

Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario

Carmina Saldaña
Universidad de Barcelona

En el trabajo se revisan los distintos tratamientos para anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón y se proponen las áreas de estudio para la próxima década. La obesidad ha sido omitida de la revisión. Datos de las investigaciones disponibles en la actualidad ofrecen resultados desiguales con relación a la eficacia de los tratamientos para los trastornos del comportamiento alimentario. En bulimia nerviosa (BN) existe suficiente evidencia empírica que muestra la superioridad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) frente a otras alternativas de tratamiento. Probablemente la terapia interpersonal podría ser el tratamiento de elección cuando la TCC fracasa. En el trastorno por atracón los programas de autoayuda para los casos leves y la TCC para los demás casos son los tratamientos de elección. El panorama en el tratamiento de la anorexia nerviosa es diferente; el único tratamiento que hasta el momento ha probado su eficacia es la rehabilitación nutricional. Para este trastorno todavía es necesario el desarrollo y aplicación de programas estructurados de tratamiento que permitan determinar su eficacia.

Efficacious psychological treatments for eating disorders. We review the differential effectiveness for anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder and we propose the areas of study on these disorders for the next decade. Obesity has been omitted for this review. Data for the available research offer differential results with respect to the treatment efficacy on eating disorders. In bulimia nervosa there is enough evidence showing the superiority of cognitive-behavioral therapy (CBT) in front of other kind of therapies. It is possible that interpersonal therapy be the election treatment when CBT fails. In binge eating disorder, self-help programs for mild cases and CBT for the other are the treatments to be applied. The scope in the treatment of anorexia nervosa is different; by now the only treatment that works is nutritional rehabilitation. For this disorder it is still necessary to develop and apply structured treatment programs and to study their efficacy.

La magnitud de la investigación y publicaciones sobre los trastornos del comportamiento alimentario en los últimos años ha sido muy extenso, aunque todavía no se ha alcanzado el nivel óptimo de conocimiento sobre ellos. Además, cabe señalar que el volumen de la investigación ha sido desigual para los distintos trastornos. De un lado, nos encontramos con que la bulimia nerviosa (BN) ha sido, con creces, el trastorno alimentario más estudiado; de otro, el trastorno alimentario compulsivo o trastorno por atracón (TA) es el que de forma más tardía ha empezado a estudiarse y hasta la fecha sólo ha sido incluido en el DSM-IV de forma provisional. La relación entre el TA con los otros trastornos de la conducta alimentaria está siendo sometida a debate y en este momento se están intentando delinear sus características clínicas, su etiología y desarrollo y sus vías de solución. Entre la BN y el TA se encuentra la anorexia nerviosa (AN), la cual, aunque ha generado un amplio número de investigaciones, requiere una mayor clarifi-

cación de actuación sobre todo desde el punto de vista terapéutico. Finalmente, los trastornos alimentarios no especificados (TCANE) han sido olvidados por clínicos e investigadores, probablemente por que se han considerado de menor gravedad.

En los apartados siguientes vamos a revisar el estado actual de la cuestión respecto a estos trastornos, omitiendo de forma deliberada la obesidad, que, aunque guarda una estrecha relación con los trastornos ya señalados, nos haría extendernos en demasía en este trabajo. La magnitud de los datos publicados en distintos países sobre obesidad condujo a que en 1995 un Panel de Expertos de EE.UU., compuesto por 24 miembros procedentes de distintos ámbitos de la salud, elaborase unas directrices clínicas para la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y de la obesidad en adultos (*Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults, 1998*). Dichas directrices fueron el resultado de la revisión sistemática de 394 estudios controlados de la literatura científica recogidos por el MEDLINE entre enero de 1980 y septiembre de 1997, de los que se aceptaron como válidos para obtener conclusiones 236. El lector interesado por el ámbito de la obesidad puede acudir a dichas directrices y a Saldaña (1999).

Para el análisis del estado de la cuestión en AN, BN y TA nos basaremos en la revisión de la investigación publicada al respecto

y en la reciente publicación realizada por un Comité de Expertos de la *American Psychiatric Association* (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000) que, en línea con este trabajo, se rige por la clasificación de los tratamientos en tres categorías: I) recomendados con una confianza clínica considerable (tratamientos bien establecidos); II) recomendados con una confianza clínica moderada (tratamientos probablemente eficaces); y III) pueden ser recomendados en función de las circunstancias individuales (tratamientos en fase experimental). Conviene remarcar que las recomendaciones de este Comité de Expertos están frecuentemente basadas en la experiencia clínica más que en los datos que provienen de la investigación. Por ello, recogeremos las recomendaciones del Comité de Expertos de la *American Psychiatric Association* solamente en aquellos casos en que éstas estén respaldadas por el suficiente aval empírico.

Anorexia nerviosa

Según el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994), la anorexia nerviosa (AN) es un trastorno que se caracteriza por pérdida de peso o fracaso en la ganancia de peso que conduce a la emaciación. Además, esta pérdida de peso va acompañada de miedo a la ganancia de peso a pesar de tener infrapeso grave, amenorrea y alteración de la imagen corporal que en el sujeto se muestra porque se siente gordo cuando en realidad está muy delgado, niega su flaquez o solamente se autovalora en función de su peso y figura. El DSM-IV describe dos subtipos de AN: 1) *AN restrictiva*, que agrupa a aquellos sujetos que durante el episodio de anorexia no realizan atracones ni conductas compensatorias; y 2) *AN compulsivo/purgativa* en el que durante el episodio de anorexia el sujeto realiza atracones y/o emplea conductas purgativas (vómito autoinducido, abusa de laxantes, diuréticos, etc.).

Terapéutica aplicada en AN

El panorama de los tratamientos aplicados en el ámbito de la AN es complejo, ya que existen pocos estudios controlados que informen de los tratamientos que resultan más eficaces para tratar este trastorno. Históricamente, la AN ha sido tratada en dos fases: la primera en régimen de ingreso hospitalario para restaurar la pérdida de peso y normalizar la alimentación; la segunda, en régimen ambulatorio para facilitar el mantenimiento de la ganancia de peso, prevenir las recaídas y mejorar los síntomas psicológicos asociados. En la década de los 70 aparecieron los primeros estudios que, realizados con diseños de caso único, mostraban la eficacia de la terapia conductual para la recuperación de peso en pacientes hospitalizados, mediante el empleo de refuerzo positivo y negativo contingente con la ganancia de peso. En estos trabajos no se contemplaba la intervención sobre otros aspectos del trastorno distintos de la pérdida de peso. En los dos primeros estudios publicados sobre el tratamiento de la AN se aplicaban estrategias operantes de reforzamiento positivo y negativo contingentes al incremento de la ingesta y a la ganancia de peso en régimen hospitalario (Bachrad, Erwin y Mohr, 1965) o en régimen ambulatorio (Lang, 1965). En el primero de estos trabajos los autores informaron que la paciente, una mujer de 37 años de 21 Kg de peso, fue dada de alta a los tres meses de tratamiento con una ganancia de peso de poco más de 6 Kg. Después del ingreso se negoció un programa con la familia y la paciente para que se generalizaran y mantuvie-

ran los cambios. En el seguimiento realizado a los 18 meses se comprobó que la mejoría continuaba (Bachrad, Erwin y Mohr, 1965). Después de 16 años, Erwin (1977) publicó un seguimiento de la paciente informando que ésta había perdido gran parte del peso que había recuperado durante el tratamiento y que la había recomendado reiniciar una nueva terapia. La paciente indicó que funcionaba bien socialmente y rechazó seguir un nuevo tratamiento. En el segundo estudio, Lang (1965) describió el tratamiento ambulatorio de 11 meses de una joven de 23 años que consistió en desensibilizar las situaciones generadoras de ansiedad social y en entrenamiento asertivo. Además, se intentó contracondicionar la ansiedad elicitada por la comida instigando a la paciente a comer dulce durante las sesiones de tratamiento. El seguimiento realizado al año mostró que la paciente había recuperado el peso y que los problemas de alimentación eran escasos. En 1972, Stunkard propone la terapia de conducta como una nueva forma de tratamiento para la AN, indicando que ésta era superior a los tratamientos que se empleaban hasta entonces, la intubación y dosis elevadas de clorpromacina. Además, demostró que el acceso a la práctica de ejercicio físico y la reducción de la medicación, sobre todo por sus efectos sedantes, servía como un potente reforzamiento para la ganancia de peso. Otro de los ejemplos más sobresalientes de esta etapa fue el trabajo de Agras, Barlow, Chapin y cols. (1974) en el que se mostró la eficacia durante el ingreso hospitalario del reforzamiento positivo y negativo, el *feedback* informativo y el tamaño de las comidas en la restauración del peso. Aunque, como podemos ver, los autores de estos estudios de caso único informaron resultados satisfactorios, los trabajos pioneros fueron criticados por considerarse que las terapéuticas aplicadas eran excesivamente rígidas.

El desarrollo de la terapia cognitivo-conductual en los años 80 alcanzó al tratamiento de la anorexia nerviosa. Los importantes trabajos de Garner y Bemis (1982; 1985) sobre la aplicación de la terapia cognitiva para la depresión de Beck a la anorexia nerviosa, produjo un salto cualitativo en el abordaje de este trastorno. A partir de ese momento se incorporó la reestructuración cognitiva para el cambio de pensamientos y actitudes relacionadas con la preocupación por la comida, el peso y la silueta. Aunque los resultados de estos y otros estudios indicaban que la terapia cognitivo-conductual producía mejorías clínicas significativas, todavía persiste la necesidad de realizar estudios controlados que, corrigiendo los problemas metodológicos, aporten datos empíricos sobre la validez y eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de la AN.

El desarrollo de los trabajos de Minuchin a finales de los 70 (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) propició que durante la década de los 80 se aplicaran programas de tratamiento basados en intervenciones familiares bajo el supuesto de que las familias con un miembro afectado de AN mantienen relaciones estrechas e implicaciones interpersonales excesivas, siendo muy sobreprotectoras y rígidas y teniendo dificultades para la resolución de conflictos. A partir de dichos supuestos se desarrollaron programas de intervención muy directivos destinados a modificar las interacciones familiares desadaptativas por otras más adaptativas y proporcionando frecuentemente pautas de conducta semejantes a las de la terapia conductual. Aunque dicho tipo de programas constituyeron un *boom* durante los años 80 e incluso los 90 (para una revisión del tema véase Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989), no existen estudios controlados que hayan podido mostrar la eficacia de las intervenciones familiares.

Las aplicaciones de las terapias psicodinámicas también han constituido un hito importante a lo largo de la historia de la intervención para la AN; sin embargo, al igual que ha ocurrido con las terapias familiares, poco podemos decir de la eficacia de las mismas debido fundamentalmente a la ausencia de estudios controlados. En las revisiones realizadas por Hsu (1986; 1990) se pone de manifiesto cómo estas terapias pueden ser de alguna utilidad en función de algunas características de las pacientes.

Con relación a los tratamientos farmacológicos, son numerosos los fármacos que se han empleado para abordar distintas características de estas pacientes. Así, por ejemplo, los tratamientos farmacológicos han ido dirigidos a incrementar el apetito, disminuir los síntomas obsesivo-compulsivos, mejorar el estado de ánimo, disminuir los pensamientos relacionados con el peso y la figura, etcétera. Los resultados de la mayoría de investigaciones realizadas con medicación no han podido mostrar la eficacia de los distintos fármacos empleados en la disminución de los síntomas señalados (Peterson y Mitchell, 1999). En los últimos años se está probando con relativo éxito el empleo de fluoxetina para mejorar el estado de ánimo de las anoréxicas y prevenir las recaídas. La combinación de la medicación con la terapia cognitivo-conductual parece ofrecer resultados esperanzadores.

Definición y valoración de los tratamientos

En un trabajo reciente realizado por Pike (1998) se analizan detalladamente las dificultades que conlleva el estudio de las intervenciones psicológicas y farmacológicas para la AN. Como señala Pike (1998), estudiar los efectos de los tratamientos es extremadamente complejo ya que la mayoría de las anoréxicas, en sus esfuerzos por recuperarse, han seguido una amplia variedad de tratamientos, en régimen de ingreso, ambulatorio y, más recientemente, en hospitales de día. La tarea es también más compleja por la diversidad de criterios empleados para definir y valorar la recuperación de las pacientes. Además, a diferencia de lo que ocurre con la mayoría de investigaciones realizadas con otros trastornos psicológicos, hay pocos estudios que muestren resultados de los efectos de los tratamientos a corto plazo, siendo más numerosos los que aportan datos de seguimientos hasta de 30 años. Entre los sujetos que buscan tratamiento, un porcentaje importante se beneficia de los ingresos hospitalarios ganando peso y mejorando su sintomatología general; sin embargo, la recuperación no siempre es duradera. Otro porcentaje de sujetos empeora antes de su alta hospitalaria y muchos tienen que ser readmitidos en el hospital sucesivas veces. Algunos sujetos fallecen, mientras que otros se recuperan totalmente, llegando a tener preocupaciones normales por la alimentación y el peso.

Todos los aspectos señalados, sumados a otros de carácter metodológico como, por ejemplo, la ausencia de grupos control, justificada por la gravedad del trastorno y las complicaciones médicas que acompañan a la AN, el reducido número de sujetos en las muestras estudiadas y la combinación en las muestras de sujetos que han seguido tratamiento hospitalario y/o ambulatorio, etcétera, han potenciado la escasez de estudios que expliquen las características de las intervenciones más eficaces para el tratamiento de la AN.

Tratamientos bien establecidos

Antes de especificar los tratamientos más idóneos para la AN es necesario seleccionar correctamente el lugar de la intervención

(hospital o ambulatorio), además de establecer objetivos claros en la intervención.

Está bien establecido que una correcta evaluación previa de la paciente debe permitir delimitar el lugar de intervención más apropiado. Los parámetros físicos que afectan a esta decisión son el peso y el estado cardíaco y metabólico. Las pacientes deben hospitalizarse antes de que su estado físico sea inestable. La decisión de hospitalizar debe tomarse en función de factores psiquiátricos, conductuales y médicos, siendo los principales los siguientes: disminución de la ingesta rápida y persistente, disminución del peso a pesar de la intervención ambulatoria o en régimen de semi-hospitalización, la presencia de estresores adicionales que interfieran con la habilidad de la paciente para comer, conocimiento previo del peso en el que podría producirse la inestabilidad física y/o la presencia de comorbilidad psiquiátrica que requiera hospitalización (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000).

Son considerados objetivos bien establecidos del tratamiento de las pacientes con AN los siguientes: 1) Restaurar el peso a un nivel saludable para el paciente. En mujeres hasta que la menstruación y la ovulación sean normales; en hombres hasta que los niveles hormonales y los deseos sexuales sean normales; y en niños/as y adolescentes hasta que se restaure el crecimiento y desarrollo sexual a un nivel normal para la edad. 2) Tratar las complicaciones físicas. 3) Incrementar la motivación del paciente para que coopere en la restauración de patrones alimentarios sanos y en participar en el tratamiento. 4) Proporcionar educación relacionada con patrones alimentarios y nutricionales sanos. 5) Modificar el conjunto de pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados con el trastorno alimentario. 6) Tratar los trastornos psiquiátricos asociados, incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima y la conducta. 7) Conseguir el apoyo familiar y proporcionar a la familia asesoramiento y terapia cuando sea necesario. Y 8) Prevenir la recaída.

Con relación a los tratamientos, la rehabilitación nutricional es el tipo de tratamiento para la AN que hoy por hoy está mejor establecido. El programa de rehabilitación nutricional debe tener como objetivo restablecer el peso, normalizar los patrones alimentarios, adquirir señales adecuadas de saciedad y hambre y corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición (Kaye, Gwirtsman, Obarzanek y cols., 1988). El programa debe permitir recuperar el peso de forma controlada (ej., 800 gr a 1.200 gr/semana en régimen hospitalario y entre 200 gr y 400 gr/semana en régimen ambulatorio), hasta llegar a un peso saludable. Durante la fase de ganancia de peso, el contenido calórico inicial de las ingestas debe oscilar entre 30-40 Kcal/Kg al día para irlo incrementando progresivamente hasta llegar a 70-100 Kcal/Kg al día. Durante la fase de mantenimiento de peso niveles de ingesta entre 40-60 Kcal/Kg al día pueden ser suficientes. Adicionalmente, los pacientes pueden beneficiarse de suplementos vitamínicos y minerales. El control médico durante la fase de realimentación es fundamental. La actividad física debe ser adaptada para cada paciente en función del la ingesta y el gasto energético, teniendo presente la densidad mineral ósea y la función cardíaca. Para pacientes con muy bajo peso la actividad física debe ser restringida y, de ser permitida, solamente podrá ser practicada bajo supervisión y estricto control.

Además, los programas de rehabilitación nutricional deben contemplar el tratamiento de las preocupaciones relacionadas con la ganancia de peso y los cambios en la imagen corporal. Asimismo, es imprescindible educar a los pacientes sobre los riesgos de

sus patrones alimentarios y proporcionarles apoyo tanto a ellos como a sus familiares.

Existe evidencia empírica suficiente que demuestra que a medida que los pacientes recuperan peso, mediante la rehabilitación nutricional, mejoran en otros síntomas del trastorno alimentario produciéndose un incremento en la elección de alimentos, dejando de acumular alimentos y disminuyendo la frecuencia e intensidad de su obsesión por los alimentos. Al mismo tiempo, la ganancia de peso produce cambios significativos, aunque no definitivos, en los síntomas asociados a ansiedad y estado de ánimo (Hsu, 1990).

Finalmente, el criterio establecido para la duración de la hospitalización está establecido cuando se alcance un peso que sea seguro para la paciente. Existe evidencia empírica que muestra que cuanto más bajo es el peso en el momento del alta hospitalaria mayor probabilidad de recaída; por tanto, cuanto más cerca está el peso de la paciente de su peso ideal menor riesgo de recaída (Baran, Wéltzin y Kaye, 1995; Kaye, Kaplan y Zucker, 1996; van Furth, 1998).

Tratamientos probablemente eficaces

La intervención psicosocial de las pacientes con AN no debe comenzarse hasta que la ganancia de peso se haya iniciado. Tal como apuntamos con anterioridad, la selección de un tratamiento psicológico eficaz para la AN es problemática dado que no existe suficiente evidencia empírica que muestre la superioridad de unos sobre otros. La mayoría de estudios han sido realizados con diseños de caso único y unos pocos ensayos controlados han sido presentados de forma incompleta o todavía no están finalizados. Además, hasta el momento tampoco existe un tratamiento protocolizado que haya podido ser evaluado por distintos investigadores. Recientemente Garner, Vitousek y Pike (1997) y Kleifield, Wagner y Halmi (1996) han presentado unos protocolos de intervención cognitivo-conductuales para anorexia nerviosa, cuyo seguimiento facilitará el necesario apoyo empírico que necesita este campo. Finalmente, una parte importante de la evidencia proviene de la experiencia clínica, la cual sugiere que programas de tratamiento psicológico bien dirigidos juegan un papel importante en la disminución de los síntomas asociados a la AN y en la prevención de la recaída.

Los objetivos de los tratamientos psicológicos deben ser proporcionar ayuda a los pacientes para que: 1) entiendan y cooperen con su rehabilitación física y psicológica; 2) comprendan y cambien las conductas y actitudes disfuncionales relacionadas con su trastorno alimentario; 3) mejoren su funcionamiento interpersonal y social; y 4) se pueda tratar la psicopatología coadyuvante y los conflictos psicológicos que refuerzan y mantienen las conductas relacionadas con la alteración alimentaria (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000).

La mayoría de los tratamientos psicológicos emplean una combinación de estrategias conductuales como: empatía, alabanzas, limitación de ejercicio físico, refuerzos, descanso en cama y obtención de recompensas en función de la ganancia de peso y de la ejecución de conductas deseables. Los programas conductuales producen buenos efectos terapéuticos a corto plazo. En un meta-análisis realizado por Agras (1987) en el que se compararon los efectos de los programas conductuales frente a los tratamientos con medicación se encontró que la terapia de conducta producía ganancias de peso más consistentes y estancias más cortas en el hospital. Algunos estudios (Touyz, Beumont, Glaun y cols., 1984) han

mostrado que la aplicación de programas poco estrictos de terapia de conducta, consistentes en emplear inicialmente el descanso en cama y la amenaza de retornar a la cama si el incremento de peso no continúa, son tan eficaces como los programas conductuales que aplican medidas de forma más estrictas. Muchos clínicos emplean terapia cognitivo-conductual para el mantenimiento de los hábitos alimentarios adecuados y la terapia cognitivo o interpersonal para favorecer la reestructuración cognitiva y la promoción de estrategias de afrontamiento eficaces (Garner, 1985; Hall y Crisp, 1987).

Tratamientos en fase experimental

Hasta el momento no existen estudios controlados que indiquen que la terapia cognitivo-conductual u otras intervenciones psicoterapéuticas administradas de forma individual sean efectivas para alcanzar la recuperación nutricional de los pacientes con AN. Asimismo, el empleo de psicofármacos durante la fase de recuperación de peso ha mostrado resultados contradictorios. Así, por una parte, en un estudio controlado reciente (Attia, Haiman, Walsh y cols., 1998) se ha mostrado que la adición de antidepresivos (fluoxetina) a las estrategias nutricionales y psicosociales durante el tratamiento en régimen de hospitalización de pacientes anoréxicas no incrementó la cantidad de peso o la velocidad con que éstas recuperaban peso. De otra parte, Gwirtsman, Guze, Yager y cols. (1990) mostraron en un estudio no controlado que la fluoxetina podía ayudar a algunas pacientes resistentes a recuperar el peso, aunque a otras muchas pacientes no les servía de ninguna ayuda.

Como resultado de estos estudios, la Comisión de Expertos (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000) señala que la medicación debe administrarse después de que el peso se haya recuperado, siendo su objetivo mantener la ganancia de peso y los comportamientos alimentarios normales, así como para tratar los síntomas psiquiátricos asociados. Por tanto, dado que la mayoría de los síntomas anoréxicos y alteraciones psicológicas que acompañan a la AN disminuyen o desaparecen como consecuencia de la ganancia de peso, la decisión de administrar medicación y qué tipo de medicación debe demorarse hasta que el peso se haya restablecido y se pueda evaluar de forma precisa qué síntomas residuales persisten a pesar de la ganancia de peso (por ejemplo, antidepresivos cuando persiste la depresión, ansiedad o síntomas obsesivos).

Factores predictores de éxito y fracaso de los tratamientos para la AN

A lo largo de los últimos 75 años se han publicado más de 150 investigaciones sobre el curso y resultado en AN. Los estudios realizados para evaluar, a corto, medio y largo plazo los resultados de las intervenciones en AN y los factores predictores de éxito o fracaso de los tratamientos han proporcionado resultados inconsistentes. Varios estudios longitudinales (Herzog, Keller, y Lavori, 1988; Herzog, Greenwood, Dorer y cols., 2000; Theander, 1992; Ratnasuriya, Eisler, Szmukler y cols., 1991) han puesto de manifiesto que el porcentaje de anoréxicas que obtienen pobres o intermedios resultados decrece cuando se realizan seguimientos muy largos al tiempo que incrementan las tasas de mortalidad. Las cifras de mortalidad documentadas oscilan entre un 3.3 por 100 en un seguimiento realizado a los 8 años (Patton, 1988) hasta un 18 por 100 en un seguimiento realizado a los 33 años (Theander, 1992), siendo el riesgo medio estimado de 5.6 por 100 por década

(Fichter y Quanflieg, 1999; Herzog y cols., 2000; Sullivan, 1995). Con relación a las tasas de recuperación, la variabilidad encontrada depende de los estudios; así, a cuatro o más años de seguimiento se han encontrado en distintos estudios realizados con AN tasas de recuperación que oscilan entre el 17 y 77 por 100 (Herzog y cols., 1988; Fichter y Quadflieg, 1999). Los estudios realizados con seguimientos largos sugieren que, aunque un 40 por 100 de las anoréxicas se recuperan, una quinta parte de ellas llegan a tener el trastorno de forma crónica, un tercio continúa sufriendo síntomas residuales, incluida BN (Steinhaus, Rauss-Mason y Seidel, 1991).

Los predictores de éxito o fracaso de los tratamientos no son universales, varían ampliamente en los distintos estudios realizados y también parecen variar en función de la longitud de los seguimientos realizados. Entre los factores predictores más estudiados se encuentran el peso inicial de las pacientes en el momento de ser remitidas para tratamiento, la duración de la enfermedad, la edad de inicio del trastorno, la presencia o ausencia de atracones y vómitos autoinducidos, el seguimiento de dietas, las actitudes hacia el peso y la figura y la comorbilidad de la AN con otros trastornos psicológicos. La información que proviene de las distintas investigaciones realizadas aporta datos contradictorios: algunos factores de los señalados se han mostrado predictores de éxito en unos estudios y de fracaso en otros, mientras que otros factores han sido identificados solamente como predictores bien de éxito, o bien de fracaso. Finalmente, algunos estudios han mostrado una ausencia de relación de los factores señalados con los resultados que se obtienen a corto, medio y largo plazo.

Con relación al peso, varios estudios han mostrado que un bajo peso en el momento de iniciar el tratamiento es un factor predictor fiable de pobres resultados (Hebebrand, Himmelman, Herzog y cols., 1997; Herzog, Sacks, Keller y cols., 1993; Gowers, Norton, Halek, y cols., 1994; Steinhausen y Seidel, 1993). El peso alcanzado al final de la terapia es un predictor negativo estable en seguimientos realizados a los 2 y 6 años de seguimiento; a este respecto Fitcher y Quadflieg (1999) han encontrado que un índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de 15.5 en el momento del alta hospitalaria predice peores resultados al cabo de 6 años. Varios estudios han confirmado estos datos, mientras que otros no han encontrado relación entre el peso al final de la terapia en régimen hospitalario y los resultados a largo plazo.

Con relación a la edad de inicio, cuando la AN es de inicio temprano –antes de los 11 años– varios autores (p.ej. Herzog, Keller, Strober y cols., 1992; Steinhausen y cols., 1991) proporcionan evidencias que ponen de manifiesto que éste es el factor más citado por la mayoría de investigaciones como predictor de peores resultados con relación a problemas físicos, a dificultades con la alimentación y a la necesidad de hospitalizaciones más prolongadas. Sin embargo, otros investigadores (p.ej. Ratnasuriya y cols., 1991) han hallado que un inicio tardío de la AN predice resultados adversos. Más recientemente, Casper y Jabine (1996) y Fichter y Quadflieg (1995) no han encontrado diferencias en el curso y resultados de la AN de inicio temprano o de inicio tardío. Sin embargo, independientemente de la edad de inicio del trastorno, la duración o cronicidad de los síntomas anoréxicos es el único factor predictor de pobres resultados encontrado por todas las investigaciones realizadas. Los datos de estos estudios indican que a mayor duración del problema alimentario antes de acudir a un tratamiento peores resultados (Fichter y Quadflieg, 1999; Herzog y

cols., 1992; Jones, Halford y Dooley, 1993). Además, a medida que la duración del trastorno incrementa, la probabilidad de recuperarse de la AN disminuye.

Otro factor estudiado como posible predictor de resultados más o menos exitosos ha sido la presencia de atracones y vómitos autoinducidos. Varios estudios han señalado que el subtipo II de AN (anoréxicas purgativas) tiene un pronóstico peor que el subtipo restrictivo (DaCosta y Halmi, 1992; Garner, Garner y Rosen, 1993; Gowers y cols., 1994). En el reciente trabajo de Fichter y Quadflieg (1999), la presencia de vómitos autoinducidos no se manifestó como un factor predictor relevante, mientras que la presencia de atracones un mes antes de iniciar el tratamiento se mostró como predictor de pobres resultados a los 6 años de seguimiento, pero no a los 2 años de seguimiento.

Finalmente, en los últimos años se ha prestado mayor atención a la relación entre AN y otros trastornos, dado que el estudio de comorbilidad puede explicar entre otras cosas la dirección de los resultados de las intervenciones. Con relación a la AN los trastornos de ansiedad se dan en el 60 por 100 de las anoréxicas, la depresión en aproximadamente un 45 por 100 y los trastornos obsesivo-compulsivos en un 23 por 100 (Bulik, Sullivan, Carter y cols., 1997; Halmi, Eckert, Marchi y cols., 1991; Herpertz-Dahlmann, Wetzter, Schultz y cols., 1996; Sananastaso, Pantaro, Panarotto y cols., 1991). Algunos estudios recientes informan de pobres resultados en AN con comorbilidad con depresión (Eckert, Halmi, Marchi y cols., 1995; Herpertz-Dahlmann y cols., 1996; Rastam, Gillberg y Gillberg, 1995) y con trastornos de ansiedad (Eckert y cols., 1995).

Bulimia nerviosa

La definición y diagnóstico de la BN, según el DSM-IV (APA, 1994), 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 (p. ej.: 2 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 u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio físico exagerado) realizadas para prevenir la ganancia de peso. El criterio diagnóstico de BN implica al menos 2 atracones semanales durante los 3 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 del peso y la figura (APA, 1994).

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 de tipo no purgativo* que incluye a la persona que emplea otro tipo de conductas compensatorias como el ayuno o el exceso de ejercicio físico.

Terapéutica aplicada a la BN

A lo largo de los últimos 15 años la terapéutica aplicada a la BN ha sido amplia y variada, incluyendo tanto terapias psicológicas como terapia conducta, exposición con prevención de respues-

ta, terapia cognitivo-conductual, terapia de reducción de estrés, terapia psicodinámica, terapia focal breve, psicoterapia no-directiva, terapia familiar sistémica, terapia psicoeducativa y terapia interpersonal, como terapias psicofarmacológicas como la administración de antidepresivos tricíclicos o IMAOs. De todos los tipos de tratamiento señalados, la investigación realizada a lo largo de estos años apunta que la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP) y la terapia psicofarmacológica son las que, hasta el momento, han mostrado mayor eficacia en el tratamiento de la bulimia nerviosa.

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. Este programa de tratamiento ha sido aplicado tanto de forma individual como grupal. Asimismo, distintos grupos de investigadores han añadido a este programa básico distintos procedimientos como, por ejemplo, relajación o exposición más prevención de respuesta.

La exposición más prevención de respuesta (EPR) sola o acompañada de pautas conductuales para la modificación de los hábitos alimentarios ha sido utilizada en distintos estudios y sus resultados se han mostrado, tal como analizaremos más adelante, inconsistentes. El supuesto bajo el que se emplea la EPR es que la exposición repetida a los alimentos favorece las conductas de purga y que producen ansiedad disminuirá dicha respuesta de ansiedad y consecuentemente las conductas de purga.

A diferencia de la TCC que se centra directamente en los síntomas relacionados con el trastorno alimentario (atracones, purgas, actitudes y preocupaciones por el peso y la figura), la terapia interpersonal (TIP) originariamente desarrollada para la depresión (Pérez Álvarez & García Montes, 2001) parte del supuesto de que las personas que desarrollan BN tienen problemas interpersonales de los que no son conscientes, los cuales les generan estrés personal que provocan sentimientos de ansiedad y de depresión que desencadenan los episodios de atracones y pérdida de control sobre la comida. Entre los problemas interpersonales se encuentran la evitación de conflictos, dificultades con el análisis de sus expectativas, dificultades frente a sus necesidades de dependencia-independencia y déficits para resolver problemas sociales. Además, en el marco de la TIP no se sigue una aproximación sistemática para cambiar los pensamientos y creencias problemáticas, no se prescriben tareas para casa, ni se realizan ensayos de nuevas habilidades.

Definición y valoración de los tratamientos

El panorama en el ámbito de la bulimia nerviosa difiere notablemente del que acabamos de mencionar con relación a la anorexia nerviosa ya que existen más de una treintena de estudios controlados, realizados por distintos investigadores en varios países, que muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la bulimia nerviosa. Asimismo, se han realizado numerosas investigaciones con diseños de caso único y otros que se han realizado con otras metodologías menos rigurosas. Para la valoración que realizaremos de la BN nos basaremos en los 4 meta-análisis publicados hasta el momento (Hartmann, Herzog y Drinkmann, 1992; Laessle, Zoetl y Pirke, 1987; Lewandowski, Gebing y cols., 1997; Whittal, Agras y Gould, 1999) y en la guía práctica ya mencionada de Bell, Bulik, Clayton y cols. (2000).

Tratamientos bien establecidos

A diferencia de la AN está bien 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 (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993).

Deben ser objetivos de las intervenciones los siguientes: 1) reducción o 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) incremento de la variedad de alimentos que se comen; 5) potenciación de la práctica moderada de ejercicio físico saludable; 6) tratamiento 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 autoestima en áreas distintas de las relacionadas con el peso y la figura, los estilos de afrontamiento y las estrategias de resolución de problemas, etcétera; y 8) prevenir las recaídas (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000).

Con relación a los tratamientos, está bien establecido a partir de los resultados de las investigaciones realizadas en los 15 últimos años que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es más eficaz que cualquier forma de tratamiento creíble con que se ha comparado e incluso superior a los programas conductuales que omiten la modificación de las actitudes desadaptadas relacionadas con el peso y la figura (Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1991). Además, la TCC se ha mostrado significativamente superior, a corto plazo, a cualquier forma de tratamiento psicológico con que se ha comparado (Fairburn y cols., 1991; Wilson, Loeb, Walsh y cols., 1999; Whittal, Agras y Gould, 1999).

La mayoría de estos programas de tratamiento cognitivo-conductuales se basan en el modelo de mantenimiento del trastorno, el cual postula que la presión social ejercida sobre las mujeres para que sean delgadas conduce a una parte de ellas, principalmente aquellas con baja autoestima, a sobrevalorar su peso y su figura y a seguir dietas muy restrictivas para alcanzar el ideal de belleza que marca la sociedad. El programa que está bien establecido y que se debe emplear es el de Fairburn, Marcus y Wilson (1993) y está estructurado como un manual guía que proporciona la información más relevante para su uso por parte de los clínicos. La duración del tratamiento es de 20 sesiones repartidas en tres fases. La primera fase, sesiones 1 a 8, tiene como objetivo presentar el modelo cognitivo de mantenimiento de la BN. Además, durante esta fase se emplean técnicas conductuales, como autorregistro, control de estímulos, empleo de conductas alternativas, etcétera, para reemplazar los atracones por unos patrones más estables de alimentación. En la segunda fase, sesiones 9 a 16, se mantiene la necesidad de establecer y mantener hábitos de alimentación saludables poniendo especial énfasis en la supresión del seguimiento de dietas. Durante esta fase se emplean de forma extensa los procedimientos cognitivos, principalmente reestructuración cognitiva, para abordar los pensamientos, creencias y valores que mantienen el

problema. La tercera fase, sesiones 17 a 19 realizadas cada 2 semanas, está orientada al mantenimiento de los cambios y la prevención de la recaída una vez que se haya finalizado el tratamiento. La sesión 20 está orientada a valorar los resultados y a programar y planificar las sesiones de seguimiento.

Las mejorías clínicas producidas por la TCC se reflejan en la reducción en la frecuencia de las cuatro características básicas de la bulimia nerviosa: atracones, purgas, restricción alimentaria y actitudes negativas sobre el peso y la figura. Así, con la TCC se consigue una disminución de los atracones y purgas del 75 por 100 (rango 40-97 por 100); sin embargo, las tasas de abstinencia total de los atracones y las purgas son bastante más modestas, 40 por 100 de los sujetos (rango 8-97 por 100) (Peterson y Mitchell, 1999). La variabilidad hallada en las tasas de recuperación puede ser debida a los distintos criterios empleados para definir la recuperación y a los distintos instrumentos de evaluación con los que se han tomado dichos datos (Jarman y Walsh, 1999). Finalmente, estas mejorías se obtienen en las primeras semanas de tratamiento y se mantienen a los 6 meses, un año y 6 años de seguimiento.

La TCC ha mostrado ser más eficaz que el no tratamiento, que estrategias de reducción de estrés, que la psicoterapia no directiva, que la psicoterapia focal y que la psicoterapia psicodinámica. El único tipo de psicoterapia que se ha mostrado igualmente eficaz, a largo plazo, es la Terapia Interpersonal (Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1993; Fairburn, Norman, Welch y cols., 1995). Sin embargo, aunque a corto plazo la TIP se mostró igual de eficaz que la TCC en la disminución de los atracones, esta última fue superior en la disminución de las conductas purgativas, la restricción alimentaria y en las actitudes negativas hacia el peso y la figura (Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1991).

Tratamientos probablemente eficaces

Dos son los tipos de tratamientos que pueden encuadrarse en esta categoría: el tratamiento farmacológico y la Terapia Interpersonal.

Las terapias farmacológicas, fundamentalmente antidepressivos, son empleadas con el objetivo de reducir los episodios de atracones y las conductas purgativas. Además, la medicación también se utiliza para aliviar síntomas tales como depresión, ansiedad, obsesiones o falta de control de impulsos que acompañan a las conductas alimentarias desadaptadas (Bell, Bulik, Clayton y cols., 2000). En comparación con los tratamientos placebos, diferentes estudios han mostrado la eficacia de una gran variedad de tratamientos antidepressivos (p. ej.; imipramina, desipramina, fluoxetina, etc.) en la reducción de los síntomas bulímicos (Agras, Dorian, Kirkley y cols., 1987; *Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group*, 1992). Sin embargo, aunque los resultados son positivos al final de los tratamientos, la retirada de la medicación produce altas tasas de recaída.

Las conclusiones a las que se han llegado a través de los estudios controlados en los que se han comparado las terapias farmacológicas con la terapia cognitivo-conductual son: la TCC es superior a la medicación antidepressiva; la combinación de la TCC con medicación antidepressiva para la reducción de los síntomas bulímicos ha proporcionado mejores resultados que solamente la terapia farmacológica; la combinación de la TCC con medicación antidepressiva no incrementa la eficacia de la terapia cognitivo-conductual. La medicación antidepressiva es más eficaz que la TCC para reducir la ansiedad y depresión en bulimia nerviosa (Agras,

Rossiter, Arnow y cols., 1992; Leitenberg, Rosen, Wolf y cols., 1994; Mitchell, Pyle, Eckert y cols., 1990; Wilson, Loeb, Walsh y cols., 1999). El meta-análisis recientemente realizado por Whittal, Agras y Gould (1999) sobre 35 estudios controlados (9 con medicación y 26 con TCC) confirma la superioridad de la TCC; los autores de este trabajo concluyen que la terapéutica de elección para el tratamiento de la bulimia nerviosa es la terapia cognitivo-conductual.

Con relación a la Terapia Interpersonal, ésta se ha mostrado tan eficaz a largo plazo (1, 3 y 6 años de seguimiento) como la TCC; sin embargo, hasta el momento ésta debe ser considerada como un tratamiento probablemente eficaz ya que los únicos estudios existentes a este respecto han sido realizados exclusivamente por el equipo de Fairburn de la Universidad de Oxford ((Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1991; Fairburn, Jones, Peveler y cols., 1993; Fairburn, Norman, Welch y cols., 1995) y, por tanto, requiere repeticiones por parte de otros investigadores. Recientemente, Agras, Walsh, Fairburn y cols. (2000) han realizado un estudio multicéntrico en las Universidades de Columbia y Stanford en el que han comparado la TCC con la TIP con 220 bulímicas, encontrando que la TCC fue significativamente superior a la TIP al final del tratamiento (29 por 100 de las pacientes recuperadas del grupo de TCC *versus* 6 por 100 del grupo de TIP). Como en los otros estudios ya señalados, en el seguimiento realizado al año de finalizar el tratamiento las diferencias entre ambos tratamientos no fueron significativas. A pesar de ello los autores concluyen que la terapia de elección para el tratamiento de la BN es la terapia cognitivo-conductual por la rapidez con que consigue la remisión de los síntomas bulímicos.

Es posible, tal como señala Wilson (1996), que la TIP sea una alternativa válida para aquellas bulímicas que fracasan en obtener resultados positivos mediante la TCC, aunque la evidencia a favor de esta hipótesis todavía es escasa. Lo que sí se puede afirmar es que los contenidos y procedimiento de aplicación de la TCC y de la TIP son tan diferentes que no permiten ser aplicadas conjuntamente.

Tratamientos en fase experimental

Varias alternativas de tratamiento pueden ser consideradas que están en fase experimental, bien porque todavía no existe suficiente evidencia empírica de su posible eficacia, o bien como consecuencia de la inconsistencia de los resultados publicados.

En primer lugar, proporcionar manuales de autoayuda sin o con supervisión terapéutica (Cooper, Coker y Fleming, 1994, 1996; Schmidt, Tiller y Treasure, 1993), los programas grupales breves psicoeducativos (Olmsted, Davis, Garner y cols., 1991) o una versión abreviada del programa de TCC administrado por no-profesionales (Waller, Fairburn, McPherson y cols., 1996) están extendiéndose en su uso como una primera alternativa para el tratamiento el subgrupo de bulímicas con sintomatología poco grave (menor cronicidad, menor frecuencia de atracones y vómitos). El objetivo de los mismos es proporcionar bien a través de material escrito o bien en unas pocas sesiones (4 a 6 sesiones) información sobre el trastorno y sus consecuencias sobre la salud, estrategias conductuales para modificar los hábitos alimentarios y para el control de los atracones y vómitos. Los resultados de estos estudios indican que estos procedimientos producen remisiones significativas de la sintomatología bulímica, con tasas de abstinencia entre el 15 y 60 por 100.

En segundo lugar, los resultados de los estudios que han empleado la exposición más prevención de respuesta (EPR) sola o acompañada de pautas conductuales para la modificación de los hábitos alimentarios son inconsistentes. Mientras que Rosen y Leitenberg (1985) encontraron que la EPR producía mejoría en la sintomatología bulímica, Agras, Schneider, Arnow y cols. (1989) y Wilson, Eldredge, Smith y cols. (1991) no encontraron que la EPR incrementara la eficacia de la TCC. Sin embargo, en los últimos años se han publicado diversos estudios que informan del valor que puede tener la EPR en la disminución del temor a la ingesta de alimentos prohibidos (Jansen, Broekmate y Heymans, 1992), o la utilidad de la EPR ante la inducción de estados de ánimo negativos que pueden ser los activadores de los episodios de atracones (Carter y Bulik, 1993).

Factores predictores de éxito y fracaso de los tratamientos para la BN

A pesar de la mostrada superioridad de la TCC en el tratamiento de la BN, solamente un 50 por 100 de las pacientes llegan a recuperarse completamente. Además, aproximadamente un 20 por 100 de los pacientes abandonan el tratamiento (rango de 0 a 35%), dato que sin duda debe contribuir a las tasas de fracaso al tratamiento. En cuanto a la recuperación a largo plazo, en varios estudios realizados recientemente con seguimientos a 9 y 10 años (Keel, Mitchell, Miller y cols., 1999; Reas, Williamson, Martin y cols., 2000) se ha encontrado que aproximadamente dos tercios de los pacientes estaban recuperados. Además, en el trabajo de Keel y cols. (1999), el 30.1 por 100 de las bulímicas todavía cumplían criterios de AN (0.6 por 100), o de BN (11 por ciento), o de Trastorno del Comportamiento Alimentario no Especificado (TCANE) (18.5 por 100).

Con relación a los factores predictores, algunas investigaciones han puesto de relieve predictores de éxito y fracaso de los tratamientos con TCC y, al igual que ocurría con la AN, todavía no se ha llegado a un consenso sobre el tema. Entre las variables pre-tratamiento asociadas con pobres resultados se han encontrado las siguientes: baja autoestima (Baell y Wertheim, 1992; Fairburn, Peveler, Jones y cols., 1993), bajo peso o anorexia nerviosa (Wilson, Rossiter, Kleifield y cols., 1986), gravedad o frecuencia alta de atracones (Baell y Wertheim, 1992; Wilson y cols., 1999), comorbilidad con trastornos de personalidad (Garner, Olmsted, Davis y cols., 1990; Rossiter, Agras, Telch y cols., 1993; Waller, 1997), depresi3n (Bulik, Sullivan, Joyce y cols., 1998), actitudes negativas hacia el peso y la figura (Fairburn y cols., 1993) y una historia de obesidad (Bulik y cols., 1998). Recientemente, diferentes estudios han mostrado las características clínicas y sintomatol3gicas de los sujetos que responden rápidamente a la TCC. Fernandez, García, Badía y cols. (1999) encontraron como predictores de mejoría tanto variables sintomatol3gicas (menor psicopatología alimentaria y número de v3mitos semanales previos al tratamiento) como clínicas (no obesidad prem3rbida y alto grado de motivaci3n). Por su parte, Bulik, Sullivan, Carter y cols. (1999) han encontrado que la diferencia entre las bulímicas que mejoraban rápidamente de aquellas que no mejoraban se daba solamente en el menor número de atracones y v3mitos en la línea base y en las bajas puntuaciones en la subescala de Bulimia del EDI (*Eating Disorders Inventory*). Finalmente, Keel y cols. (1999) y Reas y cols. (2000) identificaron en sus estudios de seguimiento realizados a nueve y diez años, que la mayor cronicidad o duraci3n del trastorno previo al tratamiento y el abuso de sustancias y drogas predice el fracaso del tratamiento.

Trastorno por atrac3n (TA)

Este trastorno es definido como la falta de control sobre la ingesta que se manifiesta comiendo grandes cantidades de alimentos en un período discreto de tiempo. La realizaci3n de atracones causa gran malestar en el sujeto; 3stos no van seguidos de conductas compensatorias y deben ocurrir por lo menos dos veces a la semana durante al menos 6 meses. Dado que el trastorno por atrac3n ha sido incluido recientemente y de forma experimental en el DSM-IV como uno de los que componen el grupo de TCANE, no existen demasiadas publicaciones que, de forma específica, muestren tratamientos para el mismo.

El trastorno por atrac3n es más frecuente entre obesos que entre sujetos de peso normal. Aproximadamente entre el 20-30 por 100 de los pacientes obesos que acuden a programas para perder peso presentan TA, frente a un 2 por 100 de personas de peso normal. El TA se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, a pesar de que en estudios realizados con muestras de comunidades se han encontrado tasas semejantes entre ambos sexos (Spitzer, Devlin, Walsh y cols., 1992; Spitzer, Yanoski, Wadden y cols., 1993).

Terap3utica aplicada al trastorno por atrac3n

El trastorno por atrac3n no ha sido tratado como tal hasta que en 1994 se establecieron en el DSM-IV criterios experimentales de clasificaci3n del mismo. Con anterioridad las investigaciones se realizaban con personas de peso normal u obesos que presentaban episodios de hiperfagia y que estaban preocupados por dichos comportamientos. A principios de la d3cada de los 90 se empieza a prestar mayor atenci3n a estos sujetos empleando bien las estrategias conductuales que se estaban aplicando para el tratamiento de la obesidad, o bien los procedimientos cognitivo-conductuales que se utilizaban en el ámbito de la bulimia nerviosa. Además de la terapia conductual para perder peso y de la terapia cognitivo-conductual, tambi3n se ha aplicado la terapia cognitivo-conductual autoaplicada, la terapia interpersonal en grupo y la terapia farmacol3gica (medicaci3n antidepressiva y/o supresores de apetito).

Con relaci3n a los programas cognitivo-conductuales, los primeros estudios sistemáticos realizados han aplicado una adaptaci3n de los programas que ya se venían administrando a las pacientes con bulimia nerviosa, siguiendo básicamente la propuesta de Fairburn, Marcus y Wilson (1993) y Wilson y Fairburn (1993). Las diferencias más notables corresponden a la adaptaci3n de los objetivos del tratamiento a las características de este tipo de pacientes. Aunque el principal objetivo de tratamiento ha sido el cambio de hábitos alimentarios para conseguir la reducci3n de los atracones, tambi3n ha sido necesario prestar atenci3n al requerimiento del paciente para perder peso. Resultados de los estudios pioneros muestran que la incorporaci3n de estrategias conductuales para perder peso, en las que se aconseja reducciones cal3ricas moderadas o graves y el incremento de la actividad física, disminuye la frecuencia de los atracones de forma rápida y mejora el malestar psicol3gico de los sujetos, alcanzando resultados que se mantienen en el seguimiento (Wilfley y Cohen, 1997).

La terapia interpersonal (TIP) ha sido la segunda forma de terapia empleada con los pacientes con TA. En su adaptaci3n a pacientes con TA, la terapia interpersonal consta de tres estadios. En el primero se explica el punto de partida que rige esta terapia, a saber, que los estados emocionales negativos consecuencia de pro-

blemas interpersonales son los que activan los atracones; a continuación, se identifican las dificultades interpersonales implicadas en el desarrollo y mantenimiento del trastorno alimentario. En el segundo estadio se establece un contrato por el que se asume que el centro de atención de la terapia serán los problemas identificados y que se trabajará sobre ellos, clarificando y cambiando dichos problemas. En el tercero se evalúan los progresos realizados hasta ese momento y se tratan los problemas que pueden aparecer con la finalización de la terapia (Saldaña, 1998).

Por último, durante esta última década han aparecido los primeros estudios en los que se ha empleado medicación con pacientes con TA. Aprovechando el conocimiento disponible sobre los efectos de la medicación antidepresiva en el tratamiento de pacientes bulímicas, se han realizado una serie de estudios para verificar qué efectos produce dicha medicación sobre el peso, la ingesta compulsiva y la patología asociada en pacientes con TA.

Definición y valoración de los tratamientos

Para la valoración de los tratamientos aplicados al TA nos remitiremos a los pocos estudios controlados publicados, a las directrices proporcionadas en la guía práctica ya mencionada de Bell, Bulik, Clayton y cols. (2000) y a las revisiones realizadas hasta el momento sobre el tema (Castonguay, Eldredge y Agras, 1995; Wilson y Fairbum, 1998). Es conveniente destacar que, para la valoración de la eficacia de los tratamientos, nos atenderemos básicamente a la variable frecuencia de atracones más que a la disminución del peso. Como es bien conocido, aunque la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual son las intervenciones más adecuadas para el tratamiento de la obesidad, todavía hoy no se ha podido dar una respuesta definitiva al problema del mantenimiento de las pérdidas de peso que se consiguen más allá del primer año después del tratamiento.

Tratamientos bien establecidos

Son objetivos bien establecidos para el tratamiento del trastorno por atracón los siguientes: 1) conseguir disminuir la frecuencia de los atracones; y 2) conseguir disminuir la cantidad de alimentos ingeridos en cada atracón. Para alcanzar este objetivo son de utilidad las recomendaciones alimentarias de Fairburn, Marcus y Wilson (1993) para favorecer la supresión de atracones en las pacientes con BN. Éstas son: comer todo tipo de alimentos que se ajusten a un tipo de alimentación que sea nutricionalmente saludable, con un valor calórico diario que se ajuste a las necesidades de pérdida de peso por tener la condición de obeso.

La combinación de la terapia cognitivo-conductual con las estrategias conductuales para perder peso es, hasta la fecha, el procedimiento terapéutico más eficaz, tanto para disminuir los atracones como para facilitar la pérdida de peso a corto plazo (Marcus, Wing y Fairbum, 1995; Yanovski y Sebring, 1994). En el trabajo de Marcus, Wing y Fairbum, 1995 se comparó una adaptación del tratamiento cognitivo-conductual para la BN de Fairbum, Marcus y Wilson (1993) con un tratamiento conductual para perder peso. Los resultados mostraron que mientras que ambos tratamientos eliminaban los atracones, solamente mediante el tratamiento conductual se conseguían pérdidas de peso. En la única investigación realizada con 6 años de seguimiento (Fichter, Quadflieg y Gutmann, 1998) se encontró que el 57 por 100 de los pacientes mostraron buenos resultados, 35 por 100 resultados mode-

rados, 6 por 100 pobres resultados y 1 por 100 fallecieron. Los sujetos que consiguen suprimir los atracones al final del tratamiento tienen más probabilidades de perder peso que aquellos que siguen siendo sintomáticos.

Tratamientos probablemente eficaces

Existen ciertas evidencias de que algunas personas con TA responden bien a procedimientos de autoayuda cognitivo-conductuales sin contacto terapéutico o con mínimo contacto terapéutico. Los trabajos de Carter y Fairbum (1995; 1998) avalan la eficacia de estos tratamientos en la reducción de los atracones, aunque no en la pérdida de peso. Como señalan los autores, los tratamientos cognitivo-conductuales autoaplicados deberían ser la primera forma de intervención con los pacientes con TA, lo cual permitiría incrementar el coste-eficacia de los mismos al no ser necesario administrarlos por especialistas y, además, se facilitaría que fueran asequibles a un mayor número de sujetos.

Tratamientos en fase experimental

La terapia interpersonal y la terapia farmacológica son dos alternativas terapéuticas que deben considerarse todavía en fase experimental. Con relación a la primera, existe un estudio (Wilfley, Agras, Telch y cols., 1993) que indica que este tipo de terapia aplicada sola parece ofrecer resultados prometedores en el tratamiento de TA. Cuando se empleó con sujetos que habían fracasado con TCC se encontró que la TIP no proporcionaba ninguna mejoría a dichos pacientes, no añadiendo nada a la terapia cognitivo-conductual (Agras, Telch, Amow y cols., 1995). Así pues, todavía son necesarios más estudios de replicación de la TIP para poder determinar el verdadero alcance de la misma en el tratamiento del TA.

En la terapia farmacológica, los estudios realizados con antidepresivos tricíclicos (imipramina y desipramina), administrados durante 2 o 3 meses, han mostrado que son de utilidad para reducir los atracones, pero no producen cambios significativos en el peso ni en la reducción de la sintomatología depresiva (Agras, Telch, Amow y cols., 1994; Alger, Schwalberg, Bigaouette y cols., 1991; McCann y Agras, 1990). Sin embargo, con relación a estos resultados, dos aspectos importantes cabe resaltar: 1) los cambios que se han observado son semejantes a los obtenidos con placebos; y 2) los pacientes tienden a recaer después de finalizar la medicación. Los estudios a realizar en este ámbito deben poder dar respuesta a cuál es la combinación más adecuada y segura para el tratamiento de pacientes obesos con TA, tanto a corto como a largo plazo, así como qué tipo de factores podrían predecir la respuesta a la medicación.

Factores predictores de éxito y fracaso de los tratamientos para el TA

Poco se sabe todavía de los predictores de éxito y fracaso con relación a los sujetos con TAC. Al igual que con BN parece haber algunos indicadores que señalan que a mayor severidad de los atracones (frecuencia y cantidad) en el pretratamiento y un grado de obesidad más alto, peores resultados al final del mismo. Recientemente, Fairbum, Cooper, Doll y cols. (2000) han seguido a dos cohortes de la comunidad (1 de bulímicas y 1 de comedoras compulsivas) a lo largo de 5 años, evaluándolas cada 15 meses; al final de dicho período encontraron que el curso y resultados del

grupo de TA era más benigno que el del grupo con BN. El 28 por 100 de las bulímicas habían seguido algún tipo de tratamiento frente a tan sólo un 3 por 100 de las que pertenecían al grupo con TA. La mayoría de las que pertenecían al grupo de TA se habían recuperado, solamente un 18 por 100 de este grupo presentaba algún tipo de trastorno del comportamiento alimentario y, aunque ambos grupos habían incrementado de peso, esto se produjo en mayor medida en el grupo de TA (39 por 100 de los sujetos cumplían criterios de obesidad). Parece, pues, que un número importante de pacientes con TA son capaces de sobreponerse a los atracones sin ningún tipo de intervención. Es probable que, al igual que ocurre con los pacientes obesos, aquellas personas con TA que acuden a programas de tratamiento son los que tienen mayor frecuencia de atracones, están más obesos y presentan mayor psicopatología, obteniendo peores resultados sobre todo con relación a la variable peso.

Cuestiones pendientes en el ámbito de las intervenciones en los trastornos del comportamiento alimentario

Aunque en los últimos años se ha avanzado de forma muy importante en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario, son muchas las respuestas que todavía deben encontrar clínicos e investigadores para ayudar a aliviar el malestar y sufrimiento de las personas que los sufren. Los tratamientos disponibles están produciendo reducciones significativas en los síntomas clínicos y psicopatológicos de los sujetos que padecen AN, BN y TA. Sin embargo, un número importante de estos pacientes se be-

neficia poco o nada de los tratamientos y otros muchos recaen durante el período de seguimiento.

En otra parte hemos analizado con detalle algunas de las cuestiones de mayor relevancia para el ámbito que nos ocupa y que empiezan a ser el motivo fundamental de las investigaciones que se están realizando en estos momentos. Suponemos que temas como los que mencionamos a continuación ocuparán ampliamente la primera década de este *millenium*: 1) La revisión de los sistemas clasificatorios para poder categorizar de forma más adecuada a los sujetos con trastornos del comportamiento alimentario; 2) La protocolización de los programas de tratamiento que se hayan mostrado eficaces; 3) La búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas que bien solas o en combinación con las ya existentes incrementen la eficacia de los tratamientos; 4) La identificación de las características de los pacientes que respondan mejor a una u otra intervención, lo cual podría facilitar un incremento en la eficacia. Ello permitiría emparejar a los sujetos con aquellas formas de tratamiento más adecuadas a sus características personales y psicopatológicas. 5) La búsqueda de las posibles asociaciones entre estos trastornos y otros trastornos psicopatológicos que puedan estar afectando a los resultados; 6) La unificación de los criterios de recuperación que se emplean para valorar la eficacia de las intervenciones; 6) La evaluación del grado de motivación para el cambio; y 7) La identificación de los factores implicados en la no-adherencia. Estos dos últimos factores parecen estar ampliamente comprometidos con los resultados, siendo necesario prestarles mayor atención de la que se ha prestado hasta el momento (Saldaña, 2000).

Referencias

- Agras, W.S. (1987). *Eating disorders: Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. Oxford: Pergamon Press.
- Agras, W.S., Barlow, D.H., Chapin, H.N., Abel, G.G., Jackson, y Leitenberg, H. (1974). Behaviour modification of anorexia nervosa. *Archives of general Psychiatry*, 30, 274-286.
- Agras, W.S., Dorian, B., Kirkley, B.D., Arnow, B. y Bachman, 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., Schneider, 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., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M.J., Henderson, J. y Marnell, M. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 356-360.
- Agras, W.S., Telch, C.F., Amow, 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.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal, Psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Alger, S.A., Schwalberg, M.D., Bigaouette, J.M., Michalek, A.V. y Howard, L.J. (1991). Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating in normoweight bulimic and obese, binge-eating subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 865-871.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª edición). Washington, DC.: APA.
- Attia, E., Haiman, C., Walsh, B.T. y Flater, S.R. (1998). Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 155, 548-551.
- Bachrad, A.J., Erwin, W.J. y Mohr, J.P. (1965). The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. En L.P. Ullmann y L. Krasner (eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 153-163). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- 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.
- 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.
- 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., Schienholtz, 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.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V. y Joyce, P.R. (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., McIntosh, V.V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206-214.
- Carter, F.A. y Bulik, C.M. (1993). Exposure treatments for bulimia nervosa: procedure, efficacy and mechanisms. *Advances in Behaviour research and Therapy*, 15, 1.001-1.053.

- Carter, J.C. y Fairburn, C.G. (1995). Treating binge eating problems in primary care. *Addictive Behaviors*, 6, 765-772.
- Carter, J.C. y Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.
- 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.
- Cooper, P.J., Coker, S. y Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Cooper, P.J., Coker, S. y Fleming, C. (1996). An evaluation of the efficacy of supervised cognitive behavioral self-help for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 281-287.
- DaCosta, M. y Halmi, K.A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-313.
- Eckert, E.D., Halmi, K.A., Marchi, P., Grove, W. Y Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Erwin, W.J. (1977). A 16-year follow-up of a case of severe anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 157-160.
- Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: Executive summary. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68, 899-917.
- Fairburn, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C.G. (1985). *Overcoming binge eating*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Nomma, 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., 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: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. y O'Connor, M.E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva 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 of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., 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.
- 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.
- Fichter, M.M. y Quadfleig, N. (1995). Comparative studies on the course of eating disorders in adolescents and adults. Is age at onset a predictor of outcome? En H.C. Steinhausen (Ed.), *Eating disorders in adolescence. Anorexia and bulimia nervosa* (pp. 301-337): Nueva York: Fichter, M.M. y Quadfleig, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.
- Fichter, M.M., Quadfleig, N. Y Gutmann, A. (1998). Binge-eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 385-405.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147.
- Garner, D.M. (1985). Individual psychotherapy for anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 423-433.
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1985). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). Nueva York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Garner, M.V. y Rosen, L.W. (1993). Anorexia nervosa «restrictors» who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 171-185.
- 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., Vitousek, K.M. y Pike, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp.94-144). Nueva York: Guilford Press.
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C. y Crisp, A.H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177.
- Gwirtsman, Guze, B.H., Yager, J. y Gainsley, B. (1990). Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 378-382.
- 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.
- Hall, A. Y Crisp, A.H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *British Journal of Psychiatry*, 151, 185-191.
- 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.
- Hebebrand, J., Himmelman, G., Herzog, W., Herpertz-Dahlmann, B.M., Steinhausen, H.C., Amstein, M., Seidel, R., Deter, C., Remschmidt, H. y Schäfer, 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.
- Herpertz-Dahlmann, B.M., Wetzler, C., Schultz, E. Y Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-344.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Flores, A.T., 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., 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., 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.
- Hsu, L.K.G. (1986). The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 143, 573-581.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders* (pp. 124-185). Nueva York: The Guilford Press.
- 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.
- Jansen, A., Broekmate, J. y Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs. Self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 235-241.

- Jones, I.M., Halford, W.K. y Dooley, R.T. (1993). Long term outcome of anorexia nervosa. *Behavior Change*, 10, 93-102.
- Kaye, W.H., Gwirtsman, H., Obarzanek, E. Y George, D.T. (1988). Relative importance of calorie intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 47, 989-994.
- Kaye, W.H., Kapla, A.S. y Zucker, M.L. (1996). Treating eating-disorder patients in a managed care environment: Contemporary American issues and a Canadian response. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 793-810.
- Keel, 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.
- Kleifield, E.I., Wagner, S. y Halmi, K.A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 715-734.
- Laessle, R.G., Zoettl, C. y Prike, K. (1987). Meta-analysis of treatment studies of bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 647-653.
- Lang, P.J. (1965). Behavior therapy with a case of nervous anorexia. En L.P. Ullmann y L. Krasner (eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 217-221). Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Wolf, J., Vara, L.S., Detzer, M.J. y Srebnik, D. (1994). Comparison of cognitive-behavioral therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 37-46.
- Lewandowski, L.M., Gebing, T.A., Anthony, J.L. y O'Brien, W.H. (1997). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17, 703-718.
- Marcus, M.D., Wing, R.R. y Fairburn, C.G. (1995). Cognitive treatment of binge eating vs. Behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, S090.
- 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.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Mitchell, J.E., Pyle, R.L., Eckert, E.D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. y Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.
- Olmsted, M.P., Davis, R., Garner, D.M., Eagle, M., Rockert, W., e Irvine, M.J. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
- Patton, G.C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18, 947-951.
- Pérez Álvarez & García Montes (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- 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.
- Rastam, M., Gillberg, G. y Gillberg, I.C. (1995). A six-year follow-up study of anorexia nervosa subjects with teenage onset. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 439-454.
- 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.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F. y Schneider, J.A. (1993). Cluster B personality disorders characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 349-357.
- Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En M.A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II, pp. 215-275). Madrid: Dykinson.
- Saldaña, C. (1999). La obesidad y el seguimiento crónico de dietas: directrices para su tratamiento. En M. Lameiras y J.M. Faílde (Comps.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención* (pp. 89-11). Vigo: Universidad de Vigo.
- Saldaña, C. (2000). Los trastornos del comportamiento alimentario: situación actual y propuestas para el futuro. En M. Lameiras y J.M. Faílde (Comps.), *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos* (pp. 189-210). Madrid: Dykinson.
- Santonastaso, P., Pantano, M., Panarotto, L. y Silvestri, A. (1991). A follow-up study on anorexia nervosa: Clinical features and diagnostic outcome. *European Psychiatry*, 6, 177-185.
- Schmidt, U., Tiller, J. y Treasure, J. (1993). Self-treatment of bulimia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 273-277.
- Spitzer R.L., Devlin M., Walsh B.T., Hasin, D., Wing, R.R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. y Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 191-204.
- Spitzer R.L., Yanovski S., Wadden T., Wing, R.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.
- Steinhausen, H.C., Rauss-Mason, C. y Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454.
- Steinhausen, H. y Seidel, R. (1993). Outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 319-323.
- Stunkard, A.J. (1972). New therapies for the eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 26, 391-398.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- 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* (pp.214-227). Nueva York: Springer-Verlag.
- Touyz, S.W., Beumont, P.J., Glaun, D., Phillips, T. Y Cowie, I. (1984). A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 517-520.
- Vandereyken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. Nueva York: PMA Publishing Group.
- 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* (pp. 97-126). Nueva York: Wiley.
- Waller, D. (1997). Dropout and failure to engage in individual outpatient cognitive-behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 205-211.
- Waller, D., Fairbum, C.G., McPherson, A., Kay, R., Lee, A. y Nowell, T. (1996). Treating bulimia nervosa in primary care: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 99-103.
- 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.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G., Sifford, L. y Raeburn, S.D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal therapy for the nonpurging bulimic: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305.
- Wilfley, D.E. y Cohen, L.R. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 437-454.
- Wilson, G.T. (1996). Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 197-212.
- Wilson, G.T. y Fairbum, C.G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.
- Wilson, G.T. y Fairbum, C.G. (1998). Treatment of eating disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 501-530). Nueva York: Oxford University Press.
- Wilson, G.T., Loeb, K.L., Walsh, B.T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. Y Watemaux, 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, R.I. y Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 277-288.
- Yanovski, S.Z. y Sebring, N.G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorders before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.