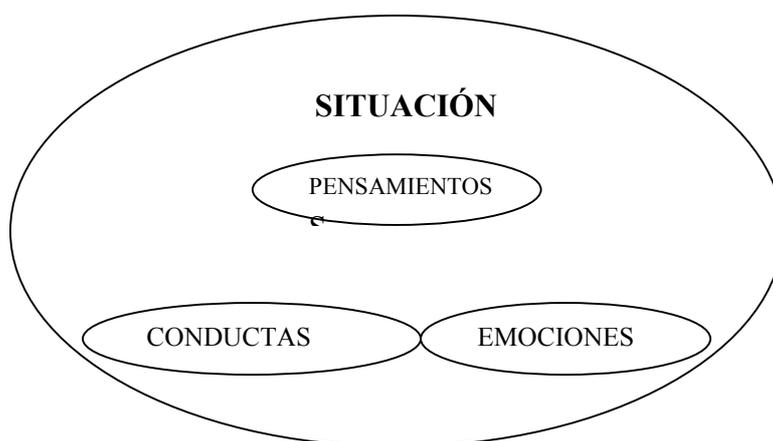
Se prestará especial atención a la inclusión de los alimentos “prohibidos” del nivel acordado, al igual que de las situaciones evitadas (auto-registro exposición). ¿Ha sido capaz la paciente de incluir algún alimento de los de la lista? ¿cómo se sintió? ¿qué hizo después? ¿y de poner en marcha alguna situación que tuviese abandonada hace tiempo, respecto a la comida? ¿qué pasó? ¿cuándo fue?. Todo ello se le preguntará a la paciente y se revisará en los auto registros oportunos.

Se revisará el ejercicio respecto a la identificación de situaciones, pensamientos, emociones y conductas. Se corregirán junto con la paciente los posibles errores que haya podido cometer, aclarando las dudas que tenga. Y se utilizará el auto registro SPC para comenzar a explicar el modelo SPC.

Gráfica semanal.

2.- MODELO DE SITUACIÓN, PENSAMIENTO Y CONSECUENCIA (SPC)

Quizás te hayas dado cuenta que al rellenar al auto registro SPC tus conductas y emociones estaban relacionadas con lo que pensabas en cada situación. **Revisar el auto-registro**. A continuación vamos a ver un ejemplo que puede ayudarnos a ver la relación entre lo que nos sucede (situación), lo que pensamos, y las consecuencias de todo esto, es decir, nuestros sentimientos y nuestras acciones:



“Marta acude a una entrevista de trabajo. Es la quinta vez que lo hace y ya ha sido rechazada en las ocasiones anteriores. En ésta ocurre lo mismo. A partir de este momento, Marta empieza a pensar que es una inútil, que nunca encontrará un empleo, que en su vida todo han sido fracasos y que no tiene la preparación suficiente para trabajar en nada. Cuando llega a casa, se siente triste, no tiene ganas de hacer nada y decide quedarse sola en su habitación, llorando”.

- ¿Cuál es la situación en la que se encuentre Marta?

- ¿Qué pensamientos son los que se manifiestan en esa situación?

- ¿Cuáles son las conductas y las emociones?

- ¿Estas conductas proceden (tienen relación con) del hecho de no haber pasado la entrevista de trabajo o de los pensamientos de inutilidad y fracaso que ha mostrado?

Veamos otro ejemplo tomado de la vida de una paciente con trastorno alimentario:

“Jessica hace tiempo que sólo se siente cómoda llevando ropa muy ancha. Dentro de dos días es la comunión de un primo suyo. No ha querido ir a comprarse nada, temiendo tener que probarse ropa con la que se iba a sentir muy incómoda. Hace tiempo, tenía un traje elegante, pero que le quedaba ancho. No se la ha probado desde hace mucho. Jessica confiaba en que le quedase amplio, pero a la hora de ir a probárselo comenzó a pensar que seguro que había engordado mucho desde la última vez que se lo puso y se convenció a sí misma que le quedaría muy ajustado. Empezó a ponerse nerviosa y triste. Sería incapaz de ir a la comunión con algo ajustado así que decidió no ir”.

- ¿Cuál es la situación que causa el malestar de Jessica?

- ¿Cuáles son los pensamientos que Jessica tiene sobre esa situación?

- ¿Cuáles son las consecuencias, es decir, cómo se siente y reacciona Jessica?

Nuestros actos y sentimientos se guían por el esquema S-P-C. “S” son las situaciones de nuestra vida cotidiana; “P”, los pensamientos derivados de esa situación y “C”, las consecuencias (conductas y sentimientos) de esta situación y de estos pensamientos. A menudo se piensa que S es la causa de C. Sin embargo, S (situaciones) no causa C (consecuencia emocional o conductual) directamente, sino que C es causada por P (pensamientos acerca de S).

La manera de pensar sobre una situación afecta muy directamente a los sentimientos que esa situación provoca en nosotros y a cómo nos comportamos. Frecuentemente, cuando las personas se irritan o se sienten frustradas, su estado emocional es tan abrumador que no se dan cuenta de lo que están pensando. Estos pensamientos son normalmente negativos o no adaptativos y tienden a perpetuar el estado de frustración.

Muchas veces las emociones siguen a las situaciones como un tren de alta velocidad, especialmente cuando son emociones fuertes como el enfado, la irritación, la cólera, la depresión, la ansiedad... Nuestros pensamientos en esas situaciones son tan “automáticos” que no nos damos cuenta de ellos, pero están ahí.

El modelo de Situación-Pensamientos-Consecuencia, o Modelo S-P-C, describe la relación entre algo que ha ocurrido, nuestros pensamientos (la interpretación de lo ocurrido) y cómo nos sentimos y reaccionamos con respecto a la situación.

Cuando algo sucede lo vemos de una manera determinada. Por ejemplo, lo podemos tomar como algo personal o podemos verlo como un fracaso que nos impide lograr lo que esperamos. Estas maneras de considerar lo ocurrido pueden llevarnos a ciertas consecuencias o a sentimientos como la frustración o la desilusión.

También podemos ver lo ocurrido como algo bueno, como un logro inesperado. Esta última interpretación seguramente nos llevará a sentir placer o éxito.

3.- EXISTENCIA DE IDEAS IRRACIONALES

Tal y como hemos visto, parece que la gran mayoría de nuestros actos están basados en el esquema S-P-C.

Pues bien, atendiendo a tu propio registro, las situaciones pensamientos y conductas que has señalado, vamos a dar ahora un paso más. Es lo que vamos a llamar debate y lo expresaremos bajo el esquema S-P-C-Debate.

Vamos a tratar de discutir si esos pensamientos que nos provocan malestar son adecuados, tratando de encontrar unos pensamientos alternativos. Cuando encontremos estos nuevos pensamientos, cambiarán las consecuencias, es decir, nos sentiremos de otra manera y reaccionaremos de forma distinta ante la situación inicial.



Algunos de los pensamientos que nos provocan malestar son ideas irracionales. ¿Qué significa esto? ¿Qué es una idea irracional?. Veamos un ejemplo que te puede hacer entender mejor este concepto.

“Ana estaba trabajando en su despacho cuando su jefe entró y la saludó. Mientras hablaban, su jefe le dijo “por cierto, quiero felicitarte por el artículo tan bueno que escribiste”. En ese momento, Ana comenzó a ponerse nerviosa”.

¿Cómo podrías explicar que ante un cumplido Ana reaccionase así?. Parecer ser que la pista se encuentra en los pensamientos que Ana tuviese en ese momento.

<u>SITUACIÓN</u>	<u>PISTA: PENSAMIENTOS (¿?)</u>	<u>EMOCION</u>
Recibir un cumplido	El jefe me supervisa a menudo, lo que puede significar que ante cualquier fallo me echen	Ansiedad

El pensamiento de Ana es irracional, es decir, no está basado en la evidencia empírica e interfiere de manera importante en su estado de ánimo. Eso es una idea irracional. Muchas veces nuestras ideas irracionales van precedidas de palabra como “Deberías...”, “Tendrías que...” de un forma absoluta y tajante (mucho más si en lugar del condicional utilizamos el presente “Debo...”, “Tengo que...”).

Igualmente, muchas veces utilizamos términos absolutos como “es horroroso”, “es lo peor”, “nunca hago nada bien”, “siempre me confundo”... Estas expresiones no

contribuyen a que nos sintamos mejor, sino que alteran aún más nuestro pensamiento dando lugar a las conductas, también alteradas y desadaptadas.

Para que te vaya quedando claro, vamos a ver cuatro formas principales de irracionalidad que pueden darse frecuentemente. Seguro que muchos de nosotros nos hemos sorprendido alguna vez con comentarios “irracionales”:

- Pensar que alguien o algo “debería, sería necesario o tendría que ser distinto de lo que es”.
- Calificar de “horrenda, terrible, horrorosa...” una situación.
- Pensar que no es posible “sufrir, soportar o tolerar” a esta persona o cosa y afirmar que no deberían haber sucedido así.
- Ante los errores cometidos, afirmar que el que los comete merece “reprobación” y puede calificarse de canalla, inútil, despreciable...

Ahora vamos a comprobar si reconoces algún pensamiento parecido a estos en sus registros SPC. Si no es así, pregúntate si:

- ¿Has vivido alguna situación de este estilo?
- ¿Te reconoces en alguna de estas afirmaciones?
- ¿En qué situaciones concretas?

Pero como casi todo, esto también tiene solución y nosotros vamos a intentar ponérsela. Para ello, vamos a utilizar el debate. ¿En qué consiste este debate?. Pues en cuestionar, en poner en tela de juicio y debatir científicamente la cuestión, haciendo un debate. Queremos que:

- Respondas a situaciones abrumadoras de una forma nueva, positiva y lógica en lugar de reaccionar a la situación emocionalmente.
- Te aproveches de tu capacidad de razonar.

A partir de este momento vamos a añadir una nueva columna a nuestro registro, y vamos a proporcionar las alternativas a esos pensamientos desadaptados. El proceso será

muy sencillo, puesto que vamos a analizar cada situación y vamos a tratar de generar otras alternativas, otras interpretaciones de ese acontecimiento inicial. Y, ojo, esas alternativas deben estar basadas en datos reales, empíricos y tienen que estar formuladas en términos relativos.

Veamos el ejemplo de Esther. [Entregar auto-registro ejemplo – 3 columnas.](#)

- ¿Qué otros pensamientos podría haber tenido Esther ante su situación?

- ¿Crees que esos nuevos pensamientos también son posibles?

- ¿Cuáles crees que harán sentir a Esther mejor?

El siguiente paso será poder rebatir esos pensamientos irracionales, lo que se hará en la siguiente sesión.

4.- TAREAS PARA CASA

[La paciente deberá continuar con el auto-registro de comida y con el patrón alimentario.](#)

Vamos también a continuar introduciendo alimentos “prohibidos”. Elegiremos ahora alimentos del tercer nivel, para que lo introduzcas durante la semana. [Acordar los alimentos a introducir y el momento de la semana para ello. También se acordará qué situación/es del tercer nivel será la que ponga en marcha durante la semana. Establecer un plan para ello y rellenar el auto-registro de exposición.](#)

Además de continuar con las tareas cotidianas es bueno que practiques el auto registro SPC que hemos propuesto. Para ello, escoge una situación que te haya ocurrido durante esta semana y que te causase frustración, enfado, ansiedad... relacionada con la imagen corporal. Escribe los pensamientos que tuviste en ese momento y las consecuencias de los mismos. Queremos que hagas por lo menos dos ejemplos, pero te animamos a que sigas practicando si tienes tiempo. [Entregar los auto-registros SPC.](#)

5ª / 12ª SESION: REESTRUCTURACION COGNITIVA DE LA IMAGEN CORPORAL (II)

- 1.- Revisión de tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos”, situaciones evitadas (auto-registro de exposición) y auto-registro SPC
- 2.- Debate: cómo combatir esos pensamientos irracionales
- 3.- Conclusión lógica
- 4.- Revisión del proceso
- 5.- Valores positivos
- 6.-Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas (auto-registro de exposición), auto-registros de pensamientos y tabla de valores positivos

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida y patrón alimentario. También se prestará atención a la inclusión de los alimentos “prohibidos” del nivel acordado y de las situaciones evitadas (auto registro de exposición).

Se le pedirá a la paciente los auto registros SPC. Se comentarán con ella aquellas situaciones anotadas, los pensamientos que tuvo y las consecuencias de los mismos. Si hay pocos pensamientos, o no se han encontrado vínculos entre las columnas, habrá que preguntar el motivo y se volverá a dar énfasis a lo explicado en la sesión anterior.

Gráfica semanal

2.- DEBATE: COMO COMBATIR ESOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES

Los siguientes son ejemplos de preguntas que se pueden hacer para evaluar (debatir) los pensamientos ante una situación que te provocó malestar. Puedes preguntarte en voz alta o mentalmente ¿Cuál es la evidencia que apoya éste pensamiento?

Por ejemplo, pregúntate a ti misma sobre la evidencia “a favor” del pensamiento, así como la evidencia “en contra” del mismo. En la mayoría de los casos, tendrás razones para las dos posturas (a favor y en contra), de lo contrario, nunca hubieras tenido tal pensamiento. Trata de descubrir las evidencias (a favor y en contra) antes de obtener una conclusión lógica.

Buscar evidencias a favor de los pensamientos que nos originan emociones fuertes de tristeza, enfado, irritación, etc... no nos cuesta mucho. Es más dificultoso encontrar evidencia en contra de estos pensamientos que nos generan malestar.

Los siguientes, son ejemplos de preguntas que te puedes hacer a ti misma para encontrar evidencia en contra del pensamiento:

**PREGUNTAS QUE TE AYUDARAN A ENCONTRAR EVIDENCIAS A
FAVOR Y EN CONTRA DEL PENSAMIENTO**

- ¿He tenido alguna experiencia que demuestre que este pensamiento no siempre es verdad?
- Si mi mejor amiga o alguien que yo quisiese tuviese este pensamiento ¿qué le diría yo?
- Si mi mejor amiga o alguien que yo quisiese supiera lo que yo estoy pensando ¿qué me diría?
- Cuando no me siento así, ¿pienso en esta situación de manera distinta? ¿cómo?
- Cuando me sentí así en el pasado ¿qué pensaba que me podía hacer sentir mejor?
- ¿He estado en este tipo de situaciones previamente? ¿qué pasó? ¿hay algo diferente entre esta situación y las anteriores? ¿qué he aprendido de esas ocasiones?
- ¿Hay algún pequeño detalle que contradiga mi pensamiento y que yo no le esté dando demasiada importancia?
- ¿Cómo veré esto dentro de 5 años?
- ¿Hay algo positivo en mí o en la situación que me estoy saltando?
- ¿Me estoy culpando por algo de lo cual yo no tengo el control?

Todas estas preguntas te ayudarán a mirar una misma situación desde distintas perspectivas. Ahora, con alguna de las situaciones relacionadas con la comida anotada durante la semana –elegir la que el terapeuta considere más oportuna-, pondremos en marcha la búsqueda de evidencia del pensamiento que hayas señalado. Para que la paciente tenga un modelo de referencia, se le enseñará el auto registro de Esther –7 columnas-.

Toma el auto registro de la semana anterior y completa las columnas de debate que te proponemos en el auto registro de pensamiento. Entregar auto registro de pensamientos.

3.- CONCLUSIÓN LOGICA

Tras haber encontrado las evidencias a favor y en contra de los pensamientos evaluados, habrá que obtener una conclusión de todo ello; esta conclusión será un balance de la reflexión que se acaba de hacer. Algunas preguntas que pueden ayudarte este/os nuevo/s pensamientos son:

PREGUNTAS QUE TE AYUDARAN A OBTENER CONCLUSIONES LOGICAS

- Basándote en las evidencias entonces ¿crees que hay alguna manera alternativa de pensamiento en esa situación?
- Escribe una frase que resuma toda la evidencia que apoya el pensamiento elegido y otra que recoja la evidencia que va en contra de dicho pensamiento. Si unes ambas frases con la palabra “y” ¿se crea un pensamiento “balanceado” que recoge toda la información que has obtenido?
- Si alguien querido estuviese en una situación parecida, teniendo esos pensamientos y esas evidencias ¿qué le aconsejaría? ¿qué les diría para que intentasen comprender la situación de otra manera?
- ¿Puede alguien en quien confío pensar de una manera alternativa a la mía?

Ahora queremos que te des cuenta que al cambiar tus pensamientos habrá un cambio en tus conductas y emociones. Cuando puedas pensar en tu situación de una manera distinta, serás capaz de pensar con más claridad y decidir qué hacer sin sentir tanto estrés. Esto es lo que le ocurrió a Esther (volver a enseñar dicho auto registro).

Ahora rellena la última columna del auto registro de pensamientos, tratando de obtener una conclusión lógica e indicando las nuevas consecuencias tras el debate.

4.- REVISIÓN DEL PROCESO

Si consideras que el grado de intensidad de tu emoción no ha cambiado lo suficiente o lo esperado en ti, deberás revisar los pasos dados y averiguar qué es lo que ha podido suceder. Haz el siguiente repaso:

REVISIÓN DEL PROCESO

- ¿He escrito de manera específica la situación?
- ¿He identificado de manera precisa mis emociones?
- ¿Es el pensamiento que he elegido un pensamiento que está realmente relacionado con mi estado de ánimo?
- ¿He encontrado muchos pensamientos importantes para mi estado de ánimo? Si es así, quizás debería realizar el ejercicio entero con cada uno de ellos, para que así exista un cambio significativo en mis sentimientos
- ¿Puede haber algún otro pensamiento más importante que no haya identificado en el auto registro?
- ¿He escrito todas las evidencias en contra del pensamiento elegido? Deben de existir distintos argumentos en la columna 5 antes de obtener una conclusión
- ¿Confío realmente en la conclusión que he obtenido? Si no es así, tendré que volver a revisar la evidencia en contra del pensamiento y volver a escribir otra conclusión.

5.- VALORES POSITIVOS

Pero no vamos a quedarnos sólo en el nivel de los pensamientos. Quizás hasta ahora has estado centrada únicamente en las características físicas relacionadas con tu cuerpo o figura. A partir de ahora deberás prestar más atención a otro tipo de características, que te conforman como persona, a saber, características personales (relaciones sociales, capacidad intelectual...) y físicas (no relacionadas con la silueta) como el pelo, color de ojos, color de la piel... Probablemente cuando tu valoras a otra persona, seguro que no lo hace únicamente por la figura que tenga. Pues tendrás que empezar a

hacer lo mismo contigo. Seguro que cuando comiences a darle el valor que tienen el resto de atributos que tienes, dejarás de centrarte solo en tu cuerpo. Podrás darle el valor relativo que tiene.

Para que comiences a ser capaz de ver esos otros aspectos positivos de ti misma que quizás tengas más escondidos, realiza el siguiente ejercicio. **Entregarle el material.** Aquí tienes los atributos principales que forman a una persona. Deberás hacer un esfuerzo por escribir aquellos aspectos que más aprecias de ti misma en cada una de las características descritas.

6.- TAREAS PARA CASA.

La paciente deberá continuar con las actividades propuestas hasta este momento. Es fundamental que siga rellenando los auto-registros de comida, y que siga poniendo en marcha el patrón alimentario. También se continuarán introduciendo alimentos “prohibidos”. Se elegirán alimentos del cuarto nivel (los de mayor puntuación), para que lo introduzca durante la semana. Acordar los alimentos a introducir y el momento de la semana para ello. También se acordará/n la situación/es evitada/s (del 4º nivel) que se pondrá/n en marcha esta semana (auto registro de exposición).

Además de continuar con las actividades habituales, tendrás que esforzarte por rellenar el auto registro de pensamientos; hazlo con situaciones relacionadas todas ellas con la figura, al menos 3 veces durante esta semana. Sigue las recomendaciones indicadas.

Reflexiona además sobre la tabla auto descriptiva que hemos realizado en sesión, añadiendo la información que creas conveniente durante la semana. Cuantos más valores positivos encuentres, mejor.

6ª / 13ª SESION: EXPOSICIÓN A SITUACIONES RELACIONADAS CON LA IMAGEN CORPORAL

- 1.- Revisión de tareas: auto-registros de comida, patrón alimentario, inclusión de alimentos “prohibidos”, situaciones evitadas (auto-registro de exposición), auto-registro de pensamientos y tabla auto descriptiva
- 2.- Exposición a situaciones relacionadas con la imagen corporal
- 3.- Cambios en tu apariencia
- 4.-Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, auto-registro de pensamientos, auto-registro de exposición a situaciones relacionadas con la imagen corporal y actividades para el cambio de apariencia

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida y patrón alimentario, También se prestará atención a la inclusión de los alimentos “prohibidos” y situaciones evitadas del nivel acordado y al auto registro de pensamientos y tabla auto descriptiva.

2.- EXPOSICIÓN A SITUACIONES RELACIONADAS CON LA IMAGEN CORPORAL

Como comentamos en la primera sesión dedicada a la imagen corporal, es habitual que estés evitando ciertas situaciones que impliquen exponer tu cuerpo a los demás o a ti misma. No sólo queremos tratar los pensamientos o actitudes que tengas al respecto, sino también ayudarte a no tener que evitar esos momentos. Para ello, lo mejor es que descubramos qué cosas te estás prohibiendo a ti misma y poco a poco vuelvas a hacerlas.

En esta hoja ([entregarla](#)) puedes ir anotando estas situaciones. Además tendrás que valorar el grado de malestar que te producen, en una escala de 0 a 100, donde 0 es que no te produce ningún malestar y 100, la máxima tensión posible. Te entregaremos también unos ejemplos habituales que pueden ayudarte a identificar esos momentos.

[Tras haber encontrado varias situaciones evitadas.](#) Ahora vamos a establecer un plan para que comiences a poner en marcha esta semana. Para ello, primero se elegirá una de las situaciones de grado bajo de malestar. Después se establecerá un plan concreto de acción (cuándo, cómo, con quién...).

[En función de las demandas de la paciente, disponibilidad de las actividades.... se acordará un plan de actuación, en función del cual se fijará un momento concreto de la semana para realizar 2 de estas actividades, comenzado por una de nivel de malestar bajo \(puntuación entre 0 y 33\) y otra de nivel de malestar medio \(puntuación entre 34 y 76\) para la primera semana.](#)

Es fundamental que, tras dicha experiencia, o si puedes, durante la misma, rellenes el auto registro de pensamientos y trabajos sobre ello. Eso te ayudará a afrontarlo de una manera más segura y positiva.

EJEMPLO DE ACTIVIDADES QUE PUEDES ESTAR EVITANDO
- Ir a lugares públicos dónde otras personas vean tu cuerpo (piscina, playa, gimnasio...)
- Llevar ropas ajustadas
- Mirarte en espejos
- Tener contacto físico con otras personas
- Desnudarte y vestirse en un sitio iluminado

3.- CAMBIOS EN TU APARIENCIA

Si realmente te encuentras disconforme con tu apariencia, ¿has pensado en cambiarla de una manera sana para tu cuerpo? Por ejemplo, puedes cortarte el pelo o cambiar el estilo de tu maquillaje. Todo ello puede ayudarte a sentirte mejor contigo misma. A continuación te ofrecemos una lista de actividades que podrías realizar con ese propósito (**entregárselo**). Me gustaría que añadieses aquellas que echas de menos. La columna que hay al lado de las actividades puedes usarla para marcar aquellas que vayas poniendo en marcha con un (y explicando la manera en la que lo has realizado.

4.- TAREAS PARA CASA

La paciente deberá continuar con las actividades propuestas hasta este momento. Es fundamental que siga rellenando los auto-registros de comida, y que siga poniendo en marcha el patrón alimentario. También continuará rellenado el auto registro de pensamientos durante esta semana (al menos en dos situaciones relacionadas con la imagen corporal).

Además de las tareas habituales, deberás poner en marcha el plan acordado en sesión respecto a la situación evitada (rellena este auto-registro de exposición. **Entregarlo y explicarlo.**) y realizar alguno de los cambios propuestos respecto a tu apariencia.

También me gustaría que para la sesión siguiente trajeses puesta un prenda que te haga sentir especialmente incómoda (**se ha elegido este tipo de exposición durante la sesión, ya que es una actividad que suelen evitar y es sencilla de poner en marcha. El objetivo de la misma es conocer los pensamientos y actitudes de la paciente en esa situación y observar el modo en el que pone en marcha la reestructuración de los mismos**).

7^a / 14^a SESION: EXPOSICIÓN + REESTRUCTURACION COGNITIVA

- 1.- Revisión de tareas: auto-registros de comida, patrón alimentario, auto-registro de pensamientos, auto-registro exposición a situaciones temidas relacionadas con la figura y actividades para el cambio de apariencia
- 2.- Exposición durante la sesión + reestructuración cognitiva
- 3.- Distorsión en la percepción de la imagen corporal
- 4.- Resumen del módulo
- 5.-Tareas para casa: auto-registros de comida, patrón alimentario, auto-registro de exposición a actividades temidas relacionadas con la figura y actividades para el cambio de la apariencia.

1.- REVISIÓN DE TAREAS

Se continuará con los auto-registros de comida, auto-registro de pensamientos y patrón alimentario.

En esta ocasión, se prestará atención especial a las actividades relacionadas con la figura, que habíamos propuesto como posibles para practicar durante la semana pasada (tanto aquellas que llevan un tiempo siendo evitadas por la paciente, como las destinadas a una mejora de su imagen corporal) . Se comprobará si la paciente ha puesto en marcha alguna de ellas y si las ha anotado en el auto registro. Si es así, se examinarán cuidadosamente los pensamientos que esa actividad ha generado en la paciente y el modo que ha tenido de afrontarlos.

2.- EXPOSICIÓN DURANTE LA SESIÓN + REESTRUCTURACION COGNITIVA

Como te pedimos en la sesión anterior, has traído puesto una prenda de vestir que te incomoda de cierta manera. ¿Cuál es esa prenda? ¿Y por qué te sientes incómoda con ella? ¿Hacía mucho tiempo que no te ponías esa prenda?. **Reforzar a la paciente el que la haya llevado hoy a consulta.**

El objetivo de que hoy hayas venido con esa ropa es que sería conveniente que practicases lo que llevamos revisando durante unas semanas, aquí en consulta, de tal manera que, ante un hecho que te hace sentir incómoda contigo misma, seas capaz de anotar los pensamientos o creencias que te surgen al respecto y la manera que tienes que encontrar argumentos a favor y en contra. También observaremos cómo llegas a la conclusión final.

Voy a ir haciendo algunos comentarios o preguntas, para que sea más fácil el que te surjan ciertas ideas o creencias irracionales. Eso te generará cierto malestar, pero no debes preocuparte, ya que por el simple hecho de mantenerte en esa situación durante un tiempo, esa sensación va a desaparecer.

El terapeuta comenzará preguntándole a la paciente la ansiedad que tiene cada 5 minutos y se anotará en el gráfico que aparece a continuación.

GRAFICA DE EXPOSICIÓN

MALESTAR

100

80

60

40

20

5

10

15

20

25

30

MINUTOS

El terapeuta deberá darle feedback a la paciente, indicándole cómo su malestar se va reduciendo cada vez más.

Hay que intentar que la paciente sea consciente de lo que lleva puesto y de las implicaciones que eso tiene para ella. Para ello, se realizarán preguntas o señalamientos como los siguientes:

- Observa lo que llevas puesto. ¿puedes notar como se señala tu carne o tus huesos en esa prenda?
- Toca esa prenda y lo que tapa ¿cómo describirías esa parte de tu cuerpo con esa prenda?

- Ponte de pie y camina. ¿cómo te ves con esa ropa?
- Ahora siéntate, ¿cambia la forma de tu cuerpo?
- ¿Qué crees que ha pensado la gente de ti, cuando te han visto vestida así?
- ¿Cómo te sientes ahora contigo misma?
- ¿Qué piensas de ti misma?

Con la información que vaya dando la paciente, el terapeuta deberá junto con ella, buscar argumentos a favor y en contra de cada uno de los pensamientos o creencias delimitados que sea capaz de expresar y se sacarán conclusiones realistas en función de ellos. Se irán anotando en el material utilizado en sesión para dicho fin.

La sesión finalizará cuando el grado de malestar no sea superior a la puntuación 20. Para que la paciente acabe la sesión con el menor malestar posible, se continuará con la siguiente actividad.

REESTRUCTURACION COGNITIVA

1.- Anota el pensamiento que has dicho

2.- Escribe argumentos y evidencias que apoyen ese pensamiento

3.- Escribe argumentos y evidencias que vayan en contra de ese pensamiento

4.- Tendrás que sacar una conclusión “lógica” sobre el pensamiento

5.- Valora las ventajas de mantener ese pensamiento

Y ahora las desventajas

3.- DISTORSION EN LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Suele ser habitual que las pacientes con trastornos alimentarios, tengan falsas percepciones de su propio cuerpo; es decir, puede que veas ciertas zonas de tu cuerpo más voluminosas de lo que realmente están. Esto suele ocurrir cuando se lleva mucho tiempo inmerso en el trastorno, llegando a no poder valorar objetivamente las dimensiones del cuerpo propio. Normalmente, es suficiente con seguir adecuadamente el tratamiento propuesto para que esas falsas percepciones desaparezcan. Deberás pensar que tus sensaciones y percepciones no son adecuadas, así que tendrás que dejarte guiar por los comentarios de los demás y por el peso semanal. **Se ha comprobado que estas pacientes no**

suelen responder adecuadamente a una modificación directa de las percepciones corporales. Si se observase que la distorsión fuese muy elevada, el terapeuta deberá ayudar a la paciente a entender que su percepción es errónea y que todo ello es debido a su trastorno alimentario. Pueden ser de ayuda las siguientes observaciones:

- Puede dejarse guiar por los comentarios de sus allegados respecto a su imagen corporal ¿qué dicen respecto de su figura?
- Quizás pueda ser un buen momento para que vea la evolución de su peso durante el tratamiento. El terapeuta deberá valorar si es así o no. Esa es una “prueba de realidad” que puede demostrarle cuál ha sido el cambio real de su peso.
- Puede comprobar la talla de ropa que usa ¿eso que le indica?
- Se puede llevar a cabo una prueba de realidad en la sesión. Para ello, el terapeuta llevará una cuerda. Se le indicará a la paciente que señale con la cuerda cuál cree que es el contorno que tienen diversas partes de su cuerpo. El terapeuta lo anotará en la tabla pertinente y después medirá con la cuerda el contorno de esas zonas corporales, obteniendo el volumen verdadero, el cual también anotará en la columna correspondiente. Así la paciente observará su grado de distorsión y se dará cuenta de la realidad.

4.- RESUMEN DEL MODULO

Durante las sesiones que hemos tratado el aspecto de la imagen corporal, habrás observado la importancia de tratar este tema a la hora de poder generalizar los resultados obtenidos hasta ahora. Además, notarás cómo eres capaz de encontrarte mejor contigo misma y con los demás tras haber aclarado ciertas ideas respecto a tu propia figura.

Los objetivos que pretendíamos alcanzar al iniciar este módulo han sido:

- Resaltar la importancia de ciertos pensamientos sobre la imagen corporal en el mantenimiento del trastorno alimentario
- Descubrir ciertos pensamientos y creencias disfuncionales relacionadas con la silueta.

- Reformular dichas ideas y creencias
- Poder valorarse a través de atributos no relacionados con la imagen corporal
- Ser capaz de cambiar el aspecto físico a través de actividades saludables
- Exponerse a situaciones evitadas durante cierto tiempo relacionadas con la imagen corporal

5.- TAREAS PARA CASA

La paciente deberá continuar con las actividades propuestas hasta este momento. Es fundamental que siga rellenando los auto-registros de comida, y que siga poniendo en marcha el patrón alimentario.

Igualmente se elegirán otras 2 situaciones temidas por la paciente respecto a su imagen corporal (una de ellas de grado de malestar medio y la otra de malestar alto –puntuación entre 77 y100-) y se establecerá un plan de acción para que lo realice durante la semana. Finalmente se elegirá otra actividad para el cambio de su apariencia, que deberá llevar a cabo durante la semana.

Se le pedirá a la paciente, que para la próxima sesión traiga todo el material que ha utilizado hasta el momento. El terapeuta también lo llevará.