

TERAPIA DE ELECCIÓN EN BULIMIA NERVIOSA

Descripción de la terapia cognitivo-conductual de Fairburn

Fairburn divide su terapia en 3 etapas, cuyas pautas básicas resumimos seguidamente:

PRIMERA ETAPA.

Suele durar 8 sesiones con una entrevista semanal. Se llevan a cabo las siguientes tareas.

A) Explicar al paciente el modelo cognitivo de la Bulimia Nerviosa e ir clarificándolo a lo largo de las sesiones.

B) Monitorizar la alimentación mediante un registro diario que incluye: todas las ingestas, las purgas, las circunstancias en que surgen los atracones o purgas y los pensamientos relacionados con estas conductas. Estos registros se revisan después en cada sesión.

C) Pesarse semanalmente anotándolo en el registro y analizando en la sesión sus reacciones ante cualquier cambio.

D) Proporcionar información sobre:

- 1) el peso corporal y su regulación
- 2) las consecuencias físicas adversas derivadas del atracón, el vómito autoinducido y los laxantes
- 3) la relativa ineficacia de los vómitos y las purgas como método para controlar el peso y 4) los efectos negativos de hacer dieta. Después se le pide que resuma, a su manera, la información proporcionada para asegurarnos de que la ha comprendido.

E) Prescribir un patrón de alimentación regular, de forma que no haya más de 3 o 4 horas de intervalo entre una comida y otra y permanecer sin ingerir alimentos entre ellas. Para ayudarlo a conseguirlo se aconsejan las siguientes medidas de control de estímulos:

- 1) no realizar ninguna otra actividad durante las comidas
- 2) comer siempre en el mismo lugar de la casa
- 3) limitar la cantidad de alimentos disponibles mientras come
- 4) dejar algo de comida en el plato,
- 5) tirar los alimentos sobrantes de forma que no pueda volver después a comérselos
- 6) limitar la exposición a comidas peligrosas

7) planificar la compra y la lista de la compra haciéndolas después de comer, cuando no tenga hambre

8) ir a la compra con el dinero justo

9) comprar preferentemente alimentos que necesiten preparación para que no puedan ser tomados directamente, sin cocinarlos

10) evitar en lo posible cocinar para otros o estar en contacto con alimentos de fácil ingesta (por ejemplo, trabajar en pastelerías).

F) Consejos acerca del vómito. Explicarle sus consecuencias y recordarle que si deja de tener atracones será muy poco probable que continúe vomitando porque se rompe uno de los círculos viciosos que mantiene este trastorno (figura 1). Pedirle que intente dejarlos y que no ceda al atracón apoyándose en la idea de que después vomitará.

G) Consejos sobre laxantes y diuréticos. Informarle de su peligrosidad y su ineficacia. Anotar su utilización en los registros diarios de alimentación y abandonarlos gradualmente.

H) Alternativas al atracón y al vómito. Se pide al paciente que elabore una lista de actividades agradables, que puedan servir como alternativas al atracón (o al vómito). Esas actividades pueden incluir: visitar o telefonar a amigos, hacer ejercicio, escuchar música o tomar un baño. Después, animarle para que las utilice en cuanto sienta el impulso de darse un atracón o de vomitar.

I) Entrevistar a algún amigo o familiar. El objetivo es conseguir que el paciente se abra a alguien y facilitar un apoyo social adecuado. Es muy conveniente que el paciente explique a sus familiares y amigos los principios del tratamiento, para que así puedan comprender cómo ayudarle.

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

SEGUNDA ETAPA.

Dura 8 semanas, con una entrevista semanal. Los objetivos a cubrir son:

A) Eliminación de la dieta. Es uno de los objetivos cruciales porque como hemos explicado, la dieta favorece los atracones. Abandonarla, no implica que se gane peso, ya que muchas entradas calóricas pueden deberse a los atracones. Las comidas evitadas se jerarquizan según su grado de rechazo, y se categorizan en cuatro grupos de dificultad creciente. Cada semana se pide al paciente que consuma alimentos de uno de los grupos, empezando por los más fáciles. Esos alimentos se ingieren como parte de una comida o un tentempié planificado, en una cantidad razonable. Durante la revisión y el análisis detallado de los autorregistros, es posible determinar cuándo el paciente está comiendo demasiado poco. Si éste es el caso, se le pide que aumente su ingesta, hasta llegar por lo menos a 1500 calorías diarias.

B) Reestructuración cognitiva. Como durante la 1ª etapa le hemos ayudado a captar sus pensamientos problemáticos y a ver su relación con el modelo cognitivo de la BN, al inicio de esta 2ª etapa, el paciente está ya listo para aprender a cuestionarlos buscando evidencias a favor y en contra. Para lograr este objetivo, los procedimientos utilizados son similares a los descritos en la terapia cognitiva de Beck para la depresión, la ansiedad o los trastornos de personalidad y a algunas de las técnicas más utilizadas en la terapia racional emotiva (Ellis y Grieger, 1989). Las distorsiones cognitivas de los pacientes con anorexia nerviosa y BN, son similares en cuanto a la forma a las descritas por Beck para la depresión (Beck, 1983), aunque sus contenidos difieren, siendo en la BN relativos al peso, la figura y la ingesta. Se siguen los procedimientos estándar para captar los pensamientos problemáticos y, una vez identificados, Fairburn recomienda reestructurarlos en un proceso de 4 etapas:

- 1) reducir o traducir el pensamiento a su esencia
- 2) buscar argumentos y evidencias, lógicos y empíricos, que apoyen esos pensamientos
- 3) buscar argumentos y evidencias que puedan rebatirlos; en lo posible, mediante experimentos conductuales
- 4) buscar una conclusión razonable que utilizará para regir su conducta y que reemplazará a las actitudes irracionales responsables de sus conductas y emociones contraproducentes.

Esta conclusión se redacta en forma de frase (una por cada actitud problemática) y se utiliza en diversas formas; por ejemplo: anotarlas en tarjetas que relee con frecuencia, recitar esta frase cada vez que surge el pensamiento o actitud problemática que desea modificar, actuar según ella (y en contra de las actitudes irracionales), etc. Una vez que el paciente se ha acostumbrado a examinar sus pensamientos problemáticos en las sesiones, se le pide que practique la reestructuración cognitiva por sí mismo, anotando sus 4 pasos al dorso de su autorregistro diario de comidas. Se le anima para que la practique tan a menudo como sea posible y se analizan sus intentos en cada sesión de tratamiento.

C) El tratamiento de las distorsiones y de la repulsa acerca de la autoimagen corporal. Algunos pacientes con BN, tienen una clara distorsión de la imagen corporal, según la cual, sobreestiman su talla o alguna parte de su cuerpo. Como sugieren Garner y Bemis (citados por Fairburn y Wilson, 1994), podemos ayudar al paciente a considerar que “es como si se hubiese vuelto daltónico con respecto a su figura”. Siempre que se perciba como obeso puede recordarse a sí mismo que tiene esta distorsión, y que, por tanto, es mejor juzgar su figura en función de: las opiniones de personas fiables de su alrededor, los datos objetivos del peso que comprueba semanalmente, y las tallas de la ropa que usa. Por otro lado, algunos pacientes con BN sienten una extrema repulsa hacia el propio cuerpo (aunque esto ocurre con mayor frecuencia en la anorexia nerviosa). Estos pacientes pueden: evitar mirarse, vestirse o desvestirse en la oscuridad, usar ropas anchas sin forma, evitar espejos y, en casos más extremos, no bañarse jamás y ducharse con ropa. El tratamiento de esta alteración requeriría la exposición o, dicho en términos cognitivos, el “actuar en contra de su esquema disfuncional”.

D) Entrenamiento en resolución de problemas (D´Zurilla y Goldfried, 1971). Se siguen las pautas estándar con sus 6 etapas:

- 1) identificar el problema tan pronto como sea posible
- 2) especificar y definir adecuadamente cuál es el problema
- 3) considerar todas las alternativas posibles
- 4) elegir la mejor solución tras evaluar las diferentes opciones
- 5) ponerla en práctica
- 6) revisar todo el proceso para evaluar su idoneidad y determinar en qué podría mejorarse.

Esta técnica se utiliza como ayuda para que el paciente pueda manejar dificultades que, de otra forma, podrían resultar en un atracón. Se pide al paciente que practique éste método de solución de problemas a la menor oportunidad y que lo anote en el registro diario de alimentación. Cuando surja cualquier problema anota en su registro diario reflejando al dorso cada una de las etapas de solución de problemas, que lleva a cabo para resolverlo.

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

El progreso hay que juzgarlo globalmente. Es posible que el paciente mejore en sus conductas, pero continúe con sus creencias problemáticas. En este caso, según el punto de vista cognitivo, se mantiene el trastorno por lo que lo más probable es que se trate sólo de una mejoría transitoria.

3ª ETAPA

Consta de 3 entrevistas, una cada 15 días. Su objetivo es asegurar que el progreso se mantenga después de la terapia.

Fairburn aconseja que a los pacientes que aún tengan algún síntoma, que son la mayoría, y que se preocupen por la finalización del tratamiento, se les explique que lo más usual es que continúen mejorando después de acabar la terapia.

En esta etapa final, hay que comprobar si las expectativas de los pacientes son realistas. Muchos, esperan no volver a comer en exceso, ni vomitar, ni usar laxantes nunca más. Estas expectativas han de revisarse porque les haría más vulnerables a reaccionar catastróficamente a cualquier pequeña recaída. Se les ayuda a ver que es más útil permitirse a sí mismos el pasarse con la comida en alguna ocasión, sin verlo como algo negativo.

Durante este estadio final de tratamiento, se les pide que consideren qué ingredientes terapéuticos les han sido más útiles. También se les ayuda a

preparar un plan por escrito para afrontar ocasiones futuras cuando sientan que su alimentación está empezando a ser un problema.

Se les recuerdan los riesgos de hacer dieta. Pueden caer en la tentación de volver a hacerla en alguna ocasión, por ejemplo después de tener un hijo, siendo esto bastante arriesgado. Fairburn aconseja que no vuelvan a hacer dieta a menos que haya un sobrepeso objetivo o que existan razones médicas para ello.