

MASTER EN PAIDOPSIQUIATRIA

BIENIO 2007-2009

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona



Col·legi Oficial de
Psicòlegs de Catalunya

BULIMIA NERVIOSA

Esther Baeza
Centre Londres 94

INTRODUCCIÓN

- El concepto diagnóstico “Bulimia nerviosa” fue utilizado ya a finales del siglo XIX, para describir una categoría de pacientes que presentaban tendencia a comer demasiado y a reducir a través de vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos, las consecuencias negativas de esta sobreingesta, es decir, el sobrepeso.

INTRODUCCIÓN

- En la década de los años 70, aparecieron descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones o hiperfagia.
- Estos pacientes presentaban características similares a aquellos con anorexia nerviosa excepto que el peso era normal.
- Este trastorno obtuvo entonces varios nombres “bulimarexia”, “dietary chaos syndrom”, “bulimia nerviosa” y “bulimia”. Los dos últimos han sido los más aceptados.

INTRODUCCIÓN

- Estos pacientes poseían tres aspectos comunes:
 1. Pérdida de control subjetivo respecto a la comida y episodios bulímicos.
 2. Conducta compensatoria para controlar el peso corporal.
 3. Preocupación extrema por la imagen y el peso.
- Estos criterios han sido completados y adecuados al DSM-III y actualmente al DSM-IV.

INTRODUCCIÓN

- Su relevancia e importancia actual va ligada a dos hechos:
 1. El marcado aumento, durante las dos últimas décadas, de la incidencia de estas patologías, en el caso de la BN, a pesar de que tan sólo hace 13 años que adquirió entidad diagnóstica, presenta unos valores en su incidencia de 6 a 9'9 nuevos casos por año por 100.000 habitantes.
 2. La complicada etiología y patogenia de estos trastornos, hace que aún no se haya obtenido un tratamiento adecuado que presente alta efectividad a largo plazo.

PREVALENCIA

- Flament en Francia, sobre 3527 estudiantes de secundaria, encontró:
 - Mayor nivel de preocupación entre la niñas que entre los niños sobre: peso corporal, silueta, dieta, atracones bulímicos, vómito autoprovocado, laxantes, medicaciones adelgazantes.
 - Una tasa de bulimia de 1.1 % en mujeres y 0.2 % en hombres.
 - La bulimia parece ser mas frecuente entre las mujeres más mayores que no entre las adolescentes y jóvenes.
- La mayoría de pacientes inician la enfermedad de la bulimia al final de la adolescencia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-IV

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un periodo de dos 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 pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esté ingiriendo).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-IV

- Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-IV

- Especificar el tipo:
- **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- La incidencia de la bulimia es de 0.6-0.8 % en mujeres.
- Junto con la anorexia es un desorden fundamentalmente femenino (relación 9:1).
- Se inicia al principio de la juventud, poco antes de los 20 años y oscila entre los 12-40.
- El peso generalmente es normal y se asocia con: ejercicio físico “ritualizado”, ayunos, conductas purgativas, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos.
- A diferencia de la anorexia los intentos de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas son bastante frecuentes, tales como: drogas estimulantes, cocaína, anfetaminas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Es un trastorno que tiende a cronificarse y existen múltiples recaídas.
- La remisión en seguimiento de 10 años es de un 50 %.
- Generalmente la paciente bulímica no presenta otros signos a parte de los propios al trastorno alimentario.
- Suelen ser socialmente superfluos, aunque los demás los perciben como “fuertes” y “generosos”.
- Tienen escasa o pobre autoestima, intimidación conflictiva (dificultad en la interacción afectiva), déficit en la propia comprensión de sus sentimientos y dificultad en el manejo de la angustia, con intolerancia a la frustración.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Presentan sentimientos de tipo depresivo en forma oscilante, preocupación intensa por la comida y sobre todo los “atracones”.
- Es muy importante preguntar siempre a estos pacientes sobre otros trastornos del control de los impulsos tales como: hurtos, abuso de drogas o sustancias psicoactivas, e intentos de autolisis.

CURSO

- La bulimia suele iniciarse al final de la adolescencia o inicio de edad adulta (juventud).
- Los atracones aparecen más en períodos de dieta o restricción alimentaria.
- Las oscilaciones de peso raramente se acerca a las de las anoréxicas en su descenso.
- En el inicio aceptan el tratamiento pero cuando ya han entrado en la fase purgativa difícilmente se amoldan a cambios.
- El curso suele ser crónico, fluctuante con periodos de atracones-purgas.

CURSO

- En un estudio reciente se extraen las siguientes conclusiones:
 1. Un tercio seguía a los tres años en el mismo periodo inicial.
 2. Del grupo que se habían recuperado, dos tercios recayeron en el plazo de un año y medio
 3. La mitad de los que consiguieron recuperarse de un segundo episodio recayeron más tarde.

COMPLICACIONES FÍSICAS

- Lesiones esofágicas (dolor al tragar)
- Alteraciones gástricas (colon irritable, estreñimiento)
- Deshidratación
- Cambios de la tensión arterial
- Alteraciones dentarias
- Hemos de tener en cuenta que la mayoría de estas alteraciones son secundarias a los vómitos crónicos y al abuso de laxantes

COMPLICACIONES FÍSICAS

Por otro lado es frecuente:

- el abuso de alcohol y hurtos por alteración del control de los impulsos.
- la preocupación por la comida puede alterar la adaptación social y la relación laboral o escolar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- 1. Ciertas afecciones neurológicas:
- a) Traumas craneales, deficiencia mental, demencias, ciertos tumores S.N.C, o epilepsia temporal.
- b) Síndrome de Kleine-Levin: prevalencia en adolescentes varones, consiste en crisis hiperfagia con hipersomnia y trast. en la conducta sexual.
- e) Síndrome de Kluver-Bucy: ceguera de origen psíquico, alteraciones memoria y afectivas, hipersexualidad, e hiperfagia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- 2. El tratamiento con ciertos fármacos psicotropos puede desencadenar accesos bulímicos secundarios.
- 3. La anorexia nerviosa.
- 4. Esquizofrenia
- 5. Trastorno depresivo
- 6. Trastorno histriónico

ANTECEDENTES PERSONALES

- La paciente bulímica muestra una edad entre los 16 - 24 años, con una media de 18a.
- Habitualmente cuando acude a un profesional la enfermedad hace tiempo que se ha instaurado.
- Manifiesta sobrepeso anterior al inicio de la enfermedad y una intensa preocupación por la línea y el peso.
- Pudo haber anorexia nerviosa y inestabilidad emocional de base (estructura de personalidad "bordeline").
- También se caracteriza por una posible situación y experiencia de tipo promiscuo (incesto o pseudoincesto), violencia, etc ...

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Existe una mayor incidencia familiar de depresión así como de trastornos de alimentación y de peso.
- Se caracteriza por ser una familia caótica, poco estructurada, en la que hay acontecimientos inconfesables (adicciones, incesto, ...) y es muy frecuente que el matrimonio sufre una crisis silenciosa.

CARACTERÍSTICAS DE LA FIGURA MATERNA

La madre manifiesta:

- Rasgos caracteriales de gran dureza.
- Ambivalencia hacia la hija con la que compite por la atención del padre.
- Antecedentes de gran dependencia madre-hija.
- Es una relación de intransigencia.

CARACTERÍSTICAS DE LA FIGURA PATERNA

El padre se caracteriza por:

- Ser distante y seductor a distancia.
- Muestra una relación crítica y de desprecio con la madre.
- Hace frente común con la hija.
- La relación es de complicidad.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

- A parte de la exploración física: pérdida de peso pronunciada, amenorrea y síntomas corporales secundarios
- Son de vital importancia una adecuada exploración psicopatológica y conductual, un análisis y un registro estandarizado de las distintas áreas conflictivas, tanto durante la fase inicial de diagnóstico como durante la fase de tratamiento.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Es muy importante hacer una exploración de:

- Actitudes hacia la comida.
- La imagen corporal del propio cuerpo.
- Los rasgos de personalidad.
- La psicopatología previa.
- Los déficits comunicativos, sociales y cognitivos.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Dentro de la exploración psicológica:

- Test de Inteligencia (WAIS-III, Raven, Inteligencia Lógica).
- Cuestionarios de Ansiedad (STAI, ISRA).
- Cuestionarios de Depresión (Beck, CET-DE).
- Cuestionarios de Personalidad (MMPI, 16PF, Millon, SCID).
- Pruebas proyectivas: H.T.P, Familia, Autoimagen, T.A.T.
- Cuestionarios de conducta alimentaria: EDI, EAT-40.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Eating Attitudes Test (EAT-40):

- Compuesto de 40 ítems.
- Hacen referencia a síntomas y conductas comunes en anorexia y bulimia nerviosa.
- Puntuación de corte = 30.
- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca» y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3).
- La puntuación total de este cuestionario va de 0 a 120; el valor máximo indica mayor grado de trastorno de la conducta alimentaria.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Eating Attitudes Test (EAT-26).

- Versión reducida del EAT-40.
- Puede ser utilizado como medida de screening para determinar la presencia o no de trastornos alimentarios.
- El punto de corte que sugieren los autores es de 20.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Eating Disorders Inventory (EDI).

- Cuestionario de 64 ítems.
- Evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales características de la anorexia y bulimia nerviosas.
- 8 subescalas:
 - impulso a la delgadez (7 ítems)
 - sintomatología bulímica (7 ítems)
 - insatisfacción corporal (9 ítems)
 - ineffectividad y baja autoestima (10 ítems)
 - perfeccionismo (6 ítems)
 - desconfianza interpersonal (7 ítems)
 - conciencia interoceptiva (10 ítems)
 - miedos a la maduración (8 ítems)
- 6 posibles respuestas («siempre» a «nunca»)
- Sólo tres se puntúan (de 1 a 3)
- Puntuación total máxima 192

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2).

- Proporciona información útil respecto a las dimensiones psicológicas y conductuales características de los trastornos alimentarios.
- Incluye las mismas subescalas del EDI más otras tres: «ascetismo», «regulación del impulso» e «inseguridad social».
- Puede ser utilizado como medida de screening (la subescala «tendencia a la delgadez» parece ser extremadamente útil).

TRATAMIENTO

- Modelo Psicoeducativo
 - Individual
 - Grupal
- Tratamiento Ambulatorio
- Tratamiento Hospitalización
- Tratamiento Grupal
- Tratamiento individual
 - Terapia Interpersonal
 - Tratamiento de exposición con prevención de respuesta
 - Terapia cognitivo-conductual
- Tratamiento farmacológico

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

Los pacientes deberán ser informados sobre:

- Ideales de belleza e influencia sociocultural.
- Consecuencias negativas del uso de conductas de purga.
- Importancia de la normalización de ingesta. como primer mecanismo para detener el círculo vicioso de atracones-vómitos.
- Multicausalidad de la bulimia nerviosa.
- Repercusiones físicas y psicológicas de la desnutrición.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

Ideales de belleza e influencia sociocultural

- En diferentes estudios:
- Las medidas corporales de las modelos han ido disminuyendo.
- El 22,5 % de anuncios que iban dirigidos básicamente a adolescentes de entre 14 y 18 años inducían a perder peso.
- El 78 % de las adolescentes preferían pesar menos, aunque más del 80 % se encontraban realmente en normopeso.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

- Sobrevaloración extrema de la delgadez.
- Ideas sobrevaloradas erróneas:
 - Delgadez es igual a felicidad y gordura igual a infelicidad.
 - Estar delgado es estar sano.
 - Estar delgado rejuvenece, hace más atractivo y se asocia al éxito.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

- **Consecuencias negativas del uso de conductas de purga**
- Conductas de purga: uso de laxantes, diuréticos y/o conducta de vómito.
- Muchos de los problemas gastrointestinales están causados por un abuso de sustancias laxantes y/o por la realización de vómitos.
- Los vómitos pueden producir lesiones graves en el esófago, erosión del esmalte dental (al contactar repetidamente el ácido gástrico con los dientes) y una higiene dental precaria, inflamación de las glándulas parótidas y pérdida de electrólitos (entre otros de potasio) necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

- **Consecuencias negativas del uso de conductas de purga**
- Un uso excesivo de laxantes puede producir trastornos funcionales graves en el intestino grueso, que en casos extremos, puede requerir intervención quirúrgica o generar un estreñimiento crónico.
- Un exceso de diuréticos puede producir deshidratación.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

- **Importancia de la normalización de la ingesta como primer mecanismo para detener el círculo vicioso de atracones-vómitos**
- Presentan una conducta alimentaria restrictiva e hipocalórica, como consecuencia propia del deseo de compensación nutricional tras haber tenido un atracón.
- La conducta de atracón será primaria al deseo de la paciente por bajar de peso.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

- En un estudio se detectó que en el 70 % de una muestra de 221 pacientes bulímicos la conducta de dieta restrictiva había precedido temporalmente a la conducta de atracón.
- La conducta alimentaria restrictiva es un factor de riesgo en la instauración de un trastorno bulímico.
- Unir otros factores desencadenantes: ansiedad, determinado tipo de alimentos, aburrimiento, depresión, etc.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

Pautas para comer de forma mecánica:

- Desayunar no más tarde de una hora después de levantarse.
- No deben pasar más de 3-4 horas entre el desayuno y la comida.
- Merendar algo ligero.
- Cenar no muy tarde (entre las 20.00 y las 21.00)
- Las comidas han de considerarse como las medicinas y tener prioridad.
- Comer en función de un esquema predeterminado (1º plato, 2ª plato y postre) y no en función de que se tenga mayor o menor sentimiento de hambre.
- Es muy importante no saltarse ninguna comida.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

Multicausalidad de la bulimia nerviosa

- Es un trastorno mental multicausado.
- Factores predisponentes (individuales, familiares y socioculturales)
- Factores desencadenantes.
- Generan un deseo extremo por adelgazar y hacer dieta, con la consecuente pérdida de control sobre la ingesta, ante la presencia de determinados estresores, y la aparición de conducta compensatoria de purga.
- Una exagerada importancia a la delgadez física y actitudes negativas hacia uno mismo mantendrán este círculo vicioso, que cada vez más se verá agravado por las repercusiones psicofisiológicas de este trastorno alimentario.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

Repercusiones físicas y psicológicas de la desnutrición

- Se realizó un estudio y se describieron los siguientes cambios:
 - 1. Cognitivos: problemas de concentración.
 - 2. Actitudes y conductas hacia la alimentación: hablaban y pensaban continuamente en comida, e incluso algunos presentaban conductas de sobreingesta o mezclaban de forma anormal los alimentos.
 - 3. Tipo de alimentos: tomaban con mayor frecuencia condimentos en las comidas y bebían en mayor cantidad café y té.

TRATAMIENTO

Modelo Psicoeducativo

- 4. Estado de ánimo: la mayoría de los sujetos estaban deprimidos, discutían con frecuencia y estaban más irascibles y ansiosos.
- 5. Relaciones sexuales y sociales: cada vez mostraban mayor desinterés por la sexualidad y presentaban tendencia al aislamiento social.
- 6. Cambios somáticos: trastornos del sueño, trastornos intestinales, frecuentes escalofríos y picor en extremidades.
- 7. Cambios metabólicos: la temperatura y el ritmo respiratorio y cardíaco se redujeron, así como el gasto energético.

T. Grupos Psicoeducativos ambulatorios

- Gran utilidad para conseguir una reducción inicial de los síntomas propiamente bulímicos (atracones y vómitos) y la normalización de una regularidad en hábitos alimentarios (cantidad y frecuencia).
- 5-6 sesiones en las que se informa sobre nutrición y aspectos causales del trastorno, cómo conseguir una normalización de hábitos alimentarios y paralización de atracones y/o vómitos.
- Los aspectos informativos prevalezcan sobre los problemas personales.
- Primera opción terapéutica.
- Insuficiente para conseguir una recuperación total, especialmente en pacientes bulímicos con una sintomatología severa.

T. Grupos Psicoeducativos ambulatorios

- 8-10 pacientes por grupo.
- Son conducidos por un psicólogo y un coterapeuta.
- Frecuencia semanal.
- Sesiones de 90 minutos.
- Total de 6 sesiones.

T. Grupos Psicoeducativos ambulatorios

Objetivos Principales:

1. Ofrecer información y psicoeducación respecto a esta patología: qué es la bulimia, a qué va asociada, consecuencias negativas y como solucionar este problema.
- 2. Enseñar al paciente la importancia que posee para su curación su propia conducta y el hecho de adquirir un papel activo en la erradicación de este trastorno.
- 3. No se profundiza en las interacciones entre los pacientes y/o abordaje de problemas individuales.

T. Grupos Psicoeducativos ambulatorios

Contenido:

Sesión 1

- Características de la bulimia, repercusiones físicas y psicológicas. Inconvenientes y riesgos de la realización de conductas compensatorias (p. ej., vómitos) y/o uso de laxantes y diuréticos.
- Importancia del restablecimiento de la alimentación equilibrada.
- Cómo parar los atracones/vómitos.

Sesión 2

- Modelos etiopatológicos en la bulimia nerviosa (sociocultural, individual y biológico).
- Desencadenantes comunes de los atracones.

T. Grupos Psicoeducativos ambulatorios

Sesión 3

- Nociones nutricionales básicas.
- Repercusiones negativas de la realización de dietas-
- Pautas alimentarias básicas.

Sesión 4

- Modelo cognitivo e influencia que las cogniciones poseen sobre las emociones y las conductas.

Sesión 5

- Técnicas de resolución de problemas, autocontrol y afrontamiento adecuado del estrés.

Sesión 6

- Prevención de recaídas y factores de riesgo.

Tratamiento Ambulatorio

- Tratamientos más estructurados y de corta duración: terapia cognitivo-conductual y tratamientos de exposición con prevención de respuesta.
- Tratamientos menos directivos y de más larga duración: terapia psicoanalítica o de base dinámica (p. ej., terapia interpersonal, psicoterapia de soporte).
- Combinados o no con terapéuticas farmacológicas.
- El modelo cognitivo-conductual presenta mayor eficacia a medio-largo plazo.
- Los pacientes que no reciben tratamiento no suelen presentar cambios sustanciales.

Tratamiento Ambulatorio

- La alta eficacia del tratamiento ambulatorio por lo que se considera de primera elección, siendo factores como motivación por el cambio, consciencia de enfermedad, soporte familiar, entre otros, fundamentales en el proceso terapéutico.

Tratamiento Hospitalización

- Tratamiento psicológico: cinco modalidades terapéuticas:
 1. terapia cognitiva
 2. técnicas de modificación de conducta
 3. psicoterapia
 4. psicoterapia psicoanalítica
 5. tratamiento de adicciones
- Se inicia con procedimientos grupales de autoayuda y psicoeducativos o grupales de corta-duración.
- A un tratamiento psicológico ambulatorio de larga duración con o sin medicación adicional (ante pacientes que presenten una sintomatología severa).
- Los ingresos tan sólo están indicados en casos extremos.

Tratamiento Hospitalización

- Tratamiento más habitual orientación cognitivo-conductual.
- Programas multidisciplinarios.
- Combinan tratamientos psicológicos (individuales y de grupo) y médico-nutricionales.
- Gran utilidad programas específicos de grupo: grupos de resolución de problemas y cognitivos, grupos de habilidades sociales, grupos de relajación y grupos nutricionales.
- Frecuencia: 2-3 veces por semana.

Tratamiento Grupal

- Mayor número de abandonos.
- Los tratamientos de primera elección.

Tratamiento Grupal

Características intrínsecas de la psicoterapia grupal que aconsejan su aplicación

- A. Catarsis: apertura emocional.
- B. Revelación de información personal a los miembros del grupo.
- C. Universalidad: los pacientes perciben que otros miembros del grupo poseen problemas y sentimientos similares
- D. Aprendizaje de acciones interpersonales: responder de forma más adecuada en situaciones interpersonales.
- E. Aceptación: sentimiento de ser aceptado y entendido por otros miembros del grupo.

Tratamiento Grupal

- F. Altruismo: ayudar a los demás favorece sentirse mejor con uno mismo.
- G. Aconsejamiento y guía: recibidos por el terapeuta y/u otros compañeros del grupo.
- H. Autoentendimiento: mejora de la capacidad de insight del paciente a través de la comunicación que se establece con los distintos interlocutores del grupo.
- I. Aprendizaje vicario: el paciente experimenta, a través de la observación de los demás, que determinada información es útil para él mismo.
- J. Sentimiento de esperanza que va apareciendo en el paciente conforme avanza el tratamiento grupal.

Tratamiento Grupal

Contraindicaciones de una terapia de grupo

- Patología alimentaria extremadamente severa (p. ej., continuos atracones y vómitos diarios).
- No motivación para cumplimiento de normas grupales y/o asistenciales.
- Trastorno de personalidad grave que haga extremadamente difícil el cumplimiento de normas.
- Sintomatología psiquiátrica coadyuvante que recomiende ingreso (p. ej., ideación suicida) o haga difícil un abordaje grupal (p. ej., sintomatología depresiva mayor).
- Estado físico precario a causa de sintomatología bulímica y/o de purga (p. ej., continuos bajos niveles en potasio por frecuentes vómitos).

Tratamiento Grupal

- Nulo soporte familiar y/o social al que debiera recurrirse en caso de necesidad.
- fracasos repetidos en tratamientos ambulatorios anteriores.
- Abuso y/o dependencia de sustancias tóxicas.
- Situación familiar conflictiva que actúe como desencadenante de sintomatología bulímica, y en donde un cambio temporal de domicilio no sea posible.

Tratamiento Individual

- Terapia Interpersonal
- Tratamiento de exposición con prevención de respuesta
- Terapia cognitivo-conductual

Tratamiento Individual Terapia Interpersonal

- Los problemas interpersonales se ven como factores desencadenantes y causales del trastorno.
- Las técnicas aplicadas se derivan del modelo psicodinámico.
- Se trabajan de una forma semi-directiva las deficiencias en relaciones interpersonales de los pacientes, y soluciones concretas a éstas.
- No está centrada en los síntomas (episodios bulímicos o hábitos alimentarios), sino en el trabajo y la solución de los problemas de fondo que existen en las pacientes.

Tratamiento Individual Terapia Interpersonal

- El objetivo principal es conseguir una reducción de las emociones negativas que aparecen como consecuencia de los déficit en la esfera interpersonal, y que se produzca así una reducción indirecta de los episodios bulímicos.
- La fase inicial de esta terapia se compone de autorregistros de las relaciones interpersonales, en las que apareció el trastorno de la alimentación.
- Se buscan las relaciones entre el trastorno alimentario actual y las variables interpersonales.
- Buenos resultados a medio-largo plazo.
- Comparables a los obtenidos por la terapia cognitivo-conductual.
- A corto plazo, en la reducción de la sintomatología bulímica más aparente (frecuencia semanal de atracones y vómitos) presenta resultados algo inferiores.

T. de exposición con prevención de respuesta

- Técnica de modificación de conducta.
- Exponer al paciente ante estímulos discriminativos o elicítadores de la conducta problemática (episodios bulímicos o vómitos).
- Exposición: alimentos «prohibidos» o altamente calóricos, o determinadas conductas (p. ej., ir de compras al supermercado, estar sola en casa; observar su propia figura corporal, etc.) e impedir a continuación que suceda la conducta problema.

T. de exposición con prevención de respuesta

- Desventajas: dificultades para poder identificar estímulos discriminativos o elicitadores de atracones incontrolados o episodios bulímicos.
- No se trata tan sólo de estímulos externos, como por ejemplo productos alimentarios específicos (chocolate, dulces, bollería o frutos secos), sino también de estímulos internos (emociones de ira, frustración, soledad y factores interpersonales).
- Este tipo de tratamiento, si bien parece presentar efectividad similar a un tratamiento cognitivo-conductual a corto plazo presenta resultados claramente inferiores a medio-largo plazo.

Tratamiento cognitivo-conductual

- Las bases teóricas se basan en el modelo teórico cognitivo-conductual desarrollado y aplicado con pacientes depresivos por Beck (1976), en los que demostró gran efectividad.
- Fue descrito por primera vez en 1985.
- Cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y alimentación, conducen a unos hábitos alimentarios restrictivos que desembocan en episodios bulímicos y, en la mayoría de los casos, en vómitos.

Tratamiento cognitivo-conductual

- Se trabajan con las cogniciones y los pensamientos.
- Se centran en tres áreas principales:
 - a) cogniciones negativas respecto a la alimentación y al peso.
 - b) cogniciones y valoraciones negativas respecto a la propia imagen y figura corporal.
 - e) baja autoestima respecto a sí mismas.

Tratamiento cognitivo-conductual

Tres fases:

- Fase I. Autoobservación y control de estímulos, así como un detallado registro de la alimentación diaria (fase psicoeducativa-conductual).
- Fase II. Confrontación y modificación de las cogniciones irracionales a través de reestructuración cognitiva (fase cognitivo-conductual).
- Fase III. Prevención de recaídas y profilaxis (fase de prevención).

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO- CONDUCTUAL

- Es tan eficaz como el tratamiento individual.
- Como continuación de la intervención psicoeducativa.

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO- CONDUCTUAL

- Frecuencia: una vez por semana.
- Tamaño: 8 a 10 miembros
- Duración: 5-6 meses.
- Homogeneidad del grupo: número de participantes no elevado, de edades similares, con la misma patología y no en excesivo sobrepeso.

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO- CONDUCTUAL

- Tipo de grupos :
 - estructurados (grupos cerrados) el número total de sesiones (15-20) se dividen en diversas áreas temáticas.
 - semiestructurados (abiertos o cerrados) aspectos como nutrición, hábitos y registros alimentarios.

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO- CONDUCTUAL

- Contenido:
- Es muy importante el carácter mantenedor que poseen las cogniciones irracionales respecto a alimentación, la figura y el autoconcepto.
- Este tratamiento se compone de tres fases:
- 1ª fase. Las primeras 8 sesiones se centran en cambios conductuales y monitorización de comidas (las pacientes deben traer semanalmente registros sobre hábitos alimentarios y frecuencia en atracones y vómitos). Desde la primera sesión se da mucha importancia a la realización regular y correcta de los registros alimentarios.
- A partir de la tercera sesión, se pedirá a los pacientes que normalicen su alimentación, no continúen «saltándose» comidas y que adquieran unas pautas de alimentación «mecánicas». Se hará especial énfasis en qué comer, cuándo y cómo comerlo, distinguiendo específicamente qué quiere decir estar realizando dieta y qué no.

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO- CONDUCTUAL

- 2~ fase. En esta fase (sesiones 8-17) se hace especialmente hincapié en aspectos cognitivos que mantienen los problemas alimentarios. Reestructuración cognitiva de cada uno de estos pensamientos (alimentación, peso e imagen), reservando las tres últimas sesiones (15-17) para trabajar la técnica de resolución de problemas.
- 3~ fase. Compuesta por las últimas dos sesiones (18-19), en las que se trabajan aspectos como: factores de riesgo, prevención de recaídas y valoración personal del efecto que ha tenido el tratamiento en su sintomatología alimentaria, su situación personal y/o familiar.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Tratamientos con anticomiciales:
 - los episodios de ingesta voraz y los episodios de descontrol de las conductas alimentarias podían estar relacionados con alteraciones neurológicas primarias de tipo comicial.
 - alteraciones electroencefalográficas no difería de las muestras de sujetos de igual edad, sexo y situación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Fármacos inhibidores del apetito, los anorexígenos especialmente, las anfetaminas y sus derivados:
 - desequilibrio entre los sistemas facilitadores o inhibidores de la actividad hipotalámica.
 - sí desaparecía el apetito y se reducían las ingestas y los atracones, pues se reducían las conductas alimentarias en general.
 - provocaban euforia, reducción de la sensación de fatiga, hiperescitabilidad, ansiedad e insomnio, con el riesgo del aumento de la tolerancia y de la dependencia.
 - Las anfetaminas no son recomendables en el tratamiento de la bulimia, porque en la mayoría de las ocasiones comportan graves riesgos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Antidepresivos:
 - Son los fármacos más eficaces.
 - reducen las conductas de bulimia, esta acción se debe a la hiperactivación de los recaptadores serotoninérgicos postsinápticos tanto a nivel central como periférico.
 - La estimulación central favorece la sensación de saciedad al actuar sobre el núcleo paraventricular del hipotálamo medial; así se reduce el apetito global y la apetencia específica sobre los hidratos de carbono. A nivel periférico se estimula el sistema de saciedad y aparece una respuesta rápida que limita la ingesta.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Dentro de los antidepresivos los más utilizados son: Imipramina, fenelzina, amitriptilina, desimipramina, y fluoxetina.
- La medicación se administra a dosis habituales y no es necesario que exista una depresión para indicarse.
- La fluoxetina o los inhibidores de la recaptación de la serotonina IRSS se administran a altas dosis, semejantes a las del TOC.
- Habitualmente el tratamiento antidepresivo se asocia al tratamiento psicoterapéutico.